LA TUTELA Y LOS DERECHOS A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL 2015

Defensoría del Pueblo
COLOMBIA

Una de las instituciones procesales más trascendentales en toda la historia constitucional de la República de Colombia, es la Acción de Tutela, plasmada en el artículo 86 de la Constitución Política de 1991, creada para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos fundamentales, cuando estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier entidad .

La Defensoría del Pueblo, creada en la misma Constitución de 1991, para velar por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los derechos humanos, realiza seguimiento a las acciones de tutela presentadas por los colombianos, para determinar su comportamiento, verificar las solicitudes más frecuentes en materia de salud y seguridad social, evidenciar tendencias y obtener conclusiones que permitan presentar recomendaciones al Gobierno Nacional, al Congreso de la República y a la comunidad en general.

Ad portas de cumplir los primeros 25 años de la vigencia de la acción de tutela, la Defensoría, en cumplimiento de su misión constitucional de divulgar, promover, proteger y defender los derechos humanos, presenta la décima edición de la serie “La Tutela y los Derechos a la Salud y a la Seguridad Social 2015”.

Defensoría del Pueblo
COLOMBIA

La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2015

Defensoría del Pueblo

Carlos Alfonso Negret Mosquera
Defensor del Pueblo

María Clara Jaramillo Jaramillo
Vicedefensor del Pueblo

Norberto Acosta Rubio
Delegado para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad

Equipo investigador

Alexandra Orjuela Guerrero
Médica, especialista en Salud familiar y en Seguridad Social

Lyda Mariana González Lizarazo
Abogada, especialista en Derecho Público y en Seguridad Social

Hilario Pardo Ariza
Estadístico, abogado, especialista en Economía y Gestión en salud, magíster en Ciencias Financieras y Sistemas

Edwin Julián Angulo
Ingeniero de Sistemas

Leonardo Parra Puentes
Diseño y diagramación

Hernando Escobar
Corrección de estilo

Julio César Granados
Fotografía

Imprenta Nacional de Colombia
Impresión

Comité Editorial
Dirección Nacional de Promoción y Divulgación de Derechos Humanos
Despacho del Defensor
Despacho del Vicedefensor
Despacho del Secretario General
Dirección Nacional de Defensoría Pública
Oficina de Comunicaciones

Defensoría del Pueblo
10ª Edición
2016

Bogotá, D.C.
ISSN:2462-8514

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

Defensoría del Pueblo de Colombia
Calle 55 No. 10-32
Código postal: 110231
www.defensoria.gov.co
Apartado aéreo 24299 – Bogotá, D.C.
Teléfonos: 3144000 Ext. 2232
Bogotá, D.C., 2016

Contenido

Agradecimientos 17
Presentación 19

CAPÍTULO I.
ASPECTOS DE PROTECCIÓN DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD 25

Derecho comparado en la protección del derecho a la salud en América latina y EE.UU 25

Fuentes de derecho latinoamericano 25
Indicadores de salud y de contexto de Colombia en la región 27
Lugares que ocupa Colombia entre los países comparados 30
Modelos y sistemas de salud comparados 31
Argentina 31
Bolivia 34
Brasil 38
Chile 40
Costa Rica 45
Cuba 48
EE.UU 51
México 55
Perú 59
Uruguay 64

Comparación Ley 100/93 – Ley estatutaria en salud (LES) 74

Tipo de Ley 74
Definición y Objeto 75
Redes integradas de servicios 76
Tránsito del Plan Obligatorio de Salud (POS) al Plan de Beneficios por inclusiones implícitas 77
La acción de tutela 79
Núcleo esencial del derecho a la salud 79
Autonomía en el ejercicio de los profesionales de la salud en la LES 82

Criterios decisorios en salud adoptados por la Corte Constitucional en 2015 89

El debido proceso para la desafiliación de una EPS 89

El derecho fundamental a la salud de las víctimas de accidente de tránsito 90
La prohibición a los prestadores de servicios de salud de pedir a los usuarios y/o a sus familiares pagarés para cubrir los servicios médicos prestados al paciente 92
La protección constitucional y reforzada de las personas que padecen cáncer 93
La negación de procedimientos, tratamientos y medicamentos incluidos en el POS 93
Derecho a la libertad de escoger EPS e IPS 94
Protección al fuero de la maternidad, independientemente del tipo de contrato laboral 95
De la atención en salud a los pacientes renales 97
El deber de las EPS de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud aunque se presente mora en los aportes 99
El cobro de cuotas moderadoras y copagos en los eventos en que no se debe exigir 100
La prestación de los servicios de salud al interior de los centros penitenciarios y carcelarios 101
Obligatoriedad de aportes a los regímenes de salud y pensiones 101
El servicio de transporte en el sistema de salud 102
Derecho a la salud de los niños 103

CAPÍTULO II.
DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL 105

Sistema general de pensiones (SGP) 106

De la pensión en general 106
Tipos de pensiones y Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) 107
Régimen de transición. Empleados públicos. Derechos adquiridos 108

Criterios decisorios adoptados por la Honorable Corte Constitucional en 2015. Jurisprudencia 109
Indemnización sustitutiva y devolución de saldos 109
El derecho a la pensión y su imprescriptibilidad 110
Del pago de incapacidades médicas de origen común 112

Sistema general de riesgos laborales.....114
Los riesgos laborales en Colombia.....114
Del mecanismo de compensación monetaria en el SGRL. 114
La indemnización sustitutiva o la devolución de saldos, no impide obtener prestaciones del sistema general de riesgos ...115
La subrogación no procede por pago de pensión de sobrevivientes a cargo de ARL.....115
Criterios decisorios en riesgos laborales adoptados por la Corte Constitucional en 2015. Jurisprudencia.....116
Excepciones a las reglas fijadas por el legislador para el pago de las Incapacidades y para el trámite de calificación de pérdida de la capacidad laboral 116
Derecho a la calificación de la pérdida de capacidad laboral 119
Normatividad aplicable según el tipo de incapacidad 120

CAPÍTULO III.
ANÁLISIS DE LAS TUTELAS INTERPUESTAS EN COLOMBIA DURANTE EL AÑO 2015.....123
Objetivos 123
Objetivo general 123
Objetivos específicos 123
Aspectos metodológicos 124
Descripción de las muestras.....125
Muestra de las tutelas que invocan el derecho a la salud 125
Muestra de las tutelas que invocan el derecho a la seguridad social.....125
Resultados.....126
La tutela en Colombia durante 2015 126
Los derechos invocados en las tutelas 127
Derecho de petición.....131
Otros derechos económicos, sociales y culturales 132
Debido proceso y defensa 133
Vida digna y dignidad humana.....134
Lugar de origen de las tutelas 134
Entidades con el mayor número de tutelas 138
Despachos judiciales y decisión en primera instancia. 142
La tutela y el derecho a la salud 144

Tutelas en salud por entidad territorial 146
Despachos judiciales y decisión en primera instancia de las tutelas en salud 155
El derecho a la salud y su relación con otros derechos 156
Entidades más demandadas en las tutelas de salud 157
Tipo de entidad demandada 161
Entidades Prestadoras de Salud –EPS – 162
Tutelas contra Entidades territoriales 169
Tutelas contra Instituciones Prestadoras de Salud –IPS- 170
Tutelas en salud contra Inpec /penitenciarías 171
Tutelas en salud en regímenes de excepción 173
Tutelas en salud contra Administradoras de Fondos de Pensiones 174
Tutelas en salud contra Administradoras de Riesgos Laborales y Compañías de seguros. 175
Otras entidades demandadas 175
Análisis de los hechos en las tutelas de salud 2015 175
Contenidos más frecuentes en las tutelas de salud 176
Especialidades más frecuentes en las tutelas de salud 179
Diagnósticos en las Tutelas 181
Diagnósticos según régimen 183
Otras solicitudes relacionadas con el sistema 188
Otras solicitudes en las tutelas de salud 190
Tutelas para exigir contenidos del POS y no POS en los servicios de salud 192
Contenidos más frecuentes en los regímenes contributivo y subsidiado 197
Contenidos más frecuentes en el régimen contributivo 198
Contenidos más frecuentes en el régimen subsidiado 199
Contenidos POS y no POS en tratamientos 201
Contenidos POS y no POS en medicamentos 204
Contenidos POS y no POS en prótesis, órtesis e insumos médicos 206
Contenidos POS y no POS en citas médicas especializadas 208
Contenidos POS y no POS en cirugías 210
Contenidos POS y no POS en imágenes diagnósticas 212
Contenidos POS y no POS en exámenes paraclínicos 214
Contenidos POS y no POS en procedimientos 216

La tutela y el derecho a la seguridad social 218
Tutelas en seguridad social según departamento 219
Despachos judiciales y decisión en primera instancia de las tutelas en seguridad social 222
Entidades más demandadas en las tutelas que invocan el derecho a la seguridad social 224
Tipo de entidad demandada 225
Solicitudes más frecuentes en las tutelas de seguridad social 228

CAPÍTULO IV.
ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES 233

Tutelas en general 233
Crecimiento sostenido del número de tutelas 233
Congestión de los juzgados y decisiones 234
Cobertura territorial 235

Derecho a la salud 235
La tutela y el derecho a la salud. 235
Tutelas en salud - entidades territoriales. 237
Entidades con más tutelas en salud 237
Atención en salud de la población privada de la libertad 238
Regímenes de excepción 239
Movilidad en regímenes 239
El régimen subsidiado y el acceso a la tutela 239
Diagnósticos más frecuentes en las tutelas 239
Solicitudes POS y no POS 240
Camas hospitalarias y capacidad instalada 240

Seguridad Social 241

Recomendaciones 243

REFERENCIAS 247

ANEXOS 257

Anexo 1.
Ficha de Recolección de información de tutelas en salud 257
Anexo 2.
Ficha de Recolección de información de tutelas en seguridad social 258
Anexo 3.
Tabla de capítulos y bloques de códigos de diagnósticos 259

Tablas

Tabla 1. Indicadores de salud y de contexto de Colombia en la región..... 28
Tabla 2. Comparación Sistemas de Salud de América Latina y EE UU ... 70
Tabla 3. Comparación instrumentos de protección del derecho a la salud. 72
Tabla 4. Registro de tutelas en Colombia. Periodo 1992-2015 126
Tabla 5. Derechos invocados en las tutelas. Periodo 2014-2015 128
Tabla 6. Número de tutelas en Colombia, según departamento. Periodo 2014-2015 135
Tabla 7. Número de tutelas en Colombia por cada 10.000 habitantes, según departamento. Periodo 2014-2015 138
Tabla 8. Entidades con más tutelas en el país. Periodo 2014-2015 140
Tabla 9. Despachos Judiciales y decisión en primera Instancia. Periodo 2014 – 2015 143
Tabla 10. Participación de las tutelas de salud. Periodo 2014 – 2015 145
Tabla 11. Tutelas de salud según departamento. Periodo 2014 – 2015 ... 148
Tabla 12. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes, según departamento. Periodo- 2014-2015 151
Tabla 13. Número de municipios según número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes. Periodo 2014 – 2015 152
Tabla 14. Número de municipios con más de 50 tutelas por cada 10.000 habitantes. 153
Tabla 15. Despachos Judiciales y decisión en primera instancia en las tutelas en Salud. Periodo 2014 – 2015 156
Tabla 16. El derecho a la salud en asocio c on otros derechos. Periodo 2014 – 2015 157
Tabla 17. Entidades más tuteladas en derecho a la salud. Periodo 2014 – 2015 160
Tabla 18. Tutelas en salud, según tipo de entidad demandada. Periodo 2014 – 2015 162
Tabla 19. Número de afiliados según EPS. Periodo 2014 – 2015 163
Tabla 20. Tutelas en salud, según tipo de entidad demandada. Periodo 2014 – 2015 165
Tabla 21. Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS. Periodo 2014 – 2015 167
Tabla 22. Tutelas en salud contra entidades territoriales. Periodo 2014 – 2015 170
Tabla 23. Tutelas en salud contra IPS. Periodo 2014 – 2015 171

Tabla 24. Tutelas en salud contra Inpec/penitenciarías
según departamento. Periodo 2014 – 2015.....173
Tabla 25. Tutelas en salud contra entidades de régimen especial.
Periodo 2014 – 2015.....174
Tabla 26. Tutelas en salud contra Administradoras
de fondos de pensiones. Periodo 2014 – 2015.....174
Tabla 27. Tutelas en salud contra ARL y compañías
de seguros. Periodo 2014 – 2015.....175
Tabla 28. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud.
Periodo 2014 – 2015.....177
Tabla 29. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de
salud por régimen. Periodo 2015.....179
Tabla 30. Especialidades más frecuentes en las tutelas.
Periodo 2014 - 2015.....180
Tabla 31. Especialidades más frecuentes en las tutelas según
Régimen. Periodo 2015.....181
Tabla 32. Diagnósticos en las tutelas. Periodo 2014-2015 182
Tabla 33. Diagnósticos en las tutelas según régimen. Periodo 2015.....184
Tabla 34. Tutelas por diagnóstico de tumores. Periodo 2015.....185
Tabla 35. Tutelas por diagnóstico de trastornos mentales
y del comportamiento. Periodo 2015.....186
Tabla 36. Tutelas por diagnóstico de Enfermedades del
sistema circulatorio. Periodo 2015 187
Tabla 37. Otras solicitudes relacionadas con el sistema.
Periodo 2014 – 2015.....188
Tabla 38. Otras solicitudes relacionadas con
el sistema según régimen. Periodo 2015.....190
Tabla 39. Otras solicitudes. Periodo 2014 – 2015.....191
Tabla 40. Otras solicitudes según régimen. Periodo 2015.....192
Tabla 41. Porcentaje de solicitudes POS en cada régimen.
Periodo 2003-2015.....194
Tabla 42. Solicitudes en tutelas de salud en los
regímenes contributivo y subsidiado. Periodo 2014-2015 196
Tabla 43. Solicitudes más frecuentes en las tutelas
interpuestas en los regímenes contributivo y subsidiado.
Periodo 2014- 2015.....197
Tabla 44. Distribución de los contenidos en
POS y No POS. Año 2015 198

Tabla 45. Solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas régimen contributivo. Periodo 2014- 2015 199
Tabla 46. Distribución de los contenidos en POS y no POS en régimen contributivo. Año 2015 199
Tabla 47. Solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas en el régimen subsidiado. Periodo 2014- 2015 200
Tabla 48. Distribución de los contenidos en POS y no POS en el régimen subsidiado. Año 2015 200
Tabla 49. Distribución de los tratamientos en POS y no POS. Periodo 2014-2015 201
Tabla 50. Distribución de los tratamientos según régimen. Periodo 2015 202
Tabla 51. Distribución de los medicamentos en POS y no POS. Periodo 2014-2015 204
Tabla 52. Distribución de los medicamentos según régimen. Periodo 2015 205
Tabla 53. Distribución de las prótesis, órtesis e insumos en POS y No POS. Periodo 2014-2015 206
Tabla 54. Distribución de las prótesis, órtesis e insumos según régimen. Periodo 2015 207
Tabla 55. Distribución de las citas médicas especializadas en POS y no POS. Periodo 2014-2015 209
Tabla 56. Distribución de las citas médicas especializadas según régimen. Periodo 2015 210
Tabla 57. Distribución de las cirugías en POS y no POS. Periodo 2014-2015 210
Tabla 58. Distribución de las cirugías según régimen. Periodo 2015 211
Tabla 59. Distribución de las imágenes diagnósticas en POS y no POS. Periodo 2014-2015 212
Tabla 60. Distribución de las imágenes diagnósticas según régimen. Periodo 2015 213
Tabla 61. Distribución de los exámenes paraclínicos en POS y no POS. Periodo 2014-2015 214
Tabla 62. Distribución de los exámenes paraclínicos según régimen. Periodo 2015 215
Tabla 63. Distribución de los procedimientos en POS y no POS. Periodo 2014-2015 216

Tabla 64. Distribución de los procedimientos según régimen. Periodo 2015 217
Tabla 65. Participación de las tutelas en Seguridad Social. Periodo 2011- 2015 218
Tabla 66. Tutelas de seguridad social según departamento. Periodo 2014 – 2015 220
Tabla 67. Despachos judiciales y decisión en primera instancia. Tutelas en seguridad social. Periodo 2014 – 2015 222
Tabla 68. El derecho a la seguridad social en asocio con otros derechos. Periodo 2014 – 2015 223
Tabla 69. Entidades más tuteladas en derecho a la seguridad social. Periodo 2014 – 2015 224
Tabla 70. Tutelas en seguridad social según tipo de entidad demandada. Periodo 2014 – 2015 225
Tabla 71. Tutelas en seguridad social contra los Fondos de Pensiones. Periodo 2014 – 2015 226
Tabla 72. Tutelas en seguridad social contra EPS. Periodo 2014 – 2015 227
Tabla 73. Tutelas en seguridad social contra Administradoras de Riesgos Laborales y Compañías de Seguros. Periodo 2014 – 2015 228
Tabla 74. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de seguridad social. Periodo 2014-2015 230

Mapas

Mapa 1. Derechos más invocados en cada municipio en 2014 129
Mapa 2. Derechos más invocados en cada municipio en 2015 130
Mapa 3. Municipios con tutelas en salud en 2014 149
Mapa 4. Municipios con tutelas en salud en 2015 149
Mapa 5. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en cada municipio, 2014 154
Mapa 6. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en cada municipio, 2015 154
Mapa 7. Municipios con tutelas en seguridad social. Periodo 2014 221
Mapa 8. Municipios con tutelas en seguridad social. Periodo 2015 221

Gráficas

Gráfica 1. Derechos más invocados en las tutelas. Periodo 2006-2015 129
Gráfica 2. Evolución de las tutelas en Colombia. Periodo 1999 – 2015 145
Gráfica 3. Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS en 2014 168
Gráfica 4. Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS en 2015 169
Gráfica 5. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud. Periodo 2014 – 2015 178
Gráfica 6. Evolución de las solicitudes POS en las tutelas. Periodo 2003-2015 194
Gráfica 7. Evolución de las solicitudes POS en las tutelas del régimen contributivo. Periodo 2003-2015 195
Gráfica 8. Evolución de las solicitudes POS en las tutelas del régimen subsidiado. Periodo 2003-2015 195
Gráfica 9. Contenido POS en las tutelas. Periodo 2014-2015 196
Gráfica 10. Contenido POS en tratamientos. Periodo 2014-2015 202
Gráfica 11. Contenido POS en Medicamentos. Periodo 2014-2015 205
Gráfica 12. Contenido POS en prótesis, órtesis e insumos. Periodo 2014-2015 207
Gráfica 13. Contenido POS en citas médicas especializadas. Periodo 2014-2015 209
Gráfica 14. Contenido POS en cirugías. Periodo 2014-2015 211
Gráfica 15. Contenido POS en imágenes diagnósticas. Periodo 2014-2015 213
Gráfica 16. Contenido POS en exámenes paraclínicos. Periodo 2014-2015 215
Gráfica 17. Contenido POS en procedimientos. Periodo 2014-2015 217

Agradecimientos

A la doctora María Victoria Calle Correa, presidente (E) de la Honorable Corte Constitucional; a la doctora Martha Victoria Sáchica, Secretaria General, y al ingeniero Isaac Sáenz Cruz, quienes facilitaron la base de datos de tutelas de la Corte Constitucional correspondiente al año 2015, lo cual permitió la elaboración del presente estudio.

Igualmente, a los doctores John Alberto Marulanda Restrepo y Herman Redondo Gómez, médicos asesores de la Defensoría del Pueblo, por sus invaluables aportes en el desarrollo de este documento.

Presentación

Una de las instituciones procesales más trascendentales en toda la historia constitucional de la República de Colombia es la acción de tutela, plasmada en el Artículo 86 de la Constitución Política de 1991. Este mecanismo fue creado para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por el interesado o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de derechos fundamentales, cuando estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública.

La Defensoría del Pueblo, creada en la misma Constitución de 1991 para velar por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los derechos humanos, ha venido haciendo seguimiento de las acciones de tutela presentadas por los colombianos, para determinar su comportamiento, verificar las solicitudes más frecuentes y comparar los resultados con los años anteriores, con el fin de discernir tendencias y obtener conclusiones que permitan presentar recomendaciones al Gobierno, al Congreso y a las instituciones competentes, en pos de lograr el goce efectivo de los derechos ciudadanos consagrados en la Carta Magna.

Mientras que respecto a los derechos civiles y políticos se deben adecuar mecanismos para constatar y corregir las violaciones que se causen a los mismos, en el caso de los derechos económicos, sociales y culturales se deben crear procedimientos para hacer seguimiento constante al desarrollo de los programas que tienen por objeto garantizar su goce efectivo.

Con este criterio, el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), regula el derecho a la salud, como el derecho "al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", criterio que se desarrollará posteriormente con la Observación No. 14 de 2000, que es el pronunciamiento del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), por medio del cual se determinó que "La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos".

Ad portas de que este recurso jurídico cumpla sus primeros 25 años de existencia, a diciembre de 2015, el total acumulado de reclamaciones de los derechos y libertades fundamentales, por vía de la acción de tutela, ascendió a 5.313.117.

El estudio que presenta la Defensoría del Pueblo sobre "La Tutela y los Derechos a la Salud y a la Seguridad Social", en su décima edición, correspondiente al año 2015, refleja que la acción de tutela mantiene un crecimiento sostenido,

que durante el año 2015 se presenta el incremento porcentual anual más alto de los últimos 11 años (23,34 por ciento) y la cifra absoluta más alta de toda su historia. En este año, 614.520 acciones llegaron a consideración de los jueces de la República por presuntas violaciones a los derechos fundamentales, lo que indica que cada 51 segundos, en algún lugar de Colombia, un ciudadano interpone una acción de tutela ante un juzgado competente para que lo ampare contra actos que considera violan sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución o por la ley.

Para la Defensoría, el anterior hallazgo significa que las personas, cuyos derechos constitucionales han sido vulnerados o están en peligro de serlo, confían cada vez más en la acción de tutela como instrumento jurídico para hacerlos valer, y han encontrado en ella una forma rápida y oportuna para para hacer cesar la indebida restricción de cualquiera de sus derechos.

En el seguimiento realizado por la Defensoría se encontraron dos factores primordiales que han contribuido al crecimiento del número de tutelas: violaciones al derecho de petición y violaciones al derecho a la salud. Adicionalmente sobresale la concentración de las tutelas contra la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). En el primer caso, las entidades públicas y las privadas que ejercen funciones públicas se han acostumbrado a no responder o a dilatar las respuestas a los derechos de petición (cuando su deber es responder de manera efectiva, esto es, de fondo y oportunamente) y dar respuestas en formatos preestablecidos, en los que no se incluye un análisis particular de los casos planteados por los ciudadanos.

En lo que se refiere a la UARIV, no se entiende que la unidad especial creada precisamente para la protección y reparación de las víctimas del conflicto armado sea la entidad contra la que se presenta el mayor número de tutelas del país, cuando el primer paso para la atención de estas personas es humanizar el trato y, al menos, atender debidamente sus peticiones.

Con relación al derecho a la salud, uno de los ejes centrales de este informe, ha sido declarado como derecho fundamental autónomo (Corte Constitucional, T-760, 2008), en concordancia con el bloque de constitucionalidad y los tratados internacionales, y ha sido ratificado como tal por la Ley Estatutaria en salud (Ley 1751, 2015).

Según los resultados del estudio de la Defensoría de Pueblo, el derecho a la salud, continúa después del derecho de petición, como el más invocado en las tutelas en razón del calvario al que son sometidos los usuarios para acceder a los servicios de salud. Es así como en 2015 se encontró que 151.213 ciudadanos tuvieron que acudir ante los jueces para que fueran estos quienes ordenaran su atención. Lo

anterior significa que cada tres minutos y medio, en alguna parte del país, una persona interpone una acción de tutela para reclamar un servicio de salud que por alguna razón le ha sido aplazado o negado. Al igual que en el caso de las tutelas en general, esta cifra se constituye como la más alta desde que la tutela fue concebida: se observa un incremento de 27,84 por ciento, solamente comparable con el 2008 cuando la Honorable Corte Constitucional tuvo que intervenir.

El estudio realizado durante el año 2015, evidenció que el 64,08 por ciento de las solicitudes de servicios de salud que realizan los usuarios del sistema mediante acciones de tutela están incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS); es decir, están reconocidas y pagadas previamente con las unidades de pago por capitación (UPC) que mensualmente reciben las EPS; por lo que en ningún caso pueden ser negadas a los afiliados al Sistema.

Se comprende que este año fue difícil para la salud, en razón a que las más grandes EPS del Sistema (SaludCoop EPS y Caprecom EPSS) fueron liquidadas y millones de usuarios asignados a otras EPS, proceso de traslado complejo que produjo interrupción de tratamientos, demoras en las citas médicas, negación de servicios y acciones de tutela para acceder al servicio.

Durante 2015, el porcentaje de decisiones a favor de los usuarios de los servicios de salud por parte de los jueces es del 83,6 por ciento, cifra superior a la observada en 2014, lo que indica el alto nivel de pertinencia y procedibilidad de la acción de tutela, para que por esta vía se logre subsanar una conducta sistemática y violatoria de este derecho fundamental.

Para la Defensoría del Pueblo, la Ley Estatutaria en Salud, sancionada en febrero de 2015, es una oportunidad para desarrollar las medidas necesarias tendientes a garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los residentes en el país, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, en el entendido que tales medidas no afecten la acción de tutela, como lo señaló la Corte Constitucional en la Sentencia C-313 de 2014 (M. P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo).

Es igualmente una oportunidad para desarrollar el Sistema de Salud a que hace referencia la Ley Estatutaria, el cual se regirá por los elementos esenciales y, por los principios allí establecidos, adoptará políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud, reconocerá las atenciones y tecnologías en salud por prestaciones implícitas, estructuradas sobre una concepción integral de la salud, que incluya la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.

La autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo, ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, ética, racionalidad y la evidencia científica, será un baluarte en el modelo integral de atención en salud.

Finalmente, cabe anotar que, para la Defensoría del Pueblo, la acción de tutela en sí misma no es el problema, al contrario, se ha convertido en un indicador y detector de las fallas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, expresado directamente por los usuarios de los servicios; por ello, subsanar las causas que motivan las tutelas es direccionar los programas de mejoramiento a sus verdaderas raíces.

A continuación, se presenta a consideración de los colombianos el resultado del estudio de seguimiento de la acción de tutela durante el año 2015.

Con toda consideración,

ALFONSO CAJIAO CABRERA
Vicedefensor del Pueblo con funciones del Defensor del Pueblo

Cuidado
Crítico

CAPÍTULO I.

ASPECTOS DE PROTECCIÓN DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

Derecho comparado en la protección del derecho a la salud en América latina y EE.UU

Fuentes de derecho latinoamericano

La Convención Americana de Derechos Humanos de 1969 instituye el sistema de justicia interamericano en la región, estableciendo la competencia de la Comisión y de la Corte Interamericana, como órganos ante los cuales se acude cuando, en el plano nacional, no se logra el restablecimiento del derecho vulnerado. Aun cuando la Convención americana de derechos humanos, o pacto de San José de Costa Rica, no reconoce expresamente a la salud como un derecho, sino que establece su protección a través del derecho a la integridad física (Artículo 5), se hace importante señalar el protocolo adicional a la Convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (protocolo de San Salvador) que lo contempla en su Artículo 10. Allí establece que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Así mismo, en el párrafo 2, se reconoce que los estados partes se comprometen a «reconocer la salud como un bien público» y a adoptar medidas para garantizarlo.

El Sistema Interamericano de Derechos Humanos cuenta con dos órganos principales de protección: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). La Comisión Interamericana tiene como función, entre otras, la promoción de los derechos humanos; además, está facultada para tramitar casos sobre violaciones de derechos humanos. En el marco de estas funciones, la Comisión elabora informes temáticos, informes de país e informes de admisibilidad y fondo en relación con casos contenciosos. Asimismo, tiene la facultad de adoptar medidas cautelares para enfrentar situaciones de gravedad y urgencia. Por su parte, la Corte Interamericana resuelve casos y solicitudes de medidas provisionales que le son presentadas por la Comisión Interamericana. La Corte también emite opiniones consultivas cuando le es requerida la interpretación de instrumentos internacio-

nales del Sistema Interamericano. Los órganos interamericanos han utilizado las diversas competencias con las que cuentan para desarrollar estándares sobre el alcance del derecho a la salud y lograr su protección.

Es necesario resaltar que en cuanto a los mecanismos procesales para la exigibilidad del derecho a la salud ante los órganos interamericanos de justicia, el pacto de San Salvador solo comprende la aplicación de peticiones individuales en el caso de violación del derecho a la educación y al trabajo, de ahí que no existan pronunciamientos expresos de los órganos del sistema interamericano de justicia respecto al derecho a la salud como objeto de protección directa. A pesar de ello, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha emitido medidas cautelares para proteger la salud y la vida de personas que viven con vih-sida, así mismo ha mencionado expresamente la afectación del derecho a la salud en las denuncias por violación del derecho a la integridad personal (torturas y ejecuciones extrajudiciales).

Otros instrumentos que se refieren al derecho a la salud para sectores de la población específicos son la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que, en su Artículo 12, dispone la obligación de los estados partes de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. Además, establece que los estados partes "garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia".

A pesar de estas precisiones, se puede afirmar que la exigibilidad del derecho a la salud no está garantizada en el sistema de justicia interamericano, desde el punto de vista procedimental, puesto que no existen mecanismos procesales para la judicialización del derecho a la salud de modo directo. Probablemente a ello se deba el escaso número de litigios que se ha logrado reunir y la ausencia de una sentencia de estos órganos de justicia que aborde el derecho a la salud de manera directa.

Por ello, se debate respecto a la pertinencia de estrategias directas a partir del Artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos (en adelante la "Convención Americana" o el "Pacto de San José") o indirectas (utilizando los derechos civiles y políticos pertinentes), según la interpretación que se haga del alcance de las obligaciones respecto a estos derechos y teniendo en cuenta

antecedentes jurisprudenciales que son interpretados como probable negación a casos que involucran una protección judicial directa de los mismos.

A pesar de diversas restricciones en el alcance de la competencia de la Comisión y la Corte Interamericanas en relación con el derecho a la salud, este derecho ha sido protegido a través de interpretaciones amplias de los derechos consagrados en la Convención Americana. Esta visión, enfocada en el derecho a una "vida digna", la interpretación amplia del derecho a la integridad personal, la obligación de garantizar inspección, vigilancia y control sobre la prestación de servicios de salud, la protección de grupos en situación de vulnerabilidad y algunas temáticas tales como los derechos sexuales y reproductivos, ha permitido visibilizar las ventajas de una aproximación interdependiente al derecho a la salud, a partir tanto de su conexidad con otros derechos civiles y políticos, como de su decisivo rol en la protección de grupos en situación de vulnerabilidad.

Indicadores de salud y de contexto de Colombia en la región

El objetivo de este apartado es realizar una descripción comparada del contexto del sistema de salud colombiano con diez países de la región y Estados Unidos (Tabla N° 1). Para ello, se presentan cuatro grupos de indicadores: De ingreso y desigualdad, de esperanza de vida y probabilidad de morir, de gasto en salud e indicadores de desnutrición y mortalidad materna e infantil. Las fuentes para la comparación de indicadores provienen de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), Banco Mundial (BM, 2015) y de los respectivos repositorios: Global Health Observatory Data Repository, de la OMS y datos Banco Mundial).

Para el desarrollo, la estructura se presenta, primero, una síntesis comparativa de Colombia, con las tablas de apoyo por país, a continuación, se identifica la situación del país frente a los promedios de los países comparados y, finalmente, se profundiza el sistema de salud de cada uno de los países en estudio.

Tabla 1. Indicadores de salud y de contexto de Colombia en la región

	COLOMBIA	ARGENTINA	BOLIVIA	BRASIL	CHILE
Población total (2015)	**48.229.000**	**43.417.000**	**10.725.000**	**207.848.000**	**17.948.000**
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	**$11**	**$12**	**$5**	**$14**	**$21**
GINI	**0,54**	**0,42**	**0,48**	**0,52**	**0,51**
Umbral de pobreza al US$1,90/día (PPP)	**6,1%**	**1,8%**	**7,7%**	**4,9%**	**0,9%**
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2015)	**71/78**	**73/80**	**68/73**	**71/79**	**77/83**
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2013)	**148/73**	**151/83**	**247/172**	**197/97**	**107/55**
Gasto total en salud por habitante (US$int, 2013)	**$843**	**$1.725**	**$372**	**$1,454**	**$1.678**
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2013)	**6,8**	**7,3**	**6,1**	**9,7**	**7,7**
Prevalencia de anemia <5a (%)	**28**	**21**	**56**	**24**	**21**
Prevalencia desnutrición pob (%)	**9**	**5**	**16**	**5**	**5**
Mortalidad materna/100000 nv	**64**	**52**	**206**	**44**	**22**
Mortalidad < 5años/1000 nv	16	13	38	16	8
Mortalidad neonatal/1000 nv	9	6	20	9	5

COSTA RICA	CUBA	ECUADOR	EST. UNIDOS	MEXICO	PERÚ	URUGUAY
4.808.000	**11.390.000**	**16.144.000**	**321.774.000**	**127.017.000**	**31.377.000**	**3.432.000**
$13	**$19**	**$10**	**$53**	**$16**	**$11**	**$18**
0,49	**no disponible**	**0,47**	**0,41**	**0,48**	**0,45**	**0,42**
1,7%	**no disponible**	**4,4%**	**no disponible**	**2,7%**	**3,7%**	**0,3%**
77/82	**77/81**	**74/79**	**77/82**	**74/80**	**73/78**	**73/80**
111/64	**115/73**	**157/85**	**128/76**	**174/93**	**116/90**	**148/79**
$1.369	**$1.828**	**$ 789**	**$9.146**	**$1.061**	**$626**	**$ 1.715**
9,9	**8,8**	**7.5**	**17,1**	**6,2**	**5,3**	**8.8**
33	**34**	**40**	**6**	**26**	**33**	**24**
5	**5**	**11**	**no disponible**	**5**	**8**	**5**
25	**39**	**64**	**14**	**38**	**68**	**15**
10	6	22	7	13	17	10
10	2	11	4	7	8	5

Fuente: Elaboración propia con información del observatorio de la OMS y Banco Mundial 2015

Se puede observar que, a pesar del amplio progreso de nuestro sistema de salud en la región y del desarrollo y progresividad de la jurisprudencia y la institucionalidad jurídica de protección a este derecho fundamental, los indicadores presentados muestran que la situación comparada del país es desfavorable para mantener unas condiciones de equidad en salud, en particular por los resultados que reflejan una alta desigualdad y pobreza.

Lugares que ocupa Colombia entre los países comparados

Colombia presenta el mayor valor de desigualdad económica, medida por el nivel de ingresos de las familias, entre los países comparados. Presenta el Coeficiente de Gini más alto con una magnitud de 0,535. Un valor de 0 representa una igualdad perfecta en los niveles de ingresos de las familias, mientras que un valor de 1 representa la desigualdad máxima. La importancia de este indicador reside en que las desigualdades, la económica en este caso, se asocian a inequidades en salud y a potenciales barreras de acceso al sistema de salud, en particular para las personas más pobres o vulnerables.

El país ocupa el segundo lugar, después de Bolivia, en el porcentaje de población que vive con menos de U$1,90 al día, que es del 6,3 por ciento, lo cual indica que viven en condiciones extremas de pobreza.

De forma similar, cuando se observa el indicador de ingreso bruto per cápita, Colombia tiene el segundo menor valor de ingreso, U$11, solo mayor que el de Bolivia.

En cuanto a indicadores de relación más directa con la salud, también el país tiene valores que muestran una situación nutricional de la población desfavorable. Colombia, en el "indicador de prevalencia de desnutrición en la población general", con relación a todos los países comparados, tiene el tercer mayor valor de prevalencia en desnutrición, con un valor de 9 por ciento.

Con relación al valor de los indicadores de mortalidad: Materna, en menores de 5 años y neonatal, Colombia tiene la tercera mayor mortalidad, en cada caso, de los países comparados.

Finalmente, con relación a los valores de los indicadores de gasto en salud, Colombia, excluyendo a los Estados Unidos, ocupa el octavo lugar, de mayor a menor gasto por habitante (2013), con U$843 , superior a Perú y Bolivia. De manera similar, Colombia ocupa el séptimo lugar en Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2013), con un valor de 6,8 por ciento, solo superando a México y Bolivia.

Los valores de los indicadores que caracterizan al país comparados con los promedios regionales ratifican los resultados anteriores.

Modelos y sistemas de salud comparados

Para los países analizados, se desarrollan los siguientes apartados, los cuales constituyen una recopilación de distintas fuentes: Marco normativo del derecho a la salud, organización del sistema de salud, financiamiento, aseguramiento; prestación y acceso a los servicios de salud y protección del derecho a la salud.

Argentina

Marco normativo del derecho a la salud

Con la Constitución Nacional de 1949 se creó el Ministerio de Salud, y con la reforma constitucional de 1994, en su Artículo 75, inc. 22, se agregaron once pactos y convenciones internacionales de derechos humanos, la mayoría de los cuales incorporan expresamente el derecho a la salud y establecen su alcance, las obligaciones para el Estado, objetivos y metas de política pública en el área y consideraciones específicas para grupos que requieren protección especial (Ministerio de Salud de Argentina, 2015).

Antecedentes:

En 1980 se crea el Sistema Nacional de Residencias de la Salud.

En 1981 se crea el Consejo Federal de Salud.

En 1988 se declara de interés nacional la lucha contra el cáncer, los linfomas, las leucemias y demás enfermedades neoproliferativas malignas. Creación del Instituto Nacional de Oncología.

En 1989 se crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud y se promulga la nueva Ley de obras sociales.

En 1995 se da la incorporación de las prestaciones obligatorias en el sistema de Obras sociales.

En 1997 se establecen las empresas o entidades que prestan servicios de medicina prepaga, sus planes de cobertura y las prestaciones obligatorias.

En 2001 se crea el Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM)

En 2009 se establecen los derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.

En 2011 se establece el marco regulatorio de la medicina prepaga.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud argentino está compuesto por tres sectores: público, de seguro social obligatorio (Obras Sociales - OS) y privado (Belló y Becerril, 2011).

El sector público está integrado por los ministerios nacional y provincial y la red de hospitales y centros de salud públicos, los cuales brindan atención gratuita a quien lo demande, especialmente a personas sin capacidad de pago y sin seguridad social.

El sector del seguro social obligatorio o de Obras Sociales (OS) asegura y presta servicios a los trabajadores y sus familias. Opera a través de contratos con prestadores privados y es financiado por las contribuciones de los empleadores y trabajadores. Cada provincia cuenta con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción, y con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP – PAMI) que se encarga del cubrimiento de los servicios requeridos por los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias.

El sector privado está conformado por profesionales de la salud e instituciones que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Incluye las empresas de medicina prepaga. Este sector comprende también las cooperativas y mutuales que ofrecen planes de salud pero que no operan como OS ni como medicina prepagada.

Financiamiento

En Argentina, el gasto en salud abarca los subsectores antes mencionados, es decir, público, privado y de la seguridad social. Durante el 2013, este país presentó un gasto total en salud de 314 mil millones de pesos argentinos (equivalente al 9,5 por ciento del PIB de ese país), con una distribución del 28 por ciento en el sector público; 37 por ciento en el sector privado y del 35 por ciento en el sector de la seguridad social (Ministerio de Salud de Argentina, 2015).

En el caso del sector público, las rentas generales -correspondientes a los presupuestos nacionales, provinciales y municipales-, la redistribución de fondos específicos y créditos de origen internacional proveen los recursos para la atención pública. En cuanto al presupuesto nacional, los recursos provienen principalmente de impuestos directos e indirectos que tienen alcance federal, razón por lo cual las provincias reciben una parte, excepto en el caso de los impuestos aduaneros que son exclusivamente nacionales.

En lo relacionado con la Seguridad Social, Argentina cuenta con normatividad que obliga a la afiliación y financiamiento del sector (por ejemplo a Obras Sanitarias de la Nación –OSN- y Obras Sociales Provinciales -OSP). En este contexto y

a manera de ilustración, las OSN reciben financiación principalmente de impuestos al salario -que corresponde al 3 por ciento en el caso de los trabajadores, y el 6 por ciento, en el de los empleadores-. La Administración Federal de Ingresos Públicos-AFIP retiene un 0,9 por ciento que destina al Subsidio Automático Nominativo –SANO- y al Sistema Único de Reintegros –SUR-. Las OSP obtienen sus recursos de los aportes y contribuciones de los empleados provinciales (entre el 8 por ciento y el 10 por ciento). Por su parte, el INSSJyP/PAMI recibe para financiación el 3 por ciento de los aportes de los trabajadores que se encuentran activos y del 2 por ciento de las contribuciones de los empleadores.

Aseguramiento

Este régimen está dividido por subsectores (Ministerio de Salud de Argentina, 2014):

Subsector Seguro Social. Destinado a los trabajadores del mercado formal. Cubre el 55 por ciento de la población, así: 12 por ciento de las OSP; 34 por ciento de OSN y 9 por ciento PAMI

Subsector Público: La cobertura que le corresponde es la del 35 por ciento de la población, que no posee seguro social. Esta población se caracteriza por ser la de menor renta. Los planes estatales de salud (Plan Nacer y Plan Federal de Salud) cubren el 2 por ciento de la población.

Subsector Privado: el 8 por ciento de la población está cubierta con las empresas de medicina prepagada, las cuales, en conjunto con las OSN, brindan a esta población una canasta prestacional mínima denominada Programa Médico Obligatorio.

Prestación y acceso a los servicios de salud

En cuanto a infraestructura, Argentina posee 19.281 establecimientos encargados de la prestación de los servicios de salud (sin incluir aquí los consultorios particulares) y 187.980 camas (cifra obtenida sobre la base del SISA -Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino). De igual manera, este país cuenta con 3,21 médicos; 0,93 odontólogos; 0,51 farmacéuticos; 0,38 enfermeros (licenciados y profesionales) y 0,11 parteras por cada 1.000 habitantes (Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, 2013).

Protección del derecho a la salud

En la Constitución Nacional de Argentina durante la reforma de 1994, la acción de amparo recibió rango constitucional, cuando se creó el segundo capítulo, titulado Nuevos derechos y garantías, que en su Artículo 43 establece:

> (…) Toda persona puede interponer acción expedita y rápida de amparo, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo, contra todo acto u omisión de autoridades públicas o de particulares, que en forma actual o inminente lesione, restrinja, altere o amenace, con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, derechos y garantías reconocidos por esta Constitución, un tratado o una ley. En el caso, el juez podrá declarar la inconstitucionalidad de la norma en que se funde el acto u omisión lesiva (…).

Esta acción se puede interponer contra cualquier forma de discriminación, contra derechos que protejan al usuario y contra derechos de incidencia colectiva general, tanto por el afectado como por la Defensoría del Pueblo y las asociaciones registradas conforme a la ley.

La Constitución Nacional Argentina en la primera parte, capítulo primero, sobre las "Declaraciones, derechos y garantías", establece en su Art. 14 bis, parágrafo tercero, la obligación del Estado de otorgar beneficios de seguridad social, los cuales tienen carácter de integralidad e irrenunciabilidad. Especialmente se indica que el seguro social obligatorio, está a cargo de las entidades nacionales o provinciales las cuales deben garantizar la protección integral de la familia, la defensa del bien de familia, la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna.

Bolivia

Marco normativo de derecho a la salud

La Constitución Política del Estado de Bolivia, en el capítulo segundo, sobre principios, valores y fines del Estado, Artículo 9, numeral 5, garantiza el acceso a la salud de todas las personas. Así mismo, el capítulo segundo, sobre los derechos fundamentales, Artículo 18 indica:

> I. Todas las personas tienen derecho a la salud. II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno (…).
>
> Así mismo el capítulo quinto sobre los derechos Sociales y Económicos lo vuelve a mencionar en los Artículos 35 al 44 (Const., 1826).

Antecedentes:

En 1938 se creó el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y se inició el Sistema Nacional de Salud (SNS). En 1953 se crea el sistema de seguridad social para trabajadores.

En 1953 se creó el sistema de seguridad social para trabajadores.

En 1956 se promulga el Código de la Seguridad Social.

En 1984, se establece la regionalización de la atención en salud.

En 1994 se expidió la Ley de Participación Popular, que transfirió la infraestructura pública de salud a los gobiernos municipales.

En 1997 se da una reforma estructural al sistema de seguridad social.

En 2003 entra en vigencia del Seguro Universal Materno Infantil que reemplaza al Seguro Básico de Salud.

En 2013 se emite la Ley 475 que establece las prestaciones de servicios de salud integrales de Bolivia, la cual fue reglamentada por el Decreto Supremo N° 1984 de 2014.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud de Bolivia está organizado en dos sectores: público y privado (Ledo y Soria, 2011a).

El sector público comprende al Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y al subsector social. El primero incluye al Seguro Universal Materno Infantil y al Programa de Extensión de Cobertura a Áreas Rurales, que atiende a menos de la mitad del total de la población. El MSD trabaja en cuatro puntos de acción: a nivel nacional a través del propio MS, departamental a través del Servicio Departamental de Salud (SEDES), municipal a través del Directorio Local de Salud (DILOS) y, local que lo brinda el establecimiento de salud en su área de influencia y con brigadas móviles como nivel operativo.

El Subsector Social está compuesto por el Seguro Social Obligatorio para las personas con trabajo formal que brinda, a corto plazo servicios de salud, y; por el seguro a largo plazo que tienen a su cargo las Administradoras de los Fondos de Pensiones. Comprende las cajas de salud, los seguros universitarios y la Dirección General de Salud y es fiscalizado por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).

El sector privado presta servicios al 10 por ciento de la población y se basa en el pago directo de bolsillo. Lo constituyen las compañías de seguros y los proveedores de servicios de salud privados con y sin fines de lucro. Es obligación del

MSD regular su funcionamiento y asegurar que los servicios que se ofrezcan sean efectivos y seguros.

Un 30 por ciento de la población accede a servicios de salud de la medicina tradicional, con pago de sus ingresos.

Financiamiento

Los recursos del gobierno nacional y recursos externos constituyen la principal fuente de financiación del sector público. Los primeros suelen usarse principalmente para gasto corriente y los segundos representan el 56 por ciento de los gastos de inversión (Ledo y Soria, 2011b).

Durante 2007, la financiación del MSD correspondió en casi el 80 por ciento a recursos del gobierno nacional y el 20,2 a recursos externos. En 2008, del total del gasto en salud, el 42 por ciento correspondió al subsector público; el 30 por ciento al subsector privado y el 28 por ciento al subsector de Seguridad Social. Este gasto correspondió al 4,6 por ciento del PIB del país, en donde el 1,8 por ciento corresponde al subsector público; el 1,5 por ciento al privado y 1,3 por ciento a seguridad social.

Hasta 2011, los beneficiarios de los seguros SUMI y SSPAM pagaban la atención en los establecimientos públicos de salud, aunque en la Constitución se mencionaba que el Sistema Único de Salud sería gratuito.

Aseguramiento

El 42,5 por ciento de la población está cubierta por seguros sociales (previsión social) o públicos (SUMI y SSPAM). Los primeros, benefician al 30,6 por ciento a través de diferentes cajas de salud de contribución obligatoria para trabajadores formales y los segundos al 11,9 por ciento restante. Se estima que en Bolivia la brecha de cobertura es del 57,5 por ciento (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

En cuanto a la cobertura, ésta se presenta de la siguiente manera:

100 por ciento de la población de 0 a 4 años está cubierta: el 78 por ciento con el Seguro universal materno infantil –SUMI- y el 22 por ciento por la seguridad social

100 por ciento del grupo mayor de 60 años se encuentra protegido: el 74 por ciento por la seguridad social y el 26 por ciento por el seguro social para el adulto mayor

28 por ciento de la población de 5 a 59 años está protegida por la seguridad social

72 por ciento sin protección

Adicionalmente, Bolivia posee programas de protección social como el Programa nacional del bono Juana Azurduy, que busca reducir la mortalidad materno-infantil, y el Programa multisectorial desnutrición cero, con el que el país busca eliminar la desnutrición crónica y aguda en menores de cinco años.

Prestación y acceso a los servicios de salud.

Para asegurar la prestación de un servicio continuo, desde el momento en que se accede a éste hasta cuando se soluciona el problema, el Sistema Nacional de Salud de Bolivia está constituido por redes de servicio de salud (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

El modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) se basa en el principio de interculturalidad y articula la atención biomédica y tradicional en todos los niveles de la red, la cual está constituida por establecimientos de diferentes niveles de capacidad resolutiva (diagnóstico, tratamiento y resolución de los problemas de salud). La entrada a la red son los establecimientos de atención primaria de la salud. El sistema cuenta con los mecanismos de referencia y contrarreferencia para segundo y tercer nivel de atención.

En el Sistema Nacional de Salud existen cuatro subsistemas: público, de seguridad social, privado y medicina tradicional, con tres niveles de atención. En cada subsistema la prestación de servicios está organizada de manera diferente.

En 2010, Bolivia contaba con 2.801 establecimientos de salud de los cuales, el 51 por ciento eran puestos de salud (servicio con actuación únicamente de auxiliar de enfermería); 46 por ciento, centros de salud (servicio con actuación de médico y auxiliar de enfermería) y 4 por ciento eran establecimientos de segundo y tercer nivel.

Protección del derecho a la salud

La Constitución Política de Bolivia de 1826 consagra en su capítulo segundo, sobre Acciones de Defensa, Sección II, la Acción de Amparo Constitucional, la cual en su Artículo 128 determina que "tendrá lugar contra actos u omisiones ilegales o indebidos de los servidores públicos, o de persona individual o colectiva, que restrinjan, supriman o amenacen restringir o suprimir los derechos reconocidos por la Constitución y la ley".

Dicha acción puede ser interpuesta por la persona afectada, por otra en su nombre (con poder) o por la autoridad correspondiente ante cualquier juez o tribunal, siempre que no exista otro medio o recurso legal para la protección inmediata de los derechos y garantías restringidos, suprimidos o amenazados y para su interposición cuenta con un término de seis meses contados a partir de la vulnera-

ción. La decisión que se adopte sobre la acción pasa a revisión ante el Tribunal Constitucional Plurinacional durante las 24 horas siguientes a emisión del fallo. La decisión del tribunal debe ser ejecutada inmediatamente.

Brasil

Marco normativo de derecho a la salud

La protección del derecho a la salud se encuentra en la Constitución Política de Brasil, título VIII - del orden social, capítulo I - disposición general, Sección II - de la Salud, Artículos 196 al 200. Es así como el Artículo 196 establece que "(…) La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tiendan a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros riesgos y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación". El Artículo 200 contempla las atribuciones asignadas al Sistema Único Nacional, donde además constituyó el derecho de acceder a los servicio de salud a todos los ciudadano (Const., 1988).

Organización del sistema de salud

El sistema de salud de Brasil, está compuesto por un sector público y uno privado, el sector público cubre al 75 por ciento de la población y está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS), el cual presta los servicios de manera descentralizada a través de redes de clínicas, hospitales y otras instalaciones y, a través de contratos con establecimientos privados. Es el responsable de la coordinación del sector público.

El sector privado cubre al restante 25 por ciento de la población, conformado por un sistema de esquema de aseguramiento de Salud Suplementaria, que comprende medicina de grupo, cooperativas médicas, planes auto administrado y planes de seguros de salud individuales. Existe la modalidad de "pago de bolsillo" utilizado para la población con mayores ingresos, quienes acuden a consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados, pero que también asisten al SUS cuando requieren servicios de prevención (vacunación) y para la atención de enfermedades de alto costo con nivel de complejidad (Becerril, Medina y Aquino, 2011).

Financiamiento

En el gasto del sector público, el 100 por ciento de la financiación corresponde a las fuentes fiscales generales, gravadas sobre renta y consumo, facturación y lucro de empresas. En los gastos del sector privado, cerca del 60 por ciento de la finan-

ciación corresponde a los pagos directos de bolsillo (Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, 2013a).

Para financiar al sector público, la Enmienda Constitucional Nº 29 de 2000 (EC 29), reglamentada por Ley complementaria en 2012, establece la asignación de recursos públicos para acciones y servicios de salud por parte de las tres esferas gubernamentales (Unión, Estado y municipalidades).

La Unión debe calcular los recursos de financiación de forma diferente a los estados y municipios. La Unión aplica la cantidad de recursos gastados en el año anterior, ajustada por la tasa de variación del PIB. Por su parte, los estados deben asignar a la salud 12 por ciento y los municipios 15 por ciento de sus recursos propios, que incluye los impuestos directamente recaudados y las transferencias constitucionales generales de la Unión.

Los tributos nacionales, principalmente contribuciones sociales que conforman el presupuesto de la seguridad social (previsión social, salud y asistencia social) son las fuentes de financiación del Ministerio de Salud. En 2011, el 52 por ciento de los recursos se originaron en la Contribución al Financiamiento de la Seguridad Social -COFINS, un impuesto federal que grava la facturación bruta de las empresas, y el 38 por ciento provinieron de la Contribución Social sobre el Lucro Neto-CSL de las empresas. Hasta el 2007 la Contribución Provisoria sobre los Movimientos Financieros -CPMF (débitos y créditos en las cuentas bancarias), respondía por el 31 por ciento de los ingresos del Ministerio de Salud.

Aseguramiento

En Brasil el subsistema público cubre formalmente a toda la población (concepción universal del modelo beveridgiano). La población de mayores ingresos, vinculada formalmente al mercado laboral, accede voluntariamente a una cobertura adicional de operadoras de planes de salud privados (medicina prepaga), con lo cual se conforman dos segmentos: los usuarios que utilizan únicamente los servicios del SUS y que corresponde al 75 por ciento de la población, y los usuarios de planes privados de salud, equivalentes al 25 por ciento de la población, los cuales utilizan el SUS para algunos procedimientos (de alto costo y de prevención) y adicionalmente cuentan con coberturas distintas, según la capacidad de pago individual de su plan privado. Es importante destacar que las coberturas se superponen y así, el 100 por ciento de los residentes en Brasil pueden acceder sin pago a los servicios SUS (Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, 2013b).

Prestación y acceso a los servicios de salud

Aunque establecimientos públicos y privados ofrecen los servicios de salud, la organización de la red pública de servicios de salud en Brasil se caracteriza por la presencia de los establecimientos privados en la oferta de tratamientos especializados, y servicios hospitalarios y apoyo al diagnóstico.

De los 24.165 establecimientos ambulatorios o clínicas especializados, el 86,7 por ciento son privados. De los 5.205 hospitales generales de atención terciaria, el 40,9 por ciento son privados, el 33,9 por ciento públicos y el 25,1 por ciento filantrópicos. Por el contrario, en el caso de la oferta de acciones y servicios de salud pública y en la atención ambulatoria el 98,5 por ciento de establecimientos son públicos (Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, 2013c).

Protección del derecho a la salud

La Constitución Política de Brasil, en el Título II - De los derechos y garantías fundamentales, Capítulo I - De los derechos y deberes individuales y colectivos, Artículo 68 consagra el Mandato de Seguridad, que es un instrumento procesal de protección de los derechos constitucionales, establecido para proteger un derecho no amparado por el hábeas corpus o el hábeas data, en tanto que el responsable se su vulneración sea un funcionario público o una persona jurídica ejerciendo funciones públicas.

La Constitución también prevé el "mandato de seguridad colectivo", el cual puede ser interpuesto por un partido político, un sindicato o una asociación debidamente constituida, con duración mínima de un año.

Chile

Marco normativo de derecho a la salud

La Constitución Política de Chile en su Capítulo III sobre los Derechos y Deberes Constitucionales, Artículo 9º establece el derecho a la protección de la salud. Este Artículo menciona el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, garantizado por el Estado, a quien además le corresponde la coordinación y el control de las acciones relacionadas con la salud. Igualmente menciona el derecho que tiene cada persona de elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste público o privado.

Antecedentes:

En 1824 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo.

En 1918 se expide el primer Código Sanitario

En 1924 se estableció el seguro Obrero Obligatorio que cubre riesgo de enfermedad, invalidez, vejez y muerte.

En 1942 se crea la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA) y del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA).

En 1948 se crea el Colegio de Médicos de Chile.

En 1952 se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS).

En 1968 se creó el Servicio Médico Nacional (SERMENA), sistema de libre elección orientado para empleados y sus cargas familiares. Este junto al Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (SATEP) fueron complementos del SNS.

En 1979 se presenta la fusión del SNS y el SERMENA, lo que produjo la reorganización del Ministerio de Salud y se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), los Servicios de Salud (regionales), la Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública.

En 1980 se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y se da la Municipalización de los establecimientos de atención primaria. Junto a la creación del SNSS, se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), encargado de la tesorería y de la administración financiera del sistema.

En 1981 se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

En 1985 se reguló el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y se creó un régimen de prestaciones de salud.

En 1990 se crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

En 1994 se introdujo la reforma de salud AUGE (Acceso Universal con garantías Explícitas).

En 2004 se establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria, sus distintas modalidades de gestión y se fortalece la participación ciudadana.

En 2005 se establece el reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

En 2013 se establecen las garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud.

Organización del sistema de salud

Está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público está formado por los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de

Salud (SNSS) y que son el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. Cubre el 80 por ciento de la población donde se incluyen los campesinos y los pobres de ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos con mejores ingresos, que se afilian al sistema (Becerril, Reyes y Annick, 2011).

Los servicios son prestados al 70 por ciento de la población por el SNSS, a través de la red regional y del Sistema Municipal de Atención Primaria, un 3 por ciento lo cubre los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y el 7 por ciento restante corresponde a trabajadores independientes y familias.

El sector privado lo organizan las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), cubriendo aproximadamente el 17.5 por ciento de la población y presta sus servicios a través de instituciones tanto públicas como privadas. Dependiendo de los contratos, los afiliados pueden o no escoger a los prestadores de servicios.

Financiamiento

El sistema público de salud obtiene recursos de financiación de los aportes impositivos del tesoro nacional, y de los tributos municipales y comunales (Unicef-CEDES, 2014a).

El FONASA y las ISAPRE cuentan con la cotización obligatoria de los empleados en relación de dependencia. Adicionalmente, reciben los aportes directos del Estado al FONASA por concepto de los grupos de menores recursos y sin capacidad de contribución (grupo A); los pagos voluntarios a ISAPRE de los trabajadores independientes, así como los bonos y aranceles fijados por el sistema de seguros a los hospitales públicos y privados, lo que representa el 45 por ciento de sus ingresos.

El FONASA recibe la cotización de los trabajadores activos y pasivos que cotizan al sistema de salud. En este caso la atención se concentra en el sistema público, o tienen como destino una Institución de Salud Preventiva (ISAPRE). Igualmente, recibe una contribución del Estado por concepto de los indigentes y no cotizantes. El FONASA administra el fondo público como un esquema de reparto, con iguales beneficios independientemente de la contribución y la escala familiar. Con el aporte pensional se garantiza el piso común de atención en la Modalidad de Atención Institucional- MAI. Existe además la posibilidad de optar por la Modalidad de Libre Elección –MLE, que brinda acceso a establecimientos privados, previo pago de bonos escalonados por niveles de ingreso (grupos B, C y D).

Aseguramiento

En 2006, FONASA cubría al 76,9 por ciento de la población y el 5,1 por ciento de la población no contaba con cobertura alguna.

Un 5 por ciento de la población está cubierta por dos sistemas de previsión autónomos, que funcionan como sistemas cerrados (en materia de financiamiento y aseguramiento): CAPREDENA para las Fuerzas Armadas y DIPRECA que cubre a los Carabineros. Estos sistemas cuentan con red propia de prestadores, e interactúan con el sistema nacional público y privado mediante convenios.

Por su parte, el seguro privado de las ISAPRE recibe aportes individuales para su funcionamiento y cuenta con instituciones con capacidad de inscripción voluntaria (ISAPRE abierta), que al no ofrecer planes atractivos para los individuos de mayor riesgo, generan una selección adversa contra FONASA. Los asegurados de las ISAPRE y como del MLE reciben atención de las clínicas, hospitales y profesionales independientes.

Las ISAPRE y el FONASA no cuentan con mecanismos que permitan la transferencia de recursos entre ellas, así que fue diseñado un Fondo de Compensación Inter-ISAPRE, que hace posible la existencia de subsidios cruzados dentro del sistema privado destinados principalmente a compensar la cobertura de enfermedades garantizadas por el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud-GES, el cual da protección financiera con oportunidad, acceso y calidad en un conjunto de 66 patologías priorizadas en un Plan Universal de Salud (ex AUGE). En la última década se ha incluido legislación para formalizar el GES, el cual recibe incentivos por cumplimiento (entrega una Cobertura Financiera Adicional CFA), y facilita la definición de copagos por grupo FONASA, hasta un tope máximo de garantía de cobertura financiera (Unicef-CEDES, 2014b).

Prestación y acceso a los servicios de salud

Los proveedores privados, públicos y de las fuerzas armadas pueden ofrecer servicios asistenciales al mercado abierto. A su vez, pueden acceder a todos los tipos de proveedores públicos o privados abiertos al mercado asistencial global aquellos clientes pertenecientes a grupos no asegurados, ni vinculados a pensiones que pueden pagar los servicios recibidos al momento de uso, es decir, usuarios de ISAPRE, usuarios de otros seguros y convenios (como de accidente laboral o escolar), beneficiarios de FONASA en categorías C y D en modalidad Libre Elección, beneficiarios del sistema AUGE-GES (para las patologías y condiciones específicas establecidas) y, beneficiarios del sistema público que se encuentran en el programa de reducción de listas de espera.

Existen aranceles diferenciados en modalidad institucional (pago interno del SNSS por prestaciones); modalidad de libre elección en FONASA (copago del usuario FONASA) y aranceles privados o particulares para los centros asistenciales de los servicios de salud y los que están bajo administración municipal, centros que pueden ofrecer servicios a todo tipo de asegurados y no asegurados

Las redes de prestadores privados incluyen a las redes de farmacias, ópticas, proveedores de prótesis y otros productos médicos; en su mayoría están articuladas desde el seguro (ISAPRE y sistema de cobertura adicional de enfermedades catastróficas o CAEC) y funcionan bajo la modalidad cerrada y ambulatoria.

Del total de las prestaciones realizadas por el sistema privado 46 por ciento corresponden a la demanda de prestaciones de beneficiarios del sistema público, aspecto brinda además estabilidad al sistema privado. El 42 por ciento de las prestaciones otorgadas en el país corresponde a la provisión privada.

Así mismo, adicional al Sistema Nacional de Servicios de Salud-SNSS, hay instituciones como las Fuerzas Armadas y de Orden, Penitenciaría, Empresa Nacional del Petróleo y Universidad de Chile, que hacen parte de las entidades del subsector público que poseen sistemas propios de salud, destinados a dar atenciones en salud a su personal y a las cargas familiares, para lo cual cuentan con establecimientos y unidades asistenciales de atención abierta y cerrada (Universidad de Chile, 2015).

Protección del derecho a la salud

Chile, cuenta con el recurso de protección, el cual fue establecido en el Artículo 20 de la Constitución Política (Const., 2005):

> El que por causa de actos u omisiones arbitrarios o ilegales, sufra privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de los derechos y garantías establecidos en el Artículo 19, números 1.º, 2.º, 3.º inciso cuarto, 4.º, 5.º, 6.º, 9.º inciso final, 11.º, 12.º, 13.º, 15.º, 16.º en lo relativo a la libertad de trabajo y al derecho a su libre elección y libre contratación, y a lo establecido en el inciso cuarto, 19.º, 21.º, 22.º, 23.º, 24.º y 25.º podrá ocurrir por sí o por cualquiera a su nombre, a la Corte de Apelaciones respectiva, la que adoptará de inmediato las providencias que juzgue necesarias para restablecer el imperio del derecho y asegurar la debida protección del afectado, sin perjuicio de los demás derechos que pueda hacer valer ante la autoridad o los tribunales correspondientes .

El recurso es la acción de carácter constitucional concedida a personas que sufren privación, perturbación o amenaza a sus derechos y garantías constituciona-

les como consecuencia de actos u omisiones arbitrarias o ilegales. Como queda establecido en el Artículo 20, en materia de salud, es aplicable cuando se vulnere el "Derecho a elegir el sistema de salud, sea estatal o privado".

Este recurso busca que la Corte de Apelaciones ordene las medidas necesarias para reestablecer el derecho vulnerado y asegurar su protección. Puede ser interpuesto por la persona que haya sufrido la amenaza o por un tercero en su representación. El plazo para interponerla es de 30 días a partir de la ocurrencia del acto que da lugar al recurso.

Costa Rica

Marco normativo del derecho a la salud

La Constitución Política de Costa Rica, establece la protección del derecho a la salud en sus Artículos 21, 46[1] (último párrafo), 50 (párrafo II) y 73.

En un comienzo, la Constitución no hacía referencia al derecho a la salud, lo cual fue solucionado por medio de la interpretación que sobre el derecho a la vida (Artículo 21) realizó la Sala Constitucional, donde estableció que:

> En cuanto al derecho a la salud (…) si bien nuestra Constitución Política no contempla de forma expresa este derecho (…) no se puede negar su existencia, por ser derivado directo del derecho a la vida protegido en el Artículo 21 de nuestra Constitución, ya que este –de derecho a la vida– es la razón de ser y explicación última del derecho a la salud. La conexión existente entre ambos es innegable, el derecho a la salud tiene como propósito fundamental. La Salud Pública en Costa Rica hace efectivo el derecho a la vida, porque éste no protege únicamente la existencia biológica de la persona, sino también los demás aspectos que de ella se derivan (…) El derecho a la vida reconocido en el numeral 21 de la Constitución es la piedra angular sobre la cual descansan el resto de los derechos fundamentales de los habitantes de la República. De igual forma, en ese ordinal de la carta política encuentra asidero el derecho a la salud, puesto que, la vida resulta inconcebible si no se le garantizan a la persona humana condiciones mínimas para un adecuado y armónico equilibrio psíquico, físico y ambiental.

Así mismo, la Ley General de Salud regula lo relacionado con la salud pública, estableciendo que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado, estando entre sus funciones el de velar por la salud de la población.

1 Los consumidores y usuarios tienen derecho a la protección de su salud, ambiente, seguridad e intereses económicos; a recibir información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a un trato equitativo.

El Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, le corresponde la definición de políticas, formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud.

Mediante Decreto Ejecutivo No. 14313 SPPS -PLAN, se creó la llamada Constitución del Sector Salud, en la cual se regula su estructura y organización.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud de Costa Rica además presta servicios de agua y saneamiento. Está constituido por un sector público y uno privado (Organización Panamericana de la Salud, 2004).

El sector público está a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) quien debe financiar, comprar y prestar los servicios personales. Administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo.

El sector privado tiene fines lucrativos y está compuesto por una amplia red de prestadores que ofertan sus servicios de forma ambulatoria y por especialidad a través de los "Pagos de bolsillo" o con las primas de los seguros privados.

Financiamiento

El Ministerio de Salud recibe recursos del presupuesto nacional principalmente, en su mayoría originados por impuestos indirectos. La financiación del seguro social de salud proviene de las contribuciones sobre la base tripartita de cotización del ingreso laboral, que corresponde al 15 por ciento en el grupo de los trabajadores asalariados (5,50 por ciento aportado por trabajador; 9,25 por ciento aportados por el patrono y 0,25 por ciento dados por el Estado); al 12 por ciento en el caso de los trabajadores independientes y en el caso del ingreso mínimo contributivo(ingreso sobre el cual puede cotizar cualquier trabajador), a una contribución del 4 por ciento para el trabajador y 8 por ciento para el Estado. En este último caso, a medida que aumentan los ingresos, aumentan la contribución, hasta llegar el 12 por ciento (CEPAL, 2013).

Los asegurados por convenios especiales, tienen porcentajes son fijados según las características del grupo de trabajadores y cuentan también con contribución estatal.

El gasto es salud tiene relevancia a nivel macroeconómico: desde el año 2000, el gasto público en salud se incrementó principalmente por la expansión de la planilla/número de trabajadores y los salarios de los empleados (especialmente entre los años 2007 y 2009), y en 2009, fue superior al 6,5 por ciento del PIB del

país. En dólares americanos, el aumento es mayor (el gasto per cápita era de 204 dólares en el 2000 y pasó a 655 dólares en el 2012), pues en los últimos años se ha presentado una depreciación del colón.

Aseguramiento

A junio del 2012, el total de asegurados directos activos era de 1.557.783 personas, es decir, un 67 por ciento de la Población Económicamente Activa-PEA en ese momento (cifras oficiales de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la Estadística de Patronos, Trabajadores y Salarios -CCSS)

En la actualidad, tres de cada cuatro asegurados directos activos son asalariados y uno de cada cuatro, no asalariados. En el caso de estos últimos, la mayoría son asegurados como trabajadores independientes, y una cantidad menor por convenios especiales. En el caso de los asalariados, un poco más de la mitad del total de asegurados directos activos pertenecen al sector privado y casi una quinta parte al sector público.

Los asegurados directos incluyen no sólo al grupo que pertenece a la PEA, sino a los pensionados y jubilados de regímenes de pensiones administrados por el sector público y a la población en situación de indigencia asegurada por el Estado, con lo cual en 2012, el total de asegurados directos se incrementó a 2.304.020 cifra, es decir, el 49,5 por ciento de la población total de Costa Rica.

Anualmente el Instituto Nacional de Estadística y Censos-INEC lleva a cabo la Encuesta Nacional de Hogares, que tiene cobertura nacional, y a la cual recurre el Sistema de Salud para aproximar el perfil de los asegurados y no asegurados debido a que la Caja Costarricense de Seguro Social-CCSS no cuenta con información para establecerlo.

Un 45,4 por ciento de la población de Costa Rica es asegurada directa: 32,9 por ciento son trabajadores activos; el 7,9 por ciento son pensionados o jubilados, y el 4,6 por ciento son asegurados por cuenta del Estado. Por su parte, el 40 por ciento de la población es asegurada indirecta (familiares de asegurados directos, incluidos trabajadores activos, jubilados o pensionados). El 14,8 por ciento de la población no es asegurada, es decir, unas 688.919 personas, de las cuales el 44,5 por ciento tienen una ocupación, y 12, 5 por ciento no estaba empleado al momento de la encuesta. El 43,1 por ciento, es decir, 296.600 personas, pertenece al grupo de población inactiva (CEPAL, 2013).

Prestación y acceso a los servicios de salud

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), es el más importante prestador de servicios de salud del país. Es una institución pública que administra el seguro social de salud (obligatorio, solidario y universal), y entidad que, según la Encuesta Nacional de Hogares 2012, cubre un 85,2 por ciento de la población en la condición de aseguramiento formal, aunque en la práctica atiende al 100 por ciento principalmente por urgencias. Esta entidad recibe financiación de manera tripartita (trabajadores, patronos y Estado)

En Costa Rica, los prestadores son públicos y privados. En el primer caso, además de CCSS, se encuentran el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado- ICAA; el Instituto Nacional de Seguros- INS, empresa pública que brinda servicios de salud como parte de las prestaciones de los seguros de Riesgos del Trabajo y Obligatorio para Vehículos Automotores, y recientemente dejó de ser monopolio de seguros diferentes a los administrados por la CCSS, y finalmente, las áreas de salud de las universidades (CEPAL, 2013).

El sector privado por su parte, presta servicios de consultas médicas (principalmente de especialistas) y odontológicas, de hospitalización, de apoyo (como microbiología, y otros exámenes), y provee productos farmacéuticos. Presenta un crecimiento acelerado desde los 90´s.

Protección del derecho a la salud

En Costa Rica el Artículo 48 de la Constitución Política establece que toda persona tiene derecho al recurso de amparo para conservar o restituir el goce de los derechos consagrados en la Constitución, así como los establecidos de carácter fundamental en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, que se aplican en el país.

Cuba

Marco normativo de derecho a la salud

El derecho a la Salud en Cuba se encuentra incluido en la Constitución de la República (Const., 1976) en el Capítulo VII sobre los derechos, deberes y garantías fundamentales, Artículo 50:

> Todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho: con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio médico rural, de los policlínicos,

hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado; con la prestación de asistencia estomatológica gratuita; con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales.

Antecedentes:

En 1960 se crea el sistema de salud único, gratuito, de cobertura universal y centralizada. Un año después se cambia el enfoque de la atención en el sistema, pasando de lo curativo a lo preventivo.

Entre 1970-1980 se presenta el desarrollo de la Atención Primaria de Salud.

En 1983 se establecen los principios básicos en salud pública.

En 1988, se dicta la Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Revolucionarias (FAR).

En 1992 se crearon las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud y la Red Electrónica de Información en Salud.

En 2002 se creó el Programa Integral del Adulto Mayor, con enfoque comunitario e institucional.

En 2003 se creó el programa conocido como Operación Milagro, que ofrece tratamiento oftalmológico-quirúrgico gratuito a ciudadanos pobres de América Latina y el Caribe.

Organización del sistema de salud

En Cuba está establecido el Sistema Nacional de Salud (SNS), siendo el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) el organismo rector, por lo que se encarga de dirigir, ejecutar y controlar las políticas del Estado y del Gobierno en materia de salud pública, el desarrollo de las ciencias médicas y de la industria médico farmacéutica. Opera bajo el principio del derecho a la salud como social e inalienable, donde todos los cubanos tienen el derecho de acceder a servicios integrales de salud (Domínguez y Zacca, 2011).

El sistema de salud opera en tres niveles administrativos: nacional, provincial y municipal, y cuatro niveles de servicios: (nacional, provincial, municipal y de sector). Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales. Cada provincia conforma sistemas locales de salud en sus municipios.

El MINSAP presta sus servicios a través de tres niveles de atención. El nivel primario atiende al 80 por ciento de la población dando solución a sus problemas en salud, presta sus servicios en policlínicos y en los consultorios del médico y de la enfermera de la familia. El nivel secundario cubre el 15 por ciento de los problemas de salud, trata al usuario para evitar complicaciones en su enfermedad y realiza rehabilitación. Su unidad básica es el hospital de subordinación provincial. El nivel terciario atiende alrededor del 5 por ciento de los problemas en salud, los cuales se relacionan con secuelas o complicaciones de algunas enfermedades y su atención se presta en hospitales especializados o institutos de subordinación nacional.

Financiamiento

Cerca del 90 por ciento de los gastos en salud tienen carácter público, algo lógico si se considera que la estructura política de Cuba le establece al Estado la regulación, financiamiento y prestación de servicios de salud para toda la población debido y la función de garantizar un servicio universal y gratuito. Por lo anterior, las medicinas y demás complementos para la atención primaria, de elevada calidad, son gastos también asumidos por el Estado Cubano. El Sistema Nacional de Salud (SNS) está integrado verticalmente por funciones y horizontalmente para la atención a toda la población (Unicef-CEDES, 2014c).

Aseguramiento

El Artículo 50 en la Constitución de la República de Cuba ratifica los principios humanistas y de solidaridad que caracterizan la salud pública, dando al Estado la función de garantizarlos y a toda la población el derecho a recibir atención y protección de su salud. La Carta magna de Cuba, reconoce la cobertura universal de la salud y la participación de organismos de la sociedad. Por su parte, Ley No. 41 de salud pública de 1983 se refiere a la satisfacción de las necesidades de salud de la población sin discriminación, ni exclusión social (Castell, Gispert y Lozano, 2015).

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es el órgano rector de un único y universalizado sistema de salud. Éste último responde a las necesidades de salud de la población en todo el país, y presta servicios de atención médica en tres niveles, integrados de acuerdo con principios de regionalización, que le otorgan un mayor costo/efectividad.

Prestación y acceso a los servicios de salud

Los servicios de salud están organizados en redes se servicios por territorios y desde 1976 se planifican a partir de las necesidades de la población. Las acciones

de promoción de salud, prevención de enfermedades, control de riesgos, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos se prestan a través de programas que cubren a toda la población, siguiendo la dinámica propia de un sistema de prestación de servicios integral (Unicef-CEDES, 2014d).

El modelo de servicio cubre desde la promoción hasta la rehabilitación. El foco del servicio se ubica en la atención primaria de salud (APS), el cual se basa en un esquema de médico y enfermera de la familia-MEF, en donde cada consultorio de MEF sirve a 600 o 700 personas. Los Grupos Básico de Trabajo-GBT, están constituidos por entre 15 y 20 MEF, y cuentan con especialistas en medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, psicólogo, estomatólogo, una supervisora de enfermería, una trabajadora social, un estadístico y un técnico en higiene y epidemiología. La coordinación del MEF con el policlínico se lleva a cabo a través de estos Grupos.

El Estado es el principal prestador de servicios, función que lleva a cabo a través de instalaciones sanitarias propias y personal de salud asalariado; financia la totalidad los servicios de salud y su infraestructura; mediante las organizaciones sociales y comunitarias, el Estado supervisa que las actividades del personal de salud se lleven a cabo según lo establecido, aspecto que se ve favorecido por el alto grado de compromiso hacia el servicio comunitario y hacia la prevención de quienes integran el sistema. Estos servicios son soportados por los centros docentes de formación o capacitación (encargados de desarrollar recursos humanos y suministrar servicios de salud) y por empresas del complejo médicoindustrial (responsables de la producción de equipos, equipamiento no médico, y medicamentos.

Protección del derecho a la salud

A pesar que la Constitución de Cuba establece el capítulo VII sobre los derechos, deberes y garantías fundamentales, esta no contempla ningún recurso de amparo. Sin embargo el Estado cubano se enuncia como protector de los derechos humanos y constitucionales, situación que reconoció al establecer un amplio conjunto de derechos y libertades de los ciudadanos e individuos que busca un ambiente de total respeto y protección de los derechos del hombre tal como lo enuncia su Artículo 9.

EE.UU

Marco normativo de derecho a la salud

Estados Unidos no proporciona ninguna garantía constitucional para la protección del derecho a la salud. Según la OMS, tampoco han ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Antecedente:

En 2010 se dicta la ley de Protección del Paciente y Cuidado Accesible (Patient Protection and Affordable Care).

Organización del sistema de salud

El sistema de salud de EE.UU se caracteriza por los seguros privados basados en el empleo. El 31 por ciento de la población está afiliado a un seguro médico público, bien sea el suministrado por Medicare, Medicaid, S-CHIP y Veteran´s Administration. (Ganduglia, 2010)

Medicare es un seguro que cubre a personas de 65 años en adelante. Es un programa administrado por el gobierno como pagador único, actuando como asegurador.

Medicaid por su parte está asignado para las familias de bajos recursos económicos. Cada estado lo administra, por lo que hay 51 programas cada uno con sus propias características. Cubre aproximadamente al 20 por ciento de la población.

S-CHIP ofrece ayuda financiera para aquellas familias que ganan más de lo requerido para aplicar a Medicare pero no para pagar un seguro médico privado.

Y Veteran´s Administration, le ofrece servicios médicos a los veteranos del ejército.

En materia de seguros en salud predomina el sector privado, el cual es contratado por los empleadores o de manera independiente. Este sector presta servicios muy diversos, los cuales varían según la empresa de seguro y el valor que se cancele. Las aseguradoras pagan directamente a los proveedores por servicio.

Con la ley de "protección de pacientes y cuidados de salud accesibles" se incluyeron nuevos beneficios y derechos en la atención en salud y brindando protección a sus ciudadanos a través el establecimiento de un "Mercado de seguros médicos".

El Mercado de Seguros Médicos es un sitio web donde los americanos pueden comparar en línea los precios para adquirir seguros médicos costeables y de calidad además de recibir asesoría e incluso aplicar para Medicaid.

Cada estado tiene su propio mercado de seguros médicos. Los ciudadanos que tengan menos del 400 por ciento del "nivel federal de pobreza"(FPL) pueden aplicar para asistencia en costos a través del mercado de seguros.

Esta ley extendió Medicaid, amplió cobertura y estableció descuentos en impuestos, entre otros beneficios. Reformó el régimen de las aseguradoras y de los cuidados de la salud con el objetivo de reducir costos. Estableció a los grandes empleadores la obligación de dar cobertura en salud a todos los trabajadores de tiempo completo.

Financiamiento

Esencialmente los seguros privados (private insurance) y pagos directos por parte de los ciudadanos (out-of-pocket payments) financian el sistema de salud de los Estados Unidos. (Macho, 2015)

Por su parte, las contribuciones de los ciudadanos, a través de los impuestos sobre las nóminas (payroll taxes, los segundos impuestos más importantes en EEUU, después del impuesto federal sobre la renta -Federal Income Tax) y sobre el trabajo autónomo (self-employment taxes) financian los Programas de la Seguridad Social y de Medicare. Estos impuestos se encuentran regulados respectivamente en el Federal Insurance Contributions Act Tax (FICA) y el Self-Employment Contributions Act Tax (SECA).

Aseguramiento

La promulgación en 2010 de la iniciativa de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible- ACA por sus siglas en inglés para Patient Protection and Affordable Care Act, es una iniciativa para introducir cambios que favorecieran a todos los actores de la cadena de valor del sistema de salud de los Estados Unidos. Esta iniciativa, entre otros, abarca temas como las obligaciones y responsabilidades individuales y de los empleadores frente a la salud y el bienestar, organizaciones de cuidado responsable encaminadas alinear los intereses conflictivos en la red de prestación de servicios de valor e incentivar a los proveedores y pagadores para mantener en las acciones de prevención; programas de bienestar , y el Centro de Innovación de la CMS, encargado de nuevos modelos de pago y prestación de servicios diferentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Lo anterior, supone la introducción de medidas de mejora importantes, aunque en esencia el sistema de aseguramiento sanitario en los Estados Unidos aún no ha cambiado. En el año 2009, más de 50 millones de personas en EE.UU no tenían seguro médico (por costos o por negación por parte de las aseguradoras), y el costo de los servicios sanitarios brindados por exigencia legal a personas no aseguradas ascendía a 100 billones de dólares. Estos costos incrementan el precio de las primas de seguros privados y también suponen un mayor gasto público. La situación descrita situación sigue siendo el tema medular de la ACA: incrementar el número de personas aseguradas y reducir el coste de la asistencia sanitaria el país (Macho, 2015).

Prestación y acceso a los servicios de salud

A través del Programa Medicaid, los Estados reciben financiación del Gobierno Federal para la prestación de asistencia sanitaria a personas de escasos recursos,

que tengan el perfil del requerido por el programa (mujeres embarazadas, niños, familias sin recursos, personas ciegas, personas mayores y discapacitadas). Para recibir estos recursos, los Estados deben cumplir con los criterios establecidos a nivel federal (relacionados con ítems como elegibilidad, prestaciones, costo, entre otros). En el año 1982, todos los Estados decidieron participar en este Programa, y en la actualidad estos recursos equivalen a más del 10 por ciento de sus ingresos (Macho, 2015).

Según la ACA, se espera que en 2014, el Programa Medicaid gestionado por los Estados, haya ampliado su cobertura a los ciudadanos mayores de edad con ingresos hasta el 133 por ciento del nivel federal de pobreza (en muchos Estados sólo se cubre a ciudadanos con hijos a cargo y que además tengan un nivel de ingresos muy inferior). Esta expansión supone un acercamiento a la universalización de la cobertura y por ende, hacia un Sistema Nacional de Salud. Para ello, la ACA incrementa la financiación federal, razón por la cual, si un Estado no adopta la expansión, pierde toda la financiación federal que tenía para ese programa. Sin embargo, incluso con la aplicación de la ACA, todavía hay millones de personas, como los inmigrantes indocumentados (aproximadamente 11,5 millones de personas), que residen en EEUU sin tener cobertura de salud.

Protección del derecho a la salud

En Estados Unidos no existe derecho de amparo para la protección del derecho a la salud, el cual tampoco lo establece, como ya se mencionó, su Constitución Política. Sin embargo a continuación se describen algunos mandamientos que podrían asimilarse al derecho de amparo, encaminados a la protección de otros derechos.

El Mandamiento de hábeas corpus (Writ of habeas corpus) que es un instrumento que se rige por leyes estatales, cuyo conocimiento es abocado por los organismos jurisdiccionales de cada entidad federativa. Este mandamiento es limitativo y solo se refiere a situaciones en contra de la libertad física de una persona (Wald, s.f.)

El Mandamiento de Certiorarí (Writ of certiorarí), es un recurso extraordinario que se interpone ante el superior para que este determine si el procedimiento fue ajustado a derecho, subsanando las omisiones, modificando, revocando o confirmando lo actuado por el inferior. Conoce de este recurso la Suprema Corte quien tiene la facultad de decidir si cambia la orden respectiva, para lo cual le remitirán las actuaciones para abocar el conocimiento del estudio correspondiente.

El Mandamiento de Prescripción (Writ of injunction) emitido por un tribunal de equidad, a efecto de que se impida o suspenda la ejecución de un acto ilícito realizado por un particular o por una autoridad. Solo se aplica en materia civil y

únicamente puede ser utilizado cuando no exista otro recurso. Tiene como efecto la suspensión del acto.

El Mandamiento de Mandato judicial (Writ of mandamus) que es un recurso extraordinario en el cual un superior jerárquico le ordena a su inferior la ejecución de un acto que éste tiene la obligación de realizar.

México

Marco normativo de derecho a la salud

El derecho a la salud está consagrado en el Artículo 4 de la Constitución Mexicana que indica:

> Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución.

Antecedentes:

En 1905 se inaugura el Hospital General de México.

En 1917 se crea el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública

En 1937 se crea la Secretaría de Asistencia Pública.

En 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud. Igualmente se da la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Hospital Infantil de México.

En 1960 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

En 1979 se crea el Programa IMSS-COPLAMAR, hoy IMSS Oportunidades.

En 1987 se crea el Instituto Nacional de Salud Pública.

En 1995 se crea la ley del seguro social y,

En 2003 se crea el Sistema de Protección.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud en México está conformado por dos sectores: público y privado. El sector público lo integran las instituciones de seguridad social que prestan sus servicios a trabajadores formales, entre los cuales se encuentran el Instituto

Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR) (Gómez et al., 2011).

Igualmente incluye las instituciones que prestan sus servicios a la población sin seguridad social, tales como el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O).

Financiamiento

El gasto social en salud no ha tenido un crecimiento significativo aunque el número de afiliados sí se ha incrementado. Lo anterior, posiblemente debido a que el Sistema de Protección Social en Salud incluye servicios que hacían parte, desde antes de las infraestructuras existentes de la Secretaría de Salud y de otras instituciones públicas (CEPAL, 2013).

El gasto en salud de México es considerablemente una cifra más baja que el promedio de gasto en salud de América Latina (3,7 por ciento según CEPAL, 2010b). Entre el 2000 y el 2010 el gasto social en salud se incrementó en 1,9 por ciento del PIB. En 2010, el presupuesto para el Seguro Popular equivalía a sólo el 0,3 por ciento del PIB.

Los recursos de financiación de la seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (el ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es financiado por el gobierno mismo) y contribuciones de los empleados. Por su parte, los recursos de financiación de la Secretaría de Salud y los SESA y el SPS provienen del gobierno federal, los gobiernos estatales y las cuotas de recuperación, que los usuarios al recibir la atención. Con estos recursos, el SPS compra servicios para sus afiliados a los SESA. Las contribuciones de empleadores, obreros o empleados y del gobierno además financian a las instituciones de seguridad social de México. El IMSS-O, se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS.

Los hogares de menores recursos están exentos de estos pagos.

Aseguramiento

México cuenta con diferentes sistemas para proveer el acceso a la salud mediante la seguridad social, así como con programas de salud para los trabajadores públicos. Los siguientes son los cuatro sistemas principales (CEPAL, 2013):

IMSS. Entrega a todos los afiliados y sus familias o dependientes, las asistencias quirúrgicas, médicas, farmacéuticas y hospitalarias, disponibles. Es más importante proveedor de aseguramiento en salud.

ISSSTE. Sus afiliados (trabajadores y pensionados) tienen derecho a recibir atención médica, los tratamientos de odontología, cirugía, farmacia, consulta externa, rehabilitación, así como atención preventiva, atención a la maternidad y servicios mentales y de rehabilitación. Brinda el servicio a través de infraestructura propia o de terceros con los cuales se tiene convenio.

ISSTE. Cuenta con dos regímenes: 1) obligatorio, que cubre a los trabajadores activos o pensionados del sector público, incluyendo a los trabajadores de los gobiernos municipales que hayan firmado convenio; y 2)voluntario, el cual ofrece cobertura a ex -trabajadores del sector público con una labor de por lo menos 5 años.

PEMEXS. Los servicios de salud son brindados directamente por el empleador que afilia a los trabajadores petroleros, y brinda servicios médicos integrados a sus afiliados, incluyendo la atención de salud preventiva, medicina general y especializada y los servicios de cirugía. Igualmente, desarrollo atención para prevención de los riesgos en el trabajo.

Los militares en servicio activo y a los retirados, junto con sus familiares directos reciben los servicios de salud a través del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Incluye atención médica, asistencia hospitalaria y farmacéutica, obstetricia, prótesis, ortopedia y rehabilitación de personas con discapacidad, así como medicina preventiva y social (atendidas en instalaciones propias o de terceros con los que se tiene convenio).

La afiliación al SPS debe renovarse cada año y de carácter voluntario. El SPS combina los aportes realizados por el Estado y los que efectúan las familias.

La población con capacidad de pago cuenta con el servicio del sector privado, el cual está integrado por compañías aseguradoras y prestadoras de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, así como a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

Prestación y acceso a los servicios de salud

La prestación de servicios de salud se da a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud-ISS, definidas como: "una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve". Éstas fueron creadas el 2 de octubre del 2009, mediante la aprobación de la Resolución

CD49.R22 sobre RISS Basadas en la Atención Primaria de Salud, que se dio en el marco del 49º Consejo Directivo de la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

El Sistema Nacional de Salud presentaba ya en 2015 un déficit en la oferta de servicios, en relación con las necesidades de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles-ECNT, las cuales demandan un alto porcentaje del presupuesto de salud. Al respecto, un primer aspecto está relacionado con la capacidad de atención ambulatoria: específicamente en este aspecto es de 195 millones de consultas por año, sobre las 375 millones que se ofrecen. Según la OCDE se requieren 4.7 consultas por año por personas para atender el peso de las ECNT, es decir, es necesario un incremento el incremento de las consultas médicas en un 52 por ciento respecto de su nivel actual, que es de 3,12 consultas por personas por año. Adicionalmente, se requiere que en 2030 el sistema esté en capacidad de brindar 788 millones de consultas, sin embargo se calcula que con las tendencias actuales, sólo llegue a ofrecer 594 millones, estimado que hace necesario incrementar en un 33 por ciento las consultas producidas sobre las esperadas.

El déficit también incluye el ámbito hospitalario, en el que la situación presenta un mayor grado de criticidad. Para superar la situación actual se requiere incrementar en un 83 por ciento los egresos hospitalarios en unidades tanto públicas como privadas. Al respecto, en la actualidad se ofrecen 7.53 millones de egresos por año, a una tasa de 6.3 egresos por cien habitantes, cuando son necesarios 13.8 millones por año, a una tasa de 11.5 egresos por cien habitantes. Se estima que para el 2030 se necesitará 14.5 egresos por cada 100 habitantes, para un total de 19.9 millones, pero con la tendencia actual, el sector salud para ese momento estará en capacidad de brindar sólo 8.9 millones de egresos, razón por la cual sería necesario un incremento de los egresos hospitalarios de 123 por ciento, que correspondería a la construcción de 3,528 hospitales generales y 652 de especialidades, adicionales a aquellos con los que cuenta actualmente el sistema.

Protección del derecho a la salud

En lo referente a la protección del derecho a la salud, en México se instituyó el denominado Juicio de amparo, establecido en el Artículo 107 de su Constitución (Const,.1917):

> Las controversias de que habla el Artículo 103 de esta Constitución, con excepción de aquellas en materia electoral, se sujetarán a los procedimientos que determine la ley reglamentaria, de acuerdo con las bases siguientes: I. El juicio de amparo se seguirá siempre a instancia de parte agraviada, teniendo tal carácter quien aduce ser titular de un derecho o de un interés legítimo individual

> o colectivo, siempre que alegue que el acto reclamado viola los derechos reconocidos por esta Constitución y con ello se afecte su esfera jurídica, ya sea de manera directa o en virtud de su especial situación frente al orden jurídico.

Las sentencias producidas con ocasión de este juicio solo se aplican al quejoso, limitándose a protegerlo, y cuando el juicio se enfoca en reclamar actos que afectan los derechos colectivos, no procede desistimiento ni el consentimiento expreso de los mismos.

A diferencia de otros sistemas jurídicos, el juicio de amparo no anula ni deroga la ley que es impugnada y que los tribunales declaran inconstitucional, sino que al quejosos se le otorga protección en contra de dicha ley de manera particular, bajo el principio de la relatividad de las sentencias (inter partes). Sin embargo, a través de su jurisprudencia, la Suprema Corte de Justicia de la Nación al resolver los juicios de amparo puede declarar la inconstitucionalidad de una ley, lo que obliga a los tribunales a aplicar la jurisprudencia en los juicios sobre casos del mismo tema.

Este juicio es un medio de impugnación extraordinario, lo que obliga al quejoso antes de iniciarlo, agotar todos los medios ordinarios de defensa que existen en contra del acto que se estima violatorio de derechos fundamentales.

Perú

Marco normativo de derecho a la salud

La protección del derecho a la salud en Perú, se encuentra contemplado en su Constitución Política, Artículo 7°: "(…) Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad (…)".

Antecedentes (Ministerio de Salud del Perú, 2010):

En 1997 se dicta la Ley general de salud

En 2002 se crea el ministerio de salud

En 2005 se dicta el reglamento de organización y funciones del ministerio de salud.

En 2007 se aprueba la Directiva Administrativa que regula el procedimiento para la atención de consultas, sugerencias, quejas solicitudes de interposición de buenos oficios y consejería en la Defensoría de la salud y transparencia del ministerio de salud.

En 2009 se crea la ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud del Perú está conformado por dos sectores: público y privado (Alcalde-Rabanal, Lazo y Nigenda, 2011). Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud, el cual está conformado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP).

El sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y, en el régimen contributivo directo que corresponde al de la seguridad social. En este sector el gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación, cuyo monto varía de acuerdo a la discrecionalidad de las organizaciones.

El régimen subsidiado es manejado a través del Seguro Integral de Salud (SIS), quien auxilia a poblaciones en condiciones de pobreza, pobreza extrema y cuya prestación de servicios en salud se brinda a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), y de los hospitales e institutos especializados ubicados en la capital de la república y en las regiones.

El sistema de seguridad social en salud, está dividido en dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS). El primero ofrece la prestación de servicios en sus propias instalaciones a la población asalariada y a sus familias, aunque en ocasiones el sector privado le vende servicios.

El sector privado se subdivide en el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Del primero hacen parte, entre otras, las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas y los centros médicos y policlínicos, así como los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras.

El sector privado no lucrativo está representado por asociaciones civiles sin fines de lucro, destacándose las ONG, la Cruz Roja Peruana y las Compañías de Bomberos Voluntarios, quienes reciben aportes de cooperantes externos, internos, del gobierno y de los hogares. La mayor parte de ellas prestan sus servicios en el primer nivel de atención.

El gasto en salud público es sumamente reducido, por lo que el gasto de bolsillo es excesivo, por lo que gran parte de él se destina a la compra de medicamentos y servicios de diagnóstico.

Las mayores deficiencias en la cobertura de los servicios de salud, se registra en los sectores de ingresos medios, siendo característica del sistema la desigualdad, la inequidad y la ineficiencia.

Como prestadores informales están los proveedores de la medicina tradicional: shamanes, curanderos, hueseros y parteras, entre otros.

Financiamiento y flujo de recursos

En 2008, el gasto en salud de Perú representaba 0,9 por ciento del PIB, el segundo más bajo de América Latina, después del de la República Bolivariana de Venezuela. Dicho nivel se ha incrementado, aunque no sustancialmente: el gasto social en salud per cápita fue 38 dólares en 2006 y de 60 dólares en 2010, año en el que el gasto público en salud fue equivalente al 1 por ciento del PIB (CEPAL, 2013).

Aseguramiento

Perú posee una amplia variedad de regímenes e instituciones para el aseguramiento en salud. Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud- IAFAS gestionan los seguros de salud contributivos. Entre este tipo de entidades se destacan las compañías aseguradoras del sector privado y las Entidades Prestadoras de Salud-EPS, así como los seguros de salud públicos, entre los que se encuentran el seguro social EsSalud y el Seguro de Salud Integral (administrado por el Ministerio de Salud y las aseguradoras de salud de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional) (Ministerio de Salud de Perú, 2011).

La introducción del Aseguramiento Universal de Salud-AUS (creado mediante la Ley Nº 29344 de 2009) y la implementación en el mismo año de un nuevo Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS, modificaron el diseño del sistema de seguros de salud del Perú. Por su parte, ley estableció la naturaleza obligatoria de los seguros y el acceso gratuito a la salud de todos los residentes en el país mediante el PEAS, el cual además determinó la disociación de las funciones de seguro y provisión de servicios de salud, al tiempo que fomentó la participación de las entidades privadas en el sistema de salud.

El AUS busca ampliar la cobertura en salud a través del incremento gradual de los beneficios y financiamiento del PEAS, el cual actualmente cubre el 65 por ciento de los costos generados por las enfermedades en el país y el 80 por ciento de la demanda del primer nivel de atención en salud. El PAUS hizo posible la implementación de la institucionalización de los principales subsectores que componen el sistema de seguros de salud: el sector privado y el sector de seguros públicos .Éste último está compuesto por un Seguro Integral de Salud (SIS) y

dos seguros contributivos: el seguro social EsSalud y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional.

El SIS es el resultado de la combinación del Seguro Escolar Gratuito y del Seguro Materno Infantil que existía desde 1998 a manera de seguros públicos. Fue creado en 2001 para cubrir a la población no asegurada, especialmente a los niños con desnutrición y adultos mayores en situación de pobreza y extrema pobreza. Proporciona servicios de salud básicos como la atención médica y la rehabilitación, así como la medicina preventiva.

De carácter obligatorio para los asalariados y sus familias, EsSalud ofrece atención médica en caso de enfermedad, accidentes y maternidad, así como subsidios en medicinas. Éste es un seguro de salud público contributivo. Brinda también cobertura a los miembros de las cooperativas del sector público y privado, así como a los trabajadores independientes que deciden afiliarse.

Los seguros de salud de la policía nacional y de las fuerzas armadas son financiados por fondos del Tesoro Públicos y son seguros contributivos que frecen atención médica por enfermedad, accidentes y maternidad.

En este tema es evidente además, la importante desigualdad de cobertura entre EsSalud y los seguros las fuerzas armadas y policía nacional, los cuales suministran servicios médicos completos y atención de maternidad a una parte reducida de la población, y los servicios del seguro SIS, que sólo ofrece atención médica básica para una gran parte de la población. Adicionalmente, Con la implementación del AUS, las IAFAS públicas como privadas tienen la obligación de financiar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS. Sin embargo, en el caso de que el sistema de seguro de salud ofrecido por las IAFAS tenga mejores condiciones que el del PEAS, el trabajador se afiliará al primero automáticamente.

La Reforma de 1978 no sólo creo a las Entidades Prestadoras de Salud EPS, que son las encargadas de prestar el seguro de salud privado, sino que esta Reforma permitió que los fondos de seguros de salud públicos como el IPSS transfirieran la provisión de algunos servicios a las EPS, que posteriormente, con la ley de salud de 1997, pudieron además ofrecer beneficios de salud complementarios.

Prestación y acceso a los servicios de salud

Según el Banco Mundial, una parte importante de los hospitales o institutos de alta complejidad pertenecen al sector privado (208 hospitales o institutos contabilizados en 2005), mientras que EsSalud también concentra un porcentaje relevante de este tipo de establecimientos (78 hospitales o institutos contabilizados en 2008). Sin embargo, aunque cada subsistema cuenta con sus propios estable-

cimientos, en la provisión de los servicios básicos de salud predomina el MINSA y las agencias de las regiones o Direcciones Regionales de Salud – DIRESA (en 2009, estos concentraban el 96 por ciento de los puestos de salud y el 57 por ciento de los centros de salud, así como un tercio de los hospitales).

Para el año 2009 (Organización Internacional del Trabajo, 2013) existían 3,1 establecimientos de salud por cada 10 mil habitantes (0,2 hospitales, 0,8 centros de salud y 2,1 puestos de salud por cada 10 mil personas). La distribución regional de los establecimientos de salud indica que los departamentos que concentran el mayor porcentaje del total son Lima (13,3 por ciento), Cajamarca (9,1 por ciento), Junín (5,7 por ciento) y Amazonas (5,5 por ciento). Sin embargo, dada la distribución regional de la población, los departamentos con más establecimientos de salud por cada 10 mil habitantes son Amazonas (11,9), Madre de Dios (10,1), Pasco (9,5), Apurímac (7,5) y Huancavelica (7,3). Esta distribución se explica por los puestos de salud, mientras que la distribución departamental de los hospitales y de los centros de salud resulta un poco más uniforme.

Una encuesta realizada por el Ministerio de Salud, indica que a pesar de que la atención del AUS es gratuita, persisten barreras de acceso a los servicios de salud, especialmente para las poblaciones dispersas en las regiones del Amazonas y la Sierra. En general, el 14 por ciento de las personas no asisten a los a servicios de salud por la lejanía de estos respecto a su domicilio y un porcentaje similar, por falta de confianza o demora en la atención. En las zonas rurales y aisladas también es difícil el acceso a los centros de salud pública y el número de nacimientos no registrados y muertes maternas todavía es muy importante (por ejemplo, en 2009, el 17,5 por ciento de los nacimientos no eran atendidos en un centro médico, según datos del Ministerio de Salud, 2012a).

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS se encargan de gestionar los servicios de salud, y desde la Reforma de la Salud de 1997, la atención de las IPRESS se orienta a la cobertura de la población más pobre y ofrece acceso preferencial a atención de salud maternal y geriátrica. Las IPRESS incluyen centros de salud pública, privada y mixta (hospitales y clínicas) registrados en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud- SUNASA.

Un tema crítico está relacionado con la brecha en el acceso para los pueblos indígenas. Por ello, con un enfoque intercultural que respeta las prácticas de salud indígenas y reconoce la medicina tradicional como componente del sistema de salud actual, se creó la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas, la cual busca promover y gestionar una política de salud específica para las personas indígenas, y reducir así, las brecha de acceso a la salud, que existen en la actualidad. Otro tema crítico es la salud de niños y niñas: la tasa de vacunación

de los menores de un año descendió del de 66,3 por ciento en 2000 a 51,4 por ciento en 2009, con lo cual la mitad de la población de esta edad quedó sin cobertura básica de vacunas. Esta cifra resulta más preocupante si se tiene en cuenta que casi la mitad de los niños y niñas menores de un año no reciben la cobertura básica de vacunas. Además, en ese mismo año, el 14,1 por ciento de los niños y niñas padecieron diarrea, y de este grupo, fue atendido en centros médicos solo el 42 por ciento (INEI, 2007).

Protección del derecho a la salud

En Perú (Const,. 1993), la protección al derecho a la salud se encuentra establecido en la Constitución Política, en el título V de las Garantías Constitucionales, Artículo 200:

> Son garantías constitucionales: 2. La Acción de Amparo, que procede contra el hecho u omisión, por parte de cualquier autoridad, funcionario o persona, que vulnera o amenaza los demás derechos reconocidos por la Constitución, con excepción de los señalados en el inciso siguiente. No procede contra normas legales ni contra Resoluciones Judiciales emanadas de procedimiento regular.

Perú cuenta con un Tribunal Constitucional como órgano de control de la Constitución, el cual es independiente y autónomo. Lo conforman siete miembros, elegidos por el Congreso de la República para periodos de cinco años.

Uruguay

Marco normativo de derecho a la salud

El derecho a la salud está contemplado en la Constitución de la República Oriental del Uruguay (Const,. 1967), en la sección II sobre derechos, deberes y garantías, Capitulo II, Artículo 44:

> El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

Antecedentes (Ministerio de Salud de Uruguay, 2016):

En 1931 se crea la Institución de asistencia medico privada de profesionales sin fines de lucro (CASMU).

En 1934 se dicta la ley orgánica de salud pública y se creó el ministerio de salud pública (MSP)

En 1979 se crea el Fondo Nacional de Recursos (para gastos catastróficos).

En 1981 se establecen normas para la asistencia médica, colectiva, oficial y privada.

En 1987 se crea la Administración de los Servicios de Salud del Estado

En 2004 se da la actualización del Código Nacional sobre enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria

En 2005 se crea el Seguro Nacional de Salud

En 2007 se crea el Fondo Nacional de Salud –FONASA y se descentraliza la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

En 2008 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y se instituye la ley de pacientes y usuarios de los servicios de salud.

Organización del sistema de salud

En Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) está conformado por un sector público y un sector privado (Aran y Laca, 2011).

El sector público tiene como prestador de los servicios a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), la cual cuenta con una red de establecimientos de cobertura nacional en la que se atiende a alrededor del 37 por ciento de la población, por lo general personas de escasos recursos y sin cobertura de la seguridad social. La apoya la Universidad de la República a través del Hospital de Clínicas que cuenta con servicios en los tres niveles de atención. Las intervenciones de alta complejidad y alto costo se realizan en los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) que pueden ser públicos o privados.

Igualmente está el Banco de Previsión Social (BPS) que cubre el servicio materno infantil de manera ambulatoria a los cónyuges e hijos hasta los 6 años de edad de los beneficiarios del seguro de enfermedad que no tienen cobertura dentro del sector privado.

Para los trabajadores que sufren accidentes laborales está el Banco de Seguros del Estado, el cual les brinda asistencia a través de la Central de Servicios Médicos en Montevideo y de convenios realizados con las IAMC en todo país.

También hacen parte del sector público algunas empresas de servicios públicos (energía eléctrica, petróleo, agua, bancos) que destinan parte de sus ingresos, al cuidado y promoción de la salud de sus funcionarios. Así mismo las intendencias

municipales que ofrecen servicios de atención primaria a la población de menores recursos.

El sector privado está conformado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que brindan protección integral a los beneficiarios de la seguridad social (56 por ciento de los uruguayos) y son asociaciones de profesionales privadas sin fines de lucro, que en su mayoría cuentan con unidades de atención propias. También actúan como seguro voluntario de la población con capacidad de pago.

Las IAMC están agrupadas en asociaciones sin fines de lucro tales como la Federación Médica del Interior (FEMI), la Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU) y el Plenario de IAMC.

El sector privado también cuenta con los llamados Seguros Privados, los cuales prestan servicios de salud a cambio del pago de primas, que varían dependiendo el riesgo del asegurado. Cubren alrededor de 2 por ciento de la población. También incluye clínicas y hospitales privados que se financian con pagos de bolsillo y pagos de los seguros privados.

Las ASSE y las IAMC reciben del FONASA pagos per cápita de acuerdo a su población afiliada y a las metas establecidas por el Ministerio de Salud Pública. A cambio, se comprometen a ofrecer una atención integral a sus afiliados.

Por último están los proveedores de servicios para la Sanidad de las Fuerzas Armadas que depende del Ministerio de Defensa, y la Sanidad Policial que depende del Ministerio del Interior. Cubren alrededor de 5 por ciento de la población.

Financiamiento

El nuevo sistema se caracteriza por desarrollarse en etapas y con reformas en tres aspectos diferentes. Una reforma financiera, que entre otros aspectos creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que es el recaudador financiero del sistema y se nutre de impuestos directos a los trabajadores, empleadores y jubilados y de los fondos de rentas generales. Esta medida surge como forma de estabilizar económicamente al sistema y refinanciar a las empresas privadas. El FONASA nutre al Seguro Nacional de Salud (SNS) el cual tiene como objetivo crear un sistema de gasto y financiamiento que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad al SNIS, por lo que define al sistema como un seguro de salud con una canasta de prestaciones básicas insuficientes, ya que no cubre las demandas de salud de toda la población. Éste Seguro Nacional de Salud es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), en donde tienen participación entre

otros el Ministerio de Salud Pública, los representantes de los trabajadores y los representantes del sector empresarial (Sbárbaro, 2015a).

Actualmente, el financiamiento del sistema se origina en impuestos que alimentan la red de instituciones y prestadores públicos (MSP, Intendencias Municipales de Montevideo –IMM-, y del interior del país, y Administración de Servicios de Salud del Estado-ASSE). Asimismo, los aportes públicos financian instituciones de seguridad social específicas no integradas al nuevo sistema, tales como Sanidad Militar y la Dirección Nacional de Sanidad Policial. Los aportes públicos impositivos y surgidos de contribuciones obligatorias, financian el Fondo Nacional de Recursos (FNR), que es la encargada de regular y administrar los recursos para los tratamientos de alta complejidad de la totalidad del sistema de salud uruguayo. La prestación de los mismos se efectúa en instituciones de medicina altamente especializadas (IMAE) públicas o privadas. Finalmente, existen cuotas a seguros privados complementarios y empresas de emergencias móviles, pagos de bolsillo y copagos complementarios a las cuotas de seguridad social.

En la actualidad, se verifica un aumento de los recursos sectoriales vinculados con el incremento en las tasas de contribución laboral y una redistribución de recursos hacia las instituciones dependientes de la JUNASA, reduciendo al mismo tiempo, el gasto de bolsillo de los hogares.

Aseguramiento

En la tercera reforma se da el cambio del modelo de atención, es en la que concierne al modelo de gestión, donde se planteó la implementación de sistemas de información y observatorios. La característica más importante del modelo de gestión es la creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), instancia descentralizada y gestora sanitaria a través de la ASSE, y al Órgano Rector del Sistema a través del MSP con funciones de formulación de políticas y regulación (Unicef-CEDES, 2014e).

FONASA cubre los trabajadores privados y públicos del sector formal y sus dependientes hasta los 18 años de edad. El proceso implica que el contribuyente elige una institución administradora de sus contribuciones para recibir las prestaciones contratadas por las mismas en la red del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Estas instituciones administradoras son: La ASSE, para el caso de servicios públicos, o alguna de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), como prestadores integrales. Las IAMC se encuentran generalmente especializadas geográficamente a nivel de departamento, con gran presencia en Montevideo, la capital del país.

Prestación y acceso a los servicios de salud

En la tercera reforma se da en el cambio del modelo de atención, involucrando a los trabajadores, usuarios y comunidad en la defensa del derecho a la salud. El nuevo modelo se basa en la estrategia de la Atención Primaria de Salud, recogiendo en sus principios fundamentales las líneas planteadas por Organismos Internacionales de crédito y de salud para las Reformas Sanitarias en la Región. Es así que una de sus metas es el desarrollo y fortalecimiento de la Red de Atención del Primer Nivel, dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE) (Sbárbaro, 2015b).

Las instituciones prestadoras de servicios, ya sean públicos o privados no lucrativos, en su mayoría son integrados, brindan prestaciones mayoritariamente con servicios propios, en los tres niveles de atención y en sus diferentes complejidades. Para formar parte del SNIS deben garantizar las prestaciones del PIAS, es decir, deben ser integrales, por lo que pueden contratar y comprar servicios a terceros.

El sector público (ASSE) tiene organizado los servicios con criterio territorial. Los prestadores privados pueden tener usuarios en diferentes localidades y territorios, ya que el usuario tiene libertad de elección del prestador. Estos prestadores integrales deben suscribir contratos de gestión con la Junta Nacional de Salud para ser identificados como potenciales prestadores de salud de la población, bajo cobertura del Seguro Nacional de Salud, y, por tanto, recibir financiación del Fondo Nacional de Salud.

La oferta de servicios se distribuye entre 39 instituciones privadas de atención médica colectiva, 2 y 6 seguros privados de salud que atienden al 60 por ciento de la población total, la Administración de Servicios de Salud del Estado que atiende a un tercio de la población y los hospitales militar y policial al 7 por ciento de la población. Cada prestador integral brinda servicios de salud a cada usuario afiliado a su institución, ya sea por medio de sus propias instalaciones o por medio de servicios sub-contratados con otros prestadores, ya sea integrales o parciales. A cambio, cada prestador recibe una suma mensual fija por ciudadano afiliado, cuyo valor depende de la edad y sexo del usuario, más un pago por el cumplimiento de metas asistenciales establecidas en contratos de gestión, firmados entre los prestadores integrales y la JUNASA.

Protección del derecho a la salud

En Uruguay la acción de amparo no está consagrada en su constitución, fue establecida mediante ley 16011 de 1985, Artículo 1:

> Cualquier persona física o jurídica, pública o privada, podrá deducir la acción de amparo contra todo acto, omisión o hecho de las autoridades estatales o paraestatales, así como de particulares que en forma actual o inminente, a su juicio, lesione, restrinja, altere o amenace, con ilegitimidad manifiesta, cualquiera de sus derechos y libertades reconocidos expresa o implícitamente por la Constitución (Artículo 72), con excepción de los casos en que proceda la interposición del recurso de "habeas corpus".

Es una garantía de derecho público mediante la cual el titular de un derecho o interés que se encuentra amenazado o afectado de manera ilegítima, le pide al juez que lo proteja. Resguarda todos los derechos humanos reconocidos, implícita o expresamente en la Constitución de Uruguay (Flórez, 2011).

En las Tablas 2 y 3 se resumen las comparaciones anteriormente descritas.

Tabla 2. Comparación Sistemas de Salud de América Latina y EE UU

	Marco normativo	Organización del sistema de salud	Financiamiento	Aseguramiento	Prestación y acceso a los servicios de salud
Colombia	Constitución Política Art. 49 y leyes afines.	Dos sectores: Público y privado	Fuentes fiscales y parafiscales del presupuesto general de la nación y los aportes de cotización de los trabajadores y empleadores	Modelo solidario, híbrido, con fondo único y un plan de beneficios unificado para dos regímenes	Sistema mixto de participación público-privado organizada a través de redes integradas de servicios de salud, según régimen de afiliación
Argentina	Constitución Nacional. Art. 75 y leyes afines.	Tres sectores: público, seguro social y privado	A cargo del Estado y de los aportes (empleados y trabajadores)	Modelo fragmentado de aseguramiento según fuente de financiamiento	Existen 19.281 establecimientos, excluyendo los consultorios individuales.
Bolivia	Constitución Política. Art. 9 y leyes afines.	Dos sectores: Público y privado	Con recursos del gobierno nacional y con otros externos, aportes de los trabajadores y aportes privados (personas con capacidad de pago)	El sector público cubre el 42.5 por ciento de la población, el de seguridad social el 30.6 por ciento.	Está organizado en redes de servicios de salud compuesto por establecimientos de distintos niveles de atención.
Brasil	Constitución Política. Art. 196 y leyes afines.	Dos sectores: público y privado	En el sector público el 100 por ciento a cargo de las fuentes generales. En el privado, a través de pagos directos de bolsillo	El sector público que cubre al 75 por ciento de la población, y el privado al 25 por ciento restante.	Los servicios en salud son prestados por instituciones tanto públicas como privadas. Cuentan con 24.165 establecimientos especializados y 5205 hospitales generales
Chile	Constitución Política. Art. 9 y leyes afines.	Sectores: público y privado	El sector público (FONASA) con aportes del tesoro nacional, tributos municipales y comunales. Las ISAPRE con la cotización obligatoria a los trabajadores	El FONASA cubre el 76.9 por ciento de la población, el sistema de fuerzas armadas y carabineros el 5 por ciento y el restante es cubierto por las ISAPRE	Dada la apertura de los servicios públicos y de las Fuerzas Armadas al mercado abierto, los centros asistenciales de los servicios de salud y los que están bajo administración municipal, pueden ofrecer servicios a todo tipo de asegurados y no asegurados
Costa Rica	Constitución Política. Art. 21, 46 y 50 y, leyes afines.	Tres sectores: Público, (CCSS) y privado.	Público: recursos del presupuesto nacional. El seguro social con los aportes del trabajador, patrono y estado y, el sector privado con los denominados "pagos de bolsillo"	Cubre al 85.2 por ciento de la población nacional en condición de aseguramiento formal, aunque en la práctica y por el servicio de urgencias, cubre al 100 por ciento de la población.	Cuentan con prestadores públicos y privados, siendo la CCSS la prestadora de servicios más importante del país. Para el sector público están el ICAA, el ONS y las áreas de salud de las universidades. El sector privado presta servicios de consulta médica (especialistas), odontología y servicios de apoyo.
Cuba	Constitución de la República. Art. 50 y leyes afines	Sistema Nacional de Salud. Opera en 3 niveles administrativos: nacional, provincial y municipal.	El 90 por ciento de los gastos en salud son de carácter público.	Cubre al 100 por ciento de la población.	Servicios en 3 niveles de atención: primario (80 por ciento de la población), secundario (15 por ciento) y terciario (5 por ciento).

	Marco normativo	Organización del sistema de salud	Financiamiento	Aseguramiento	Prestación y acceso a los servicios de salud
EE.UU	Ley de Protección al paciente y cuidado accesible (2010)	Opera mediante el sistema de seguros.	Según capacidad de pago directo por los usuarios, con coparticipación o no de los empleadores. El seguro público Medicare es cubierto por el gobierno como único pagador y el Medicaid, es asumido por cada estado.	Basado en aseguramiento privado, no solidario	A través de los seguros privados.
México	Constitución Política. Art. 4	Dos sectores: público y privado.	Financiamiento de la seguridad social a través de 3 componentes: gobierno, empleador y trabajador.	Basado en la coexistencia de un seguro nacional de salud, Instituto de la Seguridad Social y seguros privados	A través de las redes integradas de servicios de salud (ISS).
Perú	Constitución Política. Art. 7 y leyes afines.	Dos sectores: Público y privado	Financiamiento contributivo o de rentas generales. El financiamiento de los subsistemas proviene tanto del Tesoro público como de los copagos realizados por los familiares de los beneficiarios titulares	El sistema de salud público está compuesto por un Seguro Integral de Salud (SIS) y dos seguros contributivos: el seguro social EsSalud y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional	Cada uno de los sistemas presta sus propios servicios, sin embargo hay predominio del MINSA y de las DIRESA, los cuales concentran el 96 por ciento de los puestos de salud y el 57 por ciento de los centros de salud, además del tercio de los hospitales.
Uruguay	Constitución de la República. Art. 44 y leyes afines	Dos sectores: Público y privado	A través de recursos públicos y con copagos complementarios a las cuotas de la seguridad social. El sector privado a través de los pagos de primas a los seguros.	El sector público atiende alrededor de 37 por ciento de la población. El sector privado atiende al 56 de la población, que son los beneficiarios de la seguridad social.	Servicios a través de instituciones públicas y privadas. Cuentan con 39 instituciones privadas de atención médica colectiva, 2 y 6 seguros privados de que atienden al 60 por ciento de la población, la administración de servicios de salud del estado que atiende a un tercio de la población y los hospitales militares y de policía que atienden al 7 por ciento de la población.

Tabla 3. Comparación instrumentos de protección del derecho a la salud.

COLOMBIA	ARGENTINA	BOLIVIA	BRASIL	CHILE
Acción de tutela	Acción de Amparo	Acción de Amparo	Mandato de Seguridad	Recurso de Protección
Constitución Política. Art. 86	Constitución Nacional. Art. 75	Constitución Política. Art. 128	Constitución Política. Art. 68	Constitución Política. Art. 20
Garantía constitucional	Garantía constitucional	Garantía constitucional	Garantía constitucional	Garantía constitucional
Corte Constitucional	Corte Suprema de Justicia de la Nación	Tribunal Constitucional	Supremo Tribunal Federal	Corte de Apelaciones
Procede contra toda acción u omisión de las autoridades públicas, que haya violado, viole o amenace violar cualquiera de los derechos declarados como fundamentales en la Constitución. También procede contra acciones u omisiones de particulares que presten servicios públicos.	Procede contra todo acto u omisión de autoridades públicas o particulares que amenace, lesione, altere, restrinja, etc., los derechos y garantías reconocidos por la Constitución.	Procede contra actos u omisiones ilegales o indebidas de los servidores públicos, o de persona individual o colectiva que restrinja, suprima o amenace los derechos reconocidos por la Constitución.	Procede contra autos de autoridad ante ilegalidad o abuso de poder cuando sean expedidos por una autoridad pública o una persona jurídica en ejercicio de atribuciones del Poder Público.	Procede contra actos y omisiones arbitrarias o ilegales que producen privación, perturbación o amenaza de los derechos y garantías establecidos en el Artículo 19, 21, 22, 23, 24 y 25 de la Constitución
Protege los derechos establecidos como fundamentales en la Constitución o declarados como tal por la Corte Constitucional.		Protege los derechos reconocidos por la Constitución.	Protege los derechos no amparados por el habeas corpus y el habeas data	Protege derechos y garantías constitucionales.

COSTA RICA	CUBA	EE.UU	MEXICO	PERÚ	URUGUAY
Recurso de Amparo	No tiene	No tiene	Juicio de Amparo	Acción de Amparo	Acción de Amparo
Constitución Política. Art.48	No aplica	No aplica	Constitución Política. Arts. 103 y 107	Constitución Política. Art. 200	Ley 16011 de 1985
Garantía constitucional	No aplica	No aplica	Garantía constitucional	Garantía constitucional	Garantía de derecho público
Sala Constitucional	No aplica	No aplica	Corte de Justicia de la Nación	Tribunal Constitucional	Corte Suprema de Justicia
Procede contra autos de autoridad.	No aplica	No aplica	Procede contra actos de las autoridades que vulneren las garantías individuales.	Procede contra el hecho u omisión de cualquier autoridad, funcionario o persona que vulnere o amenace los derechos reconocidos por la Constitución. No procede contra normas o resoluciones legales.	Procede contra todo acto, omisión o hecho de las autoridades estatales o de particulares que lesione, amenace, restrinja o altere cualquiera de los derechos reconocidos en la Constitución.
Mantiene y restablece el goce de los otros derechos consagrados en la Constitución, así como de los de carácter fundamental establecido en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos.	No aplica	No aplica	Protege todos los derechos establecidos en la Constitución.	Protege todos los derechos, a excepción de los derechos protegidos por el recurso de habeas data.	Protege todos los derechos humanos reconocidos implícita o expresamente en la Constitución.

Comparación Ley 100/93 – Ley estatutaria en salud (LES)

El goce del grado máximo de salud posible que se pueda alcanzar, de acuerdo al nivel de desarrollo económico, político y social de cada país, es un derecho fundamental, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) y por la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948), aprobada por Resolución, Artículos 22 y 25, que estableció la seguridad social, la salud, el bienestar, la alimentación, el vestido, la asistencia médica y los servicios sociales como derechos indispensables para garantizar la dignidad de las personas y el libre desarrollo de su personalidad.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado por la Ley 100 (1993) ha presentado reformas a través de leyes como la 1122 (2007) y la 1438 (2011). Así mismo, el componente de salud pública fue desarrollado a través de la Ley 9 (1979), en cuanto a medidas sanitarias; la Ley 10 (1990) definió el modelo de descentralización, la Ley 715 (2001) determinó los recursos, las competencias y la estructura financiera descentralizada; la Ley 1164 (2007) reguló las condiciones del talento humano en salud, y la Ley 1753 (2015) estableció el Plan Nacional de Desarrollo. Este conjunto de normas ha determinado un modelo de aseguramiento, mayoritariamente privado con participación pública y mixta y dos regímenes de aseguramiento: subsidiado, para aquellos sin capacidad de pago, y contributivo para la población del sector formal e independiente con capacidad de pago.

La Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751, 2015) hizo un giro esencial cuando situó el derecho a la salud en el ámbito del Sistema de Salud y no en el del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Por ello, al hacer un análisis comparado entre la Ley 100 (1993) y la Ley 1751 (2015), realmente estamos comparando el SGSSS con el Sistema de Salud al que se refiere la Ley Estatutaria, tal como se verá a continuación:

Tipo de Ley

La Ley 100 (1993) es una Ley Ordinaria, que se tramita en cuatro debates; en tanto que la Ley 1751 (2015) es Estatutaria, y por tanto, para su aprobación, modificación o derogación requiere ocho (8) debates, exige la mayoría calificada de los miembros del Congreso y su aprobación debe efectuarse en una misma legislatura, es decir, entre julio de un año y junio del siguiente. Si esto no ocurre, tendrá que ser presentada nuevamente.

Al aprobarse una Ley Estatutaria, la Corte revisa su exequibilidad antes de que esta sea sancionada por el Presidente de la República, lo que, en la práctica, la hace no demandable, por lo que el legislador ordinario deberá atenerse a lo esta-

blecido en ella, en sus principios, lineamientos y directrices, y su desconocimiento no genera ilegalidad, sino inconstitucionalidad.

Dentro del orden jurídico, las previsiones del ordenamiento ordinario tendrán que ajustarse a la Ley Estatutaria, por tratarse de una ley de superior jerarquía. La Ley Estatutaria en Salud tiene un rango superior sobre la Ley 100 (1993), no solo por ser estatutaria, sino por regular un derecho fundamental, como lo es el de la salud, reconocido taxativamente en la Constitución, en el bloque de constitucionalidad y en las Sentencias T-760 (2008) y C-313 (2014) de la Corte Constitucional.

Definición y Objeto

La Ley 100 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que disponen la persona y la comunidad para gozar de calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica.

El SGSSS tiene un enfoque de seguros sociales hacia la protección de las contingencias económicas que se derivan de la pérdida de la salud. Los objetivos del sistema están enfocados en regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población a servicios en todos sus niveles de atención.

El núcleo esencial del SGSSS es la garantía de las prestaciones y contingencias que impiden el acceso del individuo a los servicios. El desarrollo del sistema planteado por la Ley 100 tiene como objetivo central la protección financiera del individuo frente al gasto en salud. Es decir, la acción regulatoria del Estado se orienta a propiciar las condiciones de los agentes que permitan la protección del riesgo financiero.

El Sistema de Salud es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud.

La LES tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Su enfoque se construye a partir del reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y su fin es garantizar su goce efectivo por parte de todos los residentes en el país. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, y

su objetivo es la integralidad y la equidad en el acceso a los servicios. El enfoque colectivo de la salud se encuentra presente en las acciones de promoción y prevención dirigidas a todas las personas (Art. 2), y en las obligaciones a cargo del Estado (Art. 5).

La LES destaca, en cabeza del Estado, la formulación y adopción de "políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales" (Art. 5, numeral c). En el numeral b del Artículo 5 de la LES, se obliga al Estado a "formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho (…), asegurando la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema". Esto, por una parte, expande el ámbito regulatorio del Estado no solo a las relaciones entre los agentes sino a las que se dan entre estos y los ciudadanos, y, por otra, expresa el derecho de estos al acceso integral. Así se justifica de un modo sustancial la implantación de un modelo integral de atención regulado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p25).

La Ley Estatutaria, a través del Sistema de Salud, dirige la acción regulatoria del Estado a garantizar un acceso integral, integrado y equitativo, mediante la conjunción de los objetivos, procesos de atención y mecanismos financieros, dirigidos a lograr el bienestar del individuo y la preservación de su salud en el mejor estado posible.

La LES, en el Artículo 2, integra los componentes colectivo e individual de la atención en salud y sitúa, como núcleo del derecho, la "igualdad de trato y oportunidades en el acceso", definiendo, como aspecto esencial, la continua atención de la "promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas".

Es evidente el distanciamiento entre la LES, como mecanismo central del Estado para operar la garantía del derecho a la salud, respecto al modelo de prestación de la Ley 100 (1993), dentro del cual el sujeto del derecho se encontraba en la cobertura de las prestaciones médicas, de manera aislada, sin contextualización en su integralidad ni en su interacción con las intervenciones colectivas propias de las obligaciones del Estado en lo que concierne a la Salud Pública. Esto implicaba la subordinación de todos los agentes del Sistema General de Seguridad Social a un modelo regulado.

Redes integradas de servicios

El funcionamiento de las redes integradas de servicios de salud exige la aplicación de los principios de la cooperación y del reconocimiento de la planificación territorial en beneficio de los resultados sociales y de salud, para evitar el potencial riesgo de la integración vertical entre el aseguramiento y el prestador.

La integración funcional de la red pública hospitalaria, ordenada desde la Ley 10 de 1990, no ha funcionado bajo las directrices de la Ley 100, que puso a los hospitales a competir por los pacientes (por los pagos que ellos representan), subordinando la cooperación a la competencia. Lo anterior genera uno de los graves problemas existentes hoy en el SGSSS, como lo es, la desconexión entre las funciones de salud pública y las del aseguramiento.

Lo contrario a integración es la fragmentación de la atención. En Colombia, esta fragmentación se origina en la coexistencia de más de 1.011 entidades territoriales, 13.000 prestadores de servicios independientes entre públicos y privados y cerca de 70 aseguradoras o entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB); donde cada entidad elabora sus propios protocolos y cada asegurador su propia red, sin ningún tipo de articulación. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p27).

El Artículo 8 de la LES, sobre integralidad, resalta en forma especial que los servicios de salud "deben presentarse en forma completa" y que "no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario". La integralidad comprende "todos los elementos esenciales para lograr el objetivo médico respecto a la necesidad específica diagnosticada", lo que implica avanzar hacia un modelo de atención en salud con rutas específicas contratadas en forma integral para eliminar al máximo las barreras existentes para el acceso universal, con garantía de continuidad en la atención.

Tránsito del Plan Obligatorio de Salud (POS) al Plan de Beneficios por inclusiones implícitas

El Artículo 162 de la Ley 100 (1993) creó el POS. Este plan debía permitir la protección integral de las familias frente a la maternidad y a la enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad.

Para los afiliados cotizantes del régimen contributivo, el contenido del POS lo definía el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), ya liquidado, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, para la financiación del POS concurrían los copagos y las cuotas moderadoras.

Para los afiliados al régimen subsidiado, el CNSSS se encargó de diseñar un programa para que sus beneficiarios alcanzaran el POS Contributivo, inicialmente

previsto para el año 2001, lo que ocurrió hasta el año 2012, en cumplimiento a lo ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 (2008).

En su punto de partida, el POS incluyó servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50 por ciento de la UPC del régimen contributivo.

El POS está conformado por un listado de inclusiones y otro de exclusiones, dejando zonas grises entre unas y otras, que han sido aprovechadas por las aseguradoras para negar servicios en salud. Al listado, se incorporan nuevas tecnologías cada año y, proporcionalmente, se ajusta la UPC, que representa el valor del plan Obligatorio de Salud (Resolución 5592, 2015).

El POS, como hoy está concebido, se ha prestado a grandes inequidades, las cuales se han venido subsanando gracias a los fallos de la Corte Constitucional. Teóricamente, el afiliado al SGSSS y su familia están cubiertos por las prestaciones incluidas en el mismo, de manera aislada, sin integralidad ni continuidad en la atención; menos aún, en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En la LES, el derecho fundamental a la salud garantiza un plan de salud implícito para todas las personas. La prestación de servicios y tecnologías debe ser estructurada sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, prevención, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, sin que se pueda interpretar el plan de beneficios como una restricción al alcance del derecho.

En su Artículo 15, La LES establece que los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

a. Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;

b. que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;

c. que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;

d. que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;

e. que se encuentren en fase de experimentación;

f. que tengan que ser prestados en el exterior.

Es este punto se presenta lo que se denomina como «construcción legítima del 'no'», de modo que los servicios o tecnologías que cumplan con los criterios de

exclusión, serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, ni ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

La transición entre el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el plan de beneficios con prestaciones implícitas se estableció por dos años, contados a partir del momento de la sanción de la Ley 1751 del 16 de febrero de 2015.

La acción de tutela

Como mecanismo de protección constitucional, esta acción se mantiene firme y no se podrán generar normas que menoscaben la acción de tutela (Corte Constitucional, C-313, 2014), por lo que aquellos artículos que atentaban contra ella fueron eliminados oportunamente, de tal manera que los ciudadanos podrán continuar utilizando esta vía para garantizar su derecho fundamental a la salud. Lo que espera la Defensoría del Pueblo es que, con la Ley Estatutaria en Salud, mejore la prestación de los servicios, de tal manera que no exista la necesidad de acudir a la tutela.

Núcleo esencial del derecho a la salud

En la Ley 100, como se explicó, está referido al contenido del POS. En este aspecto hay un cambio sustancial en la Ley Estatutaria en Salud, lo cual se detalla a continuación:

- La naturaleza del derecho a la salud es autónoma e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud (Art. 2).
- El Estado dispondrá para la garantía y materialización del derecho fundamental de un "Sistema de Salud", concebido como un conjunto articulado y armónico de principios y normas; instituciones, competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento, controles, información y evaluación (Art. 4).
- El derecho fundamental a la salud establece que el Estado colombiano es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del mismo. Son deberes del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades respecto a los determinantes sociales de la salud que incidan

en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida (Art. 5).

- El derecho fundamental a la salud contiene elementos esenciales y principios con el claro propósito de guiar su interpretación y alcance (Art. 6).
- En aplicación del derecho a la salud, los servicios deberán ser suministrados de manera completa, para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador (Art. 15).
- El derecho fundamental a la salud establece los derechos y deberes de usuarios y prestadores, necesarios para su pleno ejercicio Art. 10).
- El derecho a la salud incluye que la atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado (Art. 11).
- El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que las afectan o interesan (Art. 12).
- La aplicación del derecho orienta hacia un nuevo modelo de atención y al funcionamiento en redes integrales de servicios de salud para lograr la meta de acceso y cobertura universal (Art. 13).
- Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, cuando se trate de atención inicial de urgencia, no se requerirá de ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de los servicios de salud (Art. 14).
- El derecho fundamental a la salud garantiza un plan de salud implícito para todas las personas. La prestación de servicios y tecnologías debe ser estructurada sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención y la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, en todo caso, no se podrá interpretar el plan de beneficios como una restricción del alcance del derecho (Art. 15).
- Los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los criterios ya enunciados, establecidos en el Artículo 15. Lo anterior, en el entendido que no se dará lugar a normas que menoscaben la acción de tutela.

- La transición entre el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el plan de salud con prestaciones implícitas será de dos años, a partir del momento de la sanción de la Ley 1751 (2015).
- El derecho a la salud garantiza la autonomía de los profesionales de la salud (Art. 17) para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. En este contexto, los Comités Técnicos Científicos (CTC), pierden vigencia[2]. Al respecto, la Defensoría del Pueblo estará atenta a la aplicación de la Resolución 1328 (2016), para vigilar que durante el proceso de desmonte de los CTC no se presenten nuevas fallas, porque el objetivo de terminar con esta figura, además de respetar la autonomía de los profesionales de la salud, es simplificar procesos y disminuir barreras administrativas (Ministro de Salud y Protección Social, 2016).
- Para la garantía del derecho fundamental a la salud, el Gobierno establecerá una Política Farmacéutica Nacional, en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los medicamentos, así como los mecanismos de regulación de sus precios.

Para la Defensoría del Pueblo, la Ley Estatutaria abre camino al fin de la era del pluralismo estructurado y al comienzo de un nuevo ciclo bajo un nuevo paradigma dominante: el derecho fundamental a la salud. Se señala una vía para la evaluación financiera sin resultados sociales. Es el comienzo del fin de las barreras de acceso a los servicios. Se abren perspectivas de un nuevo plan de beneficios sin más exclusiones que las explícitamente señaladas en la Ley. Se ratifica la necesidad de una acción interinstitucional, coordinada y dirigida por el Estado, sobre los determinantes sociales de la salud y el reconocimiento de la autonomía profesional como un imperativo ético que se le debe al paciente. La LES nos dirige hacia un nuevo modelo de atención y al funcionamiento en redes integrales e integradas de servicios de salud para lograr la meta de acceso y cobertura universal en salud, con equidad y justicia social.

La Defensoría del Pueblo considera que es tiempo de promover y defender el potencial de este instrumento estatutario para garantizar, con participación ciudadana, la transformación del actual SGSSS.

2 Los CTC se eliminan definitivamente, a partir de septiembre de 2016, en respeto a la autonomía del médico en la prescripción de servicios y tecnologías en salud, cubiertas o no, en el plan de beneficios.

Autonomía en el ejercicio de los profesionales de la salud en la LES

Al tratar de establecer el alcance de la autonomía de los profesionales de la salud en el ejercicio de sus profesiones, se hace necesario abordar el tema de la relación médico – paciente, entendida como aquella basada en el respeto mutuo, en la que ni siquiera la familia del enfermo puede imponer un criterio de actuación que no sea profesional o que vaya en contra del parecer médico o del paciente; pues, se trata de una interacción entre los dos sujetos, con el fin de devolverle al enfermo la salud, aliviar su padecimiento y prevenir complicaciones.

Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer un diálogo con el enfermo, del que depende en gran parte el éxito terapéutico. La relación médico - paciente sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, muy importante para la práctica médica e imprescindible en la formación integral del profesional de la Medicina. El acto médico tiene unas características que le son inherentes (Redondo y Guzmán, 1999):

- Profesionalidad. Solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico.
- Ejecución Típica. Conforme a la "Lex Artis" o el estado del arte aceptado por la comunidad científica, con las variaciones y consideraciones de modo, tiempo y lugar.
- Objetivo. La curación, mejoría, alivio, rehabilitación o paliación de la patología que afecta al enfermo.
- Licitud. En concordancia con las normas legales.

La Declaración de Madrid de la Asociación Médica Mundial (1985), sobre la autonomía y la autorregulación profesional, ha examinado la importancia que tienen estos criterios para el cuerpo médico del mundo, reconociendo los problemas y las dificultades que actualmente se presentan para aplicarlos, por lo que ha adoptado los siguientes principios:

a. El elemento principal de la autonomía profesional es la garantía de que el médico pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes.

b. Autonomía profesional como componente esencial de la atención médica de alta calidad y, por consiguiente, como un beneficio que se debe al paciente y que debe ser preservado. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial se compromete a mantener y garantizar ese principio esencial de ética médica [...]

c. Paralelamente al derecho a la autonomía profesional, la profesión médica tiene una responsabilidad permanente de autorregulación y no obstante la existencia de otros reglamentos aplicables a los médicos, la profesión médica debe tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales del médico.

d. La Asociación Médica Mundial insta a los médicos de cada país a establecer, mantener y participar activamente en un sistema de autorregulación. Esta dedicación a una autorregulación efectiva es la que finalmente asegurará a la profesión la autonomía para tomar decisiones sobre la atención médica de los pacientes.

e. La calidad de la atención prestada a los pacientes y la competencia del médico que entrega dicha atención, deben ser siempre la preocupación primordial de cualquier sistema de autorregulación [...]

f. Tener conciencia de los gastos es un elemento esencial de la autorregulación. Nuevamente, los médicos están particularmente calificados para hacer las evaluaciones necesarias para tomar las decisiones de control de gastos. Por tal razón, los médicos deben incluir el control de gastos en sus respectivos sistemas de autorregulación.

En Colombia, la Ley 23 (1981), "por la cual se dictan normas en materia de ética médica", establece en su Artículo 1° sobre los principios: "La relación médico – paciente es el elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional". Igualmente, en su Artículo 10 establece: "El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente".

Por su parte la ley 1164 (2007), por la cual se dictan disposiciones en materia de talento humano en salud, en su Artículo 26, relaciona el acto propio de los profesionales de la salud:

> Entendido como el conjunto de acciones orientadas a la atención integral del usuario, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas dentro del perfil que le otorga el respectivo título, el acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medios, basada en la competencia profesional.

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación, la cual debe desarrollarse teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. La actitud profesional responsable.
2. La competencia profesional que asigne calidad en la atención prestada a los usuarios.
3. El criterio de racionalización del gasto en salud dado que los recursos son bienes limitados y de beneficio social.
4. El mantenimiento de la pertinencia clínica y uso racional de la tecnología con base en el autocontrol y la generación de prácticas y guías y/o protocolos de atención en salud comúnmente aceptadas.
5. La actuación de las sociedades científicas, universidades, asociaciones de facultades, en la expedición de guías y normas de atención integral.

La Ley Estatutaria en Salud, como lo señalamos, establece la autonomía médica en su Artículo 17. Así mismo, la Corte Constitucional en Sentencia C-313 (2014), ya citada, se pronunció sobre la autonomía médica. Al respecto, la Corte anota que este precepto, se aviene con los mandatos propios de Ley Estatutaria, pues, compromete elementos esenciales del derecho a la salud como la calidad de la prestación del servicio e incluso la disponibilidad del mismo. Es decir, la Corte vislumbra la asociación entre la autonomía del médico y la calidad del servicio.

La Corte, al plantear cuestiones sobre la relación médico – paciente desde el *Corpus Hippocraticum*, ha desarrollado la idea de un profesional que ofrece su conocimiento y su práctica al servicio del paciente, y éste confía su cuidado, su salud y su calidad de vida a la labor de este profesional: (…) "el médico hipocrático se considera un profesional, que aplica su téchne al cuidado de los enfermos. La therapeía del cuerpo del enfermo constituye su objetivo. Con su tratamiento profesional, objetivo, racionalizado, pretende devolver a éste la salud perdida".

Indica que si un objetivo puntual es que cada individuo pueda gozar efectivamente "del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente"; la relación que se presenta entre el médico y el paciente no puede ser un tema ajeno a la concreción de este objetivo común. De manera que "los profesionales de las diversas especialidades médicas son hoy más conscientes que nunca, de que la promoción, recuperación y conservación de la salud son las razones éticas de la medicina y cualquier acción que las contraríe, riñe abiertamente con ella" (Corte Constitucional, T-548, 1992).

Así, continúa la Corte, un supuesto preliminar de la relación médico-paciente deberá advertir que:

6. El enfermo tiene derecho a que se le prodiguen cuidados compatibles con su condición de ser humano, vale decir, un buen trato y diálogo permanente con su médico acerca de la naturaleza, evolución y terapia de sus dolencias.
7. El médico debe estar dispuesto a escuchar a su paciente, sus familiares y las opiniones de sus colegas, por cuanto sólo así podrá contar con todo el aspecto fáctico del caso y establecer el adecuado equilibrio entre los derechos de los pacientes y los principios éticos de su profesión.
8. Dentro de este contexto, una de sus mayores responsabilidades profesionales es proteger el bienestar de su paciente y minimizar los riesgos globales de sus terapias.
9. El paciente, a su vez, debe respetar la autonomía del médico y no pedirle cosas que contradigan los parámetros normales de su ciencia o sus convicciones éticas

Lo anterior significa que, en esta relación, producto de la práctica médica, el conocimiento e idoneidad ética del médico y la íntima conexión del derecho fundamental a la salud, junto con otros derechos como la libertad y la autonomía, se trazan directrices para comprender, desde un marco general, un servicio de salud razonable. En suma, y atendiendo una lectura desde la bioética, sostuvo la Corte:

> En relación con el ejercicio médico, se considera que este se encuentra estructurado a partir de dos principios fundamentales: 1) capacidad técnica del médico y 2) consentimiento idóneo del paciente. La capacidad técnica del médico depende de su competencia para apreciar, analizar, diagnosticar y remediar la enfermedad. El consentimiento idóneo, se presenta cuando el paciente acepta o rehúsa la acción médica luego de haber recibido información adecuada y suficiente para considerar las más importantes alternativas de curación." (Corte Constitucional, T-401, 1994).

Sin embargo, para la Corte, aun cuando no hubiese solución definitiva o una cura que remediase la enfermedad para quien lo padece, esta relación entre el médico y el paciente lleva anexa un propósito mucho más abierto y noble:

> El ser humano necesita mantener ciertos niveles de salud para sobrevivir y desempeñarse, de modo que, cuando la presencia de enfermedades incurables y mortales afecta esos niveles, poniendo en peligro la propia subsistencia, no resulta válido pensar que el enfermo esté ineluctablemente abocado a abandonarse a la fatalidad, desechando cualquier tratamiento, por considerarlo inútil ante la certeza de un inexorable desenlace final; todo lo contrario, el paciente tiene derecho, a abrigar esperanzas de recuperación, a procurar alivio

> a sus dolencias, a buscar, por los medios posibles, la prolongación de la vida amenazada, si así lo desea. (Corte Constitucional, T-401, 1994).

Para el Alto Tribunal, la autonomía es una expresión indispensable para comprender el contenido del ideal de la libertad. De tal modo que, al pretender correlacionar los derechos y deberes de médicos frente a los de los pacientes, la autonomía y su regulación son criterios forzosos para delimitar recíprocamente los ámbitos de actuación de unos y otros; sin tales pautas, la coexistencia y el respeto debido al individuo como sujeto independiente, serían difícilmente predicables.

Frente a la relación médico - paciente y médico - institución o entidad, para dicha Corporación, resulta esencial para la efectiva realización del derecho a la salud, en concordancia con el derecho a la libertad y a la autonomía, que las decisiones adoptadas en relación con tratamientos, medicamentos y algún otro suministro quirúrgico ordenado por el médico y consentido por el paciente, puedan ser efectuados independientemente de la imposibilidad de contar con los recursos necesarios que se requieren, pues no parece tener sentido que, pese a la adopción de una decisión sustancial orientada a garantizar el goce de estas garantías fundamentales, resultaren afectadas, menoscabadas o simplemente ignoradas por terceros ajenos a la situación particular que uno de ellos padece.

En materia legal el Artículo 105 de la Ley 1438 (2011) preceptúa:

> Autonomía Profesional. Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.

Para la Corte, los presupuestos doctrinales y jurisprudenciales puestos de presente, sirven de soporte para la defensa de la autonomía médica, la cual encuentra una justificación aún más contundente en los Artículos 16 y 26 de la Constitución Nacional. Así mismo, los elementos que fungen como límites a esa autodeterminación resultan admisibles en la medida en que ninguno de ellos se evidencia como una intromisión arbitraria. La fuerza de la evidencia científica y la racionalidad, el peso de la ética y, la necesidad de autorregulación, resultan imprescindibles en el ejercicio de la actividad médica.

En relación con la ética, recuerda la Corte que el numeral 10 del Artículo 1º de la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, dispone:

> Los principios éticos que rigen la conducta profesional de los médicos, no se diferencian sustancialmente de los que regulan la de otros miembros de la

sociedad. Se distinguen sí por las implicaciones humanísticas anteriormente indicadas.

Así mismo, la Sala en sentencia C-259 (1995) observó la dimensión y el papel de la ética en la medicina frente a la vida humana al afirmar que "la ética aplicada al ejercicio de la medicina nunca puede relativizar la vida humana como supremo valor moral y jurídico de la persona".

En lo concerniente a la autorregulación, el legislador colombiano en el Artículo 104 de la Ley 1438 de 2011 estableció:

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación. Cada profesión debe tomar a su cargo la tarea de regular concertadamente la conducta y actividades profesionales de sus pares sobre la base de:

1. El ejercicio profesional responsable, ético y competente, para mayor beneficio de los usuarios.
2. La pertinencia clínica y uso racional de tecnologías, dada la necesidad de la racionalización del gasto en salud, en la medida que los recursos son bienes limitados y de beneficio social.
3. En el contexto de la autonomía se buscará prestar los servicios médicos que requieran los usuarios, aplicando la autorregulación, en el marco de las disposiciones legales.
4. No debe permitirse el uso inadecuado de tecnologías médicas que limite o impida el acceso a los servicios a quienes los requieran.
5. Las actividades profesionales y la conducta de los profesionales de la salud, deben estar dentro de los límites de los Códigos de Ética Profesional vigentes. Las asociaciones científicas deben alentar a los profesionales a adoptar conductas éticas para mayor beneficio de sus pacientes.

Para la Corte, estos antecedentes evidencian la consonancia de la autorregulación con la preceptiva constitucional, aunque resulta claro que la autonomía no es absoluta y, encuentra su límite en los derechos de los demás. Por ende, la autorregulación en el campo de la profesión médica, es necesaria. Se impone pues en este punto la exequibilidad.

En cuanto a la racionalidad, entendida como, lo conforme con la razón, la sala no encuentra motivo para tachar de inconstitucional la sujeción del ejercicio de la profesión médica a la facultad ordinaria de discurrir, que se entiende como propia de la generalidad de la persona humana.

En lo que se refiere a la evidencia científica, se atiene la Corte a la aceptación que se hizo de la misma en los términos que se estimó la constitucionalidad de

las exclusiones del Artículo 15. En suma, ninguno de los 4 factores en los que se enmarca la autonomía médica, supone reparos en su constitucionalidad.

Por otro lado, dicha corporación no encontró que la protección de la autonomía médica pueda comportar el desconocimiento de las obligaciones laborales del médico, como lo sugirieron algunas intervenciones, lo que si sucedería si las obligaciones a las que se refieren los intervinientes fuesen de aquellas contrarias a la evidencia científica, a la racionalidad, a la ética o invadiesen el ámbito de la autorregulación. Para el Tribunal Constitucional, las órdenes que se impartan a los profesionales de la salud deben tener como límites los que el legislador le ha trazado, de no ser así, se estarían convalidando órdenes u obligaciones laborales, tanto ilegales como inconstitucionales.

Criterios decisorios en salud adoptados por la Corte Constitucional en 2015

A continuación se exponen los criterios de interpretación que la Honorable Corte Constitucional emitió durante el año 2015. Dichos criterios están dirigidos a garantizar la efectiva protección del derecho fundamental a la salud y, en concepto de la Defensoría, pueden orientar a los usuarios y demás integrantes del sistema para exigir y defender sus derechos.

El debido proceso para la desafiliación de una EPS

La Corte Constitucional ha reiterado que con el fin de no vulnerar los derechos de defensa y contradicción, las EPS no pueden afectar la continuidad en la prestación de los servicios en salud que requieren sus afiliados, de modo que las EPS están obligadas a garantizar el debido proceso antes de proceder a adoptar decisiones administrativas como la desafiliación de sus usuarios (Corte Constitucional, T-067, 2015).

El Artículo 2 del Decreto 2400 de 2002 establece el no pago de tres meses continuos de cotización al sistema de salud o de la UPC adicional como causal para que una EPS pueda desafiliar a sus usuarios. Sin embargo, para proceder a la desafiliación, la EPS debe cumplir con el procedimiento establecido en el Decreto 1703 de 2002, por lo cual debe notificar al usuario, por correo certificado dirigido a su última dirección registrada, con anterioridad no menor a un mes, una comunicación en la cual le indique las razones por las cuales adopta la decisión, así como la fecha desde la cual será efectiva la medida. Copia de dicha comunicación, debe ser enviada al empleador o a la entidad pensional.

Es así como antes de la desafiliación, el usuario podrá realizar los pagos en mora correspondientes o entregar la documentación que acredite la continuidad del derecho de permanencia de sus beneficiarios. En el caso en que se haya dado la desafiliación, el empleador o la administradora de pensiones deberá pagará las cotizaciones en mora a la EPS, la cual deberá volver a afiliarlo.

Esta regla aplica especialmente en los casos en que los usuarios se encuentran en tratamiento médico por lo que las EPS deben acompañarlos y asesorarlos hasta que se vuelvan a vincular al sistema de salud. Lo mismo procede para el caso de los beneficiarios.

El derecho fundamental a la salud de las víctimas de accidente de tránsito

En los casos de accidente de tránsito la institución prestadora de salud a donde sea llevado el usuario, debe garantizar una atención en salud de manera integral (Corte Constitucional, T-108, 2015).

La norma que establece las condiciones de aseguramiento de los daños corporales ocasionados por accidentes de tránsito es el Decreto 3990 (2007) el cual reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, instaurando como servicios médico quirúrgicos

> todos aquellos servicios prestados por una Institución Prestadora de Servicios de Salud habilitada para prestar el servicio específico de que se trate, destinados a lograr la estabilización del paciente, el tratamiento de las patologías resultantes de manera directa del accidente de tránsito o del evento terrorista o catastrófico y a la rehabilitación de las secuelas producidas. Igualmente se entienden los servicios suministrados por una IPS respecto de la atención inicial de urgencias.

El Servicio del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), es una imposición del Estado que busca satisfacer necesidades de orden social y colectivo, procurando un adecuado y eficiente sistema de seguridad social. Es por ello que estos recursos, captados por el público, revisten un interés general que prevalece sobre los intereses particulares, por lo que a pesar de que este sea prestado por entidades particulares, es considerado como un servicio público.

Con el fin de tener claridad sobre el cubrimiento de los gastos asistenciales ocasionados por un accidente de tránsito, la Corte Constitucional señaló las siguientes reglas:

> (i) Cuando ocurre un accidente de tránsito, todos los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud están obligados a prestar la atención médica en forma integral a los accidentados , desde la atención inicial de urgencias hasta su rehabilitación final, lo cual comprende atención de urgencias, hospitalización, suministro de material médico, quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamiento y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y rehabilitación; (ii) las aseguradoras, como administradoras del capital con el cual se cubre los tratamientos médicos, no son las encargadas de prestar el tratamiento médico

directamente; (iii) la institución que haya recibido al paciente, considerando el grado de complejidad de la atención que requiera el accidentado, es responsable de la integridad de la atención médico – quirúrgica; (iv) suministrada la atención médica por una clínica u hospital, éstos están facultados para cobrar directamente a la empresa aseguradora que expidió el SOAT, los costos de los servicios prestados, hasta por el monto fijado por las disposiciones pertinentes, es decir, 500 salarios mínimos diarios legales vigentes al momento del accidente; (v) agotada la cuantía para los servicios de atención cubierta por el SOAT y tratándose de víctimas politraumatizadas o que requieran servicios de rehabilitación, la institución que ha brindado el servicio puede reclamar ante el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, hasta un máximo equivalente 300 salarios mínimos diarios legales vigentes al momento del accidente; (vi) superado el monto de 800 salarios mínimos diarios legales vigentes indicados, la responsabilidad del pago de los servicios recae sobre la Empresa Promotora de Salud, la empresa de medicina prepagada o la Administradora de Riesgos Profesionales, en los casos en los que el accidente haya sido calificado como accidente de trabajo, a la que se encuentre afiliada la víctima, o, eventualmente, al conductor o propietario del vehículo, una vez haya sido declarada su responsabilidad por vía judicial.

En consecuencia, la IPS que atienda a una persona víctima de un accidente de tránsito, está en la obligación de brindarle todos los servicios médicos que requiera sin trabas de carácter administrativas o económicas. Como se mencionó la institución debe cobrar los costos de la atención prestada directamente al emisor del SOAT y en caso de que el automotor no esté asegurado o que el vehículo no sea identificado, deberá realizar estos cobros a la subcuenta ECAT del Fosyga.

Ahora, si los fondos del SOAT o del FOSYGA se agotan, la IPS no puede dejar de prestar los servicios o la atención al accidentado, ya que puede recobrar el excedente a la EPS, a la ARL o al conductor o propietario del vehículo cuando su responsabilidad haya sido declarada judicialmente.

Por su parte, la IPS debe garantizar todos los tratamientos, terapias de rehabilitación, medicamentos y cirugías que el paciente requiera y en los casos que no pueda prestar un servicio debido a su nivel de atención, deberá proceder a trasladarlo a la institución que sí lo preste.

La prohibición a los prestadores de servicios de salud de pedir a los usuarios y/o a sus familiares pagarés para cubrir los servicios médicos prestados al paciente

Aunque el Artículo 187 de la Ley 100 de 1993 estableció la obligación del pago de copagos y cuotas moderadoras en los servicios médicos prestados a afiliados y beneficiarios del sistema de salud, la Corte Constitucional en reiteradas jurisprudencias ha reiterado que su no pago no puede ser considerado como obstáculo para la prestación de un servicio médico que requiera el paciente (Corte Constitucional, T-175, 2015).

Es así como la Ley 1122 (2007) establece casos concretos de su exoneración, la cual está dada para la población más vulnerable y sin capacidad de pago, beneficiando a adultos mayores identificados hasta el nivel 3 del SISBEN. Lo anterior, cubierto con los recursos del Sistema General de Participaciones y de las fuentes establecidas en la Ley 100 de 1993, los cuales deben ser gestionados por entidades departamentales y municipales, conforme a lo establecido en la Ley 715 de 2001.

Sin embargo en virtud del principio de solidaridad, la Corte con el fin de garantizar el derecho a la salud, amplió las excepciones estableciendo dos reglas:

> (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100 por ciento del valor y (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio

Como se menciona, las personas con capacidad económica para asumir estos pagos deben realizarlos aunque le corresponde al juez constitucional verificar cada caso, estableciendo si los pagos exigidos obstaculizan o no el acceso al servicio de salud.

Para la Corte Constitucional es claro que algunos de los obstáculos se presentan bajo la forma de retención hospitalaria y de la solicitud del pago o la suscripción de títulos valores en hospitales, lo que no es constitucionalmente aceptable ya que se traslada las fallas del sistema a los usuarios afectando sus derechos.

La protección constitucional y reforzada de las personas que padecen cáncer

Las personas con cáncer cuentan con protección reforzada debido a la complejidad y magnitud de su enfermedad. Por tal motivo es deber del Estado brindar una especial protección a quienes por sus condiciones económicas, físicas o mentales se encuentren en un "estado de debilidad manifiesta" considerando que cuentan con un trato preferencial que garantiza el goce y ejercicio de sus derechos constitucionales, motivo por el cual no están sujetas, en la prestación de servicios médicos, a las restricciones que imponen los Planes Obligatorios (Corte Constitucional, T-239, 2015).

El juez de tutela para fundamentar su fallo, debe tener en cuenta la gravedad de los padecimientos y la vulnerabilidad económica en la que se encuentran los pacientes que padecen cáncer y que requieren de manera urgente medicamentos o tratamientos incluidos en el POS, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud con relación a los programas nacionales de control de cáncer.

Dichas recomendaciones han establecido la obligación de las autoridades nacionales de salud de "proporcionar una atención apropiada con el fin de aumentar la supervivencia, reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida". Es así como las autoridades y los profesionales de la salud deben realizar todo lo posible para mitigar los efectos del dolor, aumentar las probabilidades de vida y brindar un trato digno al paciente.

En patologías conocidas como catastróficas o ruinosas, la Corte ha sido enfática en insistir en la protección constitucional reforzada establecida en el preámbulo y los Artículos 1, 2, 5, 11, 12, 13, 42, 47, 48, 49, 95 y 366. Esta protección atiende la condición de debilidad manifiesta y exige al Estado y a la sociedad los mayores esfuerzos para mejorar la salud y la calidad de vida del paciente.

La negación de procedimientos, tratamientos y medicamentos incluidos en el POS

La negación de servicios de salud incluidos en el POS constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud de los usuarios debido a que estos servicios ya se encuentran financiados por la Unidad de Pago por Capitación (Corte Constitucional, T-313, 2015).

No es constitucional negar la prestación de cualquier tecnología en salud incluida en el Plan de Beneficios y que haya sido formulada por el médico tratante, ya que

dicho actuar pone en riesgo la vida e integridad de la persona, más aún cuando el servicio ya se encuentra financiado por la UPC.

La negación de requerimientos POS genera una solicitud de recobro ilegal, que de plano es improcedente, ya que el Estado ha pagado dicho servicio. Por tanto, bajo ninguna circunstancia puede generarse un segundo pago a cargo del tesoro público por un mismo concepto y no se puede permitir que las entidades promotoras de salud recobren esos dineros ante el Fosyga o ante el ente territorial, puesto que constituye un pago de lo no debido. La Corte Constitucional ha establecido que en ningún caso es procedente una solicitud de recobro por prestaciones incluidas en el POS.

Derecho a la libertad de escoger EPS e IPS

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecido en la Ley 100 (1993), establece que las EPS tienen a su cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de salud, cuya atención delegan en las IPS, las cuales son directamente responsables de la ejecución del derecho fundamental a la salud, además de proporcionar los beneficios del POS. Igualmente, estableció que los usuarios del servicio de salud tienen derecho a escoger la EPS a la que se quieren afiliar y decidir entre las IPS que pertenezcan a su red, la institución en la cual desean que se les preste atención médica. Igualmente, las EPS tienen libertad para escoger las IPS con las que ofrecerán la cobertura a sus afiliados. De tal modo que la libertad de escogencia es un derecho que faculta a los usuarios a afiliarse a la EPS de su elección, así como a la IPS de atención, pero también implica la potestad de las EPS de elegir las IPS con las cuales celebrará convenios y el tipo de servicios que cada una prestará.

Este derecho no es absoluto, depende de los convenios que celebren las EPS con las IPS. Al respecto la Corte ha impuesto dentro del derecho de la EPS de escoger a la IPS para contratar el deber de:

a) celebrar convenios con varias IPS para que de esta manera el usuario pueda elegir,

b) garantizar la prestación integral y de buena calidad del servicio,

c) tener, al acceso del usuario, el listado de las IPS y

d) estar acreditada la idoneidad y la calidad de la IPS.

A raíz de ello cuando la EPS en cumplimiento de este derecho pretenda cambiar una IPS en la que se venían prestando servicios de salud, tiene la obligación de:

a) que la decisión no sea adoptada en forma intempestiva, inconsulta e injustificada,

b) acreditar que la nueva IPS está en capacidad de suministrar la atención requerida,

c) no desmejorar el nivel de calidad del servicio ofrecido y comprometido y

d) mantener o mejorar las cláusulas iniciales de calidad del servicio prometido, ya que no le es permitido retroceder en el nivel alcanzado y comprometido.

El derecho del usuario de escoger la IPS se ejerce dentro de las opciones ofrecidas por la EPS respectiva, salvo en los casos de urgencias, cuando haya autorización expresa de la EPS y cuando se demuestre la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia de la EPS, como responsable del aseguramiento, para cumplir sus obligaciones.

Cuando la EPS cambia su red de prestadores, le debe garantiza al usuario que la nueva institución le va a prestar un buen servicio de salud de forma integral ya que se presentaría afectación de sus derechos si la nueva IPS no cuenta con recursos humanos o si su infraestructura no está acorde para atender sus problemas en salud (Corte Constitucional, T-318, 2015).

Protección al fuero de la maternidad, independientemente del tipo de contrato laboral

La estabilidad laboral reforzada en mujeres embarazadas aplica independientemente de la modalidad del vínculo contractual con que ellas cuente: es irrelevante si se trata de un contrato laboral a término fijo, indefinido, de prestación de servicios o a través de una cooperativa de trabajo asociado, ya que el objetivo de esta figura es la de proteger los derechos de la madre gestante.

Se entiende que el despido durante el embarazo es una forma de discriminación en contra de la mujer, por lo que se deberá declarar la ineficacia del mismo y la posibilidad de obtener el reintegro. El empleador deberá desvirtuar tal presunción explicando suficiente y razonablemente que el despido o la desvinculación del cargo no se produjo por causas imputables al embarazo.

La protección reforzada de mujeres embarazadas procede, cuando se demuestre, sin exigencia adicional, "a) la existencia de una relación laboral o de prestación y, b) que la mujer se encuentre en estado de embarazo o dentro de los tres meses siguientes al parto, en vigencia de dicha relación laboral o de prestación". Igualmente, el alcance de la protección será determinada por la modalidad de contrato y de si el empleador conocía o no, el embarazo de la empleada al momento de su desvinculación (Corte Constitucional, T-400, 2015).

Es así como, atendiendo las reglas jurisprudenciales establecidas en la sentencia de unificación 070 de 2013, se determina que, en el caso del contrato a término fijo, cuando el empleador conoce el estado de gestación de la empleada, se dan dos situaciones: si la desvincula antes del vencimiento del contrato sin la autorización del inspector del trabajo, se aplica la protección derivada del fuero, por lo que se declara la ineficacia del despido y su reintegro, además del pago de las erogaciones dejadas de percibir[3]. Si la desvincula vencido el contrato alegando el vencimiento del plazo pactado, el empleador deberá acudir ante el inspector del trabajo para que determine si subsisten o no las causas objetivas que dieron origen a la relación laboral. Si subsisten, deberá extenderse por lo menos durante el periodo del embarazo y los tres meses posteriores, pero si no, se podrá dar por terminado el contrato al vencimiento del plazo, pagando las cotizaciones que garanticen la licencia de maternidad.

Si el empleador no acude ante el inspector, el juez deberá ordenar el reconocimiento de las cotizaciones durante el periodo de gestación, procediendo la renovación solo si se demuestra que aún subsisten las causas del contrato. Con el fin de que los empleadores no desconozcan la obligación de acudir al inspector de trabajo, éste es sancionado con el pago equivalente a salarios de 60 días (Código Sustantivo del Trabajo, 1950).

Si el empleador no conoce del estado gestacional de la empleada y la desvincula sin justa causa antes del vencimiento del contrato, solo se debe ordenar el reconocimiento de las cotizaciones durante el periodo de gestación. La renovación solo procede si las causas del contrato subsisten y se puede solicitar el pago de las indemnizaciones por despido sin justa causa.

Si la desvinculación se realiza antes del vencimiento del contrato alegando justa causa (distinta a la modalidad del contrato), se debe ordenar el reconocimiento de las cotizaciones, pero la disputa sobre la configuración de la justa causa se debe hacer ante el juez ordinario laboral. Y, si la desvincula alegando justa causa por terminación del contrato, la protección consistiría en el reconocimiento de las cotizaciones y la renovación del contrato dependerá de si aún subsisten las causas que lo crearon, en cuyo caso no procede el pago de los salarios dejados de percibir, en el entendido de que el contrato inicialmente pactado ya terminó.

En conclusión, la estabilidad laboral reforzada es una garantía de la trabajadora en condición de vulnerabilidad, aun sin importar el tipo de contrato laboral que ostente. Por consiguiente, el conocimiento del empleador sobre el estado de embarazo de la trabajadora, no es requisito para establecer si existe o no protección

3 Protección establecida legalmente en el Artículo 239 del Código Sustantivo del Trabajo (CST) que obedece al supuesto de protección contra la discriminación

constitucional, sino para determinar el grado de protección. Es decir, el conocimiento por parte del empleador del embarazo genera una protección integral y completa, pues se deduce que el despido se basó en el embarazo y, su desconocimiento genera una protección más débil basado en el principio de solidaridad y en la garantía de estabilidad en el trabajo, lo cual le permite asegurar el salario de la madre y la garantía de los derechos del recién nacido.

De la atención en salud a los pacientes renales

Debido al reconocimiento por parte del Estado de la insuficiencia renal crónica como enfermedad ruinosa, las entidades aseguradoras del sistema de salud no pueden negar, por ningún motivo, exámenes de laboratorio, citas médicas u hospitalarias ni demás servicios de salud requeridos por los pacientes de conformidad con lo aprobado en el POS.

Las "Guías para el manejo de la enfermedad renal crónica" y el "Modelo de prevención y control"[4] operan como un marco de referencia para la prevención, diagnóstico y atención de esta enfermedad, por lo que se debe garantizar el tratamiento integral como estrategia, de modo que se impida su avance hacia la fase de sustitución renal. Esto genera que el paciente goce de atención preferencial en el acceso a las prestaciones que requiera para el adecuado manejo de su patología, de acuerdo con la guía e independientemente de su nivel de complejidad.

A pesar de la normatividad y de la reiterada jurisprudencia, la Corte ha observado que existe un sistemático desconocimiento de los criterios adoptados por ella en virtud de los principios de atención integral y continuidad de los pacientes con enfermedad renal, a quienes le siguen siendo quebrantados sus derechos, lo que se presenta cuando se niegan a asumir los gastos de traslado de los pacientes hasta el lugar en que reciben sus terapias, cuando hay cambio intempestivo de IPS, cuando hay renuencia en la autorización de medicamentos e insumos y la exigencia de copagos y cuotas moderadoras a quienes carecen de capacidad de pago (Corte Constitucional, T-421, 2015).

A pesar de que existen las "Guías de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes de enfermedad renal crónica", el "Modelo de prevención" y documentos sobre los indicadores mencionados, para la Corte estos no satisfacen el derecho de quienes padecen esta enfermedad a contar con información adecuada y suficiente, sencilla y comprensible que les enseñe sobre sus derechos y deberes en el sistema de salud, por lo cual le ordenó tanto al MSPS como a la SNS la elaboración de una circular que les permita a estos pacientes

4 Resolución 3442 de 2006

contar con información adecuada y suficiente sobre sus derechos y deberes respecto de la prevención, diagnóstico y tratamiento de su enfermedad5.

El principio de solidaridad y el deber de acompañamiento a cargo de las EPS

El principio de solidaridad se constituye como un deber impuesto a todas las personas que hacen parte de un conglomerado social, que implica su propio esfuerzo y la realización de actividades en beneficio o apoyo de los otros o de un interés colectivo, por lo que le impone a todas las personas la obligación de ayudar a sus iguales a hacer efectivos sus derechos. Este principio permite garantizar la igualdad material entre todos los ciudadanos.

Es así como la Corte ha establecido que cuando una persona cuenta con capacidad económica para cubrir algún servicio en salud no incluido en el POS debe hacerlo. Así mismo, cuando una persona no cuenta con recursos económicos para cubrir gastos se les ha eximido de efectuar dicho pago, pues la finalidad del sistema es que todas las personas sin ningún tipo de distinción puedan acceder a los servicios que requieran (Corte Constitucional, T-455, 2015).

El principio de solidaridad se aplica ante la incapacidad económica del peticionario, por lo cual, la prueba de la falta de recursos del accionante, corresponde por regla general a la parte demandada, ya que son las EPS las que cuentan con la información respecto a los ingresos de sus afiliados, además de partir de la buena fe del peticionario.

Igualmente, este principio funciona exigiendo mayores aportes a quienes tienen ingresos económicos más altos, para contribuir respecto de quienes no tienen capacidad económica para que puedan igualmente acceder a los servicios y tratamientos según sus necesidades.

Para acceder a los servicios en salud, la norma prevé dos sistemas: contributivo y subsidiado. Al primero se afilian las personas que cuentan con recursos (incluye a los miembros de su familia en calidad de beneficiarios – quienes no cuentan con recursos para acceder directamente al sistema), y el segundo, para personas sin recursos. En el caso de las personas de la tercera edad, cuando se encuentra en peligro sus derechos fundamentales, este principio adquiere especial relevancia ya que gozan de protección reforzada, debido a las condiciones de debilidad manifiesta e indefensión propias de su edad.

El principio de solidaridad es una de las bases del sistema de salud ya que materializa el derecho a la igualdad, concretado en la garantía del acceso a los servicios

5 De conformidad con lo contemplado en la Ley 972 de 2005, en las guías de práctica clínica y en el modelo de prevención adoptados por la Resolución 3442 de 2006.

de salud requeridos sin que la ausencia de recursos económicos pueda ser un impedimento para ello.

Las EPS en virtud del deber de acompañamiento e información, cuando un afiliado deja de serlo, no solo deben seguir prestando los tratamientos que estuvieren en curso, en virtud del principio de solidaridad, sino que además, deben asesorarlo y explicarle los procedimientos pertinentes para acceder de nuevo al sistema.

Es de resaltar que la Corte ha amparado el derecho a la salud de los usuarios aun cuando no se encontraban activos en el sistema de las EPS al momento de solicitar sus tratamientos, para lo cual ha argumentado:

> (i) el principio de continuidad, pues previamente habían iniciado ciertos procedimientos para la enfermedad que los aquejaba que no podían ser abruptamente interrumpidos, y (ii) el principio de solidaridad, teniendo en cuenta que las EPS no pueden sustraerse de sus deberes constitucionales, especialmente tratándose de personas en condición de debilidad manifiesta, que requerían con necesidad determinado servicio de salud.

El deber de las EPS de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud aunque se presente mora en los aportes

En virtud del principio de eficiencia se debe garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud, por lo cual, las EPS deben garantizar a sus afiliados la atención médica en forma continúa sin ser interrumpida antes de que el paciente se recupere.

Ahora, cuando hay incumplimiento en la obligación de efectuar los aportes por parte del empleador, las EPS pueden suspender la afiliación del paciente, correspondiéndole al empleador asumir los gastos en salud que requiera su trabajador. Sin embargo, en virtud del principio de continuidad, las EPS no pueden suspender la atención médica que se le está prestando al paciente sin que este se haya recuperado o se encuentre estable, ante lo cual, el juez puede ordenarle a la EPS respectiva la continuación de la prestación de los servicios médicos requeridos por el paciente, para lo cual podrá recobrar al empleador los gastos en los que incurra (Corte Constitucional, T-517, 2015).

El cobro de cuotas moderadoras y copagos en los eventos en que no se debe exigir

La jurisprudencia constitucional ha reiterado que aunque los pagos moderadores resultan ajustados a la Constitución, estos no pueden ser obstáculo para acceder a servicios en salud, más aun cuando se trata de personas en situación de vulnerabilidad, así que no está permitido condicionar la prestación a su cancelación (Corte Constitucional, T-547, 2015).

La Corte ha establecido que no se puede condicionar o restringir la prestación de servicios de salud al pago de sumas de dinero cuando se carece de recursos económicos para costearlas. Aunque la corte al realizar el análisis de constitucionalidad sobre dicha medida, indicó su conveniencia, esta quedó supeditada a que no existiera negativa por parte de las entidades encargadas de prestar el servicio de salud cuando el usuario no pueden realizar dichos pagos, situación que se presenta mayoritariamente en las personas clasificadas en el Nivel 3 de Sisbén pero que no cuentan con los recursos suficientes para afiliarse al sistema a través del régimen contributivo, situación que se presenta generalmente en personas desempleadas que viven con familiares quienes en ocasiones cuentan con trabajos estables.

En estos casos las personas tienen derecho a que se les actualice su situación en el Sisbén para lo cual, la autoridad pertinente debe ordenar a la entidad correspondiente la clasificación en el Nivel 1 de Sisbén, de quienes cumplan con los siguientes requisitos:

> sean personas que (i) padecen una discapacidad física o mental; (ii) requieren atención médica inmediata o la prestación permanente de servicios de salud; (iii) no cuentan con los recursos económicos suficientes para sufragar por su cuenta la atención médica que necesitan; (iv) se encuentran clasificadas en el nivel tres (3) o cuatro (4) del SISBEN a pesar de las limitaciones anotadas; y (v) en razón de su incorrecta clasificación en el SISBEN y de su precaria situación económica, no han gozado de la atención médica debida.

Sin embargo, si el resultado aún es desfavorable para el usuario, pero se observa una clara condición de vulnerabilidad, le corresponde al juez, ordenar la realización de una nueva encuesta individual en la que se incluyan todos los aspectos que influyen en la situación de la persona, o directamente ordenar su clasificación en el Nivel 1 del Sisbén, según las circunstancias de cada caso.

La prestación de los servicios de salud al interior de los centros penitenciarios y carcelarios

El Código Penitenciario y Carcelario, en su Artículo 106, les impone a las autoridades públicas el deber de brindar atención médica conforme al reglamento de los centros de reclusión, o de prestar excepcionalmente un servicio médico particular, cuando el establecimiento no pueda proveerlo.

A pesar de los reiterados fallos emitidos por la Corte Constitucional que tienen como propósito garantizar el goce de manera real y efectiva del derecho a la salud, se evidencia que las condiciones de los penales en Colombia vulneran la dignidad de los internos, debido a que esto acarrea insalubridad, irrespeto a la dignidad y a la intimidad, entre otros, manifestaciones claras de violaciones a derechos fundamentales.

El derecho a la salud de los reclusos no puede ser interrumpido ni limitado como consecuencia de la privación debido a que ellos no pueden afiliarse por sí mismos al sistema de salud, ni pagar el valor de los servicios requeridos, lo que implica total dependencia del Estado, por lo que este tiene la obligación de garantizar que los servicios que se requieran sean eficazmente proporcionados a través del INPEC y de los directores de los lugares de reclusión.

Al establecerse que la atención médica que se les debe brindar a los internos debe ser eficiente, el Estado debe disponer de los recursos necesarios para su cumplimiento. Por lo tanto, no se pueden invocar problemas administrativos o financieros como excusa para el no acceso a los servicios en salud de quien lo requiera (Corte Constitucional, T-631, 2015).

Obligatoriedad de aportes a los regímenes de salud y pensiones

La Ley 100 de 1993, en su Artículo 15, estableció la obligación de afiliación al sistema de pensiones de toda persona vinculada laboralmente a través de un contrato de trabajo o que fuese servidor público. Posteriormente, con la Ley 797 de 2003, se extendió esta obligación a las personas naturales que prestasen servicios al Estado o a entidades del sector privado por medio de contratos de prestación de servicios o cualquier otra modalidad y a los trabajadores independientes.

La obligación de cotización, la cual se debe hacer con base en el salario o ingreso del trabajador, debe realizarse durante la vigencia de la relación laboral o del contrato de prestación de servicios. Las personas independientes deben realizarla

con base en los ingresos declarados ante la entidad a la cual se afilien, sin que dicha base de cotización sea inferior al salario mínimo vigente.

Con el Decreto 1465 de 2005 el Gobierno Nacional reglamentó la manera integrada de realizar los aportes al sistema, a través de la Planilla de Liquidación de Aportes, permitiendo su unificación y el pago por vía electrónica.

La Ley 1328 de 2009, creó los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) para incentivar el ahorro para la vejez de las personas de escasos recursos que no se encontraran en la capacidad de realizar aportes a pensión.

En cuanto a la obligación de cotización, en un análisis realizado por la Corte Constitucional con ocasión de una demanda presentada en 2009 contra la Ley 797 de 2003, dicha corporación afirmó que no se le puede exigir al trabajador independiente que no cuenta con recursos para realizar aportes al sistema de pensiones o que teniéndolos, el cumplimiento de la obligación afecte su mínimo vital.

Por lo anterior, en virtud del principio de solidaridad que rige el sistema de Seguridad Social, aunque en un principio se determine como obligatoria la cotización por un trabajador a salud y pensión, esta no puede ser imperativa si el trabajador independiente no cuenta con los recursos suficientes para realizar dichos pagos, caso en el cual, no se hace exigible la cotización a ambos sistemas.

La Corte ha reiterado que no se atenta contra los principios de igualdad, salud y mínimo vital, el hecho de exigirle a un trabajador independiente realizar aportes a ambos sistemas, lo que se presentaría en los casos en los que el cotizante reciba ingresos menores al salario mínimo o cuando carece en lo absoluto de recursos económicos, ante lo cual no se puede exigir el cumplimiento de dicha obligación.

Por tal motivo, un trabajador independiente cuyos ingresos no sean los suficientes para pagar pensión, puede mantener su vinculación al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud o afiliarse al Régimen Subsidiado (Corte Constitucional, T-648, 2015).

El servicio de transporte en el sistema de salud

El servicio de transporte se hace exigible cuando se trata de un paciente que debe ser trasladado entre IPS para la prestación de servicios médicos que no los cubre la IPS remisora (Corte Constitucional, T-650, 2015).

Es así como la Corte Constitucional ha establecido la obligatoriedad de la prestación de este servicio por parte de la EPS, en los siguientes casos:

> (i) Ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.

Con ocasión a las personas que necesitan el acompañamiento de otra por la patología que padecen, dicha corporación también ha establecido criterios en los cuales la EPS debe autorizarlos:

> (i) Dependa totalmente de un tercero para su movilización, necesite de cuidado permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y, (ii) Ni el paciente ni su familia cuenten con los recursos económicos para cubrir el transporte del tercero.

Derecho a la salud de los niños

La Corte Constitucional reitera que todos los niños tienen el derecho de acceder al sistema de salud con prioridad, sin demoras que ocasionen violación de sus derechos fundamentales y sin barreras de tipo económico que su familia o su responsable no pueda asumir (Corte Constitucional, T-662, 2015).

Los servicios requeridos por un menor que conduzcan a la mejora de su enfermedad, el suministro de medicamentos, el cambio de prestadora, la autorización del tratamiento o de un procedimiento ordenado por su médico tratante, no pueden ser objeto de demora y deben ser resueltos de fondo, sin permitirles a las entidades aseguradoras argumentar razones de tipo administrativo que, por lo general, se convierten en barreras de acceso.

MODULO

CAPÍTULO II.

DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL

La jurisprudencia constitucional ha establecido que el derecho a la seguridad social es un derecho fundamental y un servicio público de carácter obligatorio y progresivo, que se encuentra bajo la dirección, coordinación y control del Estado, además de ser un derecho irrenunciable que debe garantizarse a todos (Const,. 1991).

El ordenamiento jurídico colombiano y la jurisprudencia constitucional, durante largo tiempo, mantuvieron la diferencia teórica entre derechos civiles y políticos, y derechos sociales, económicos y culturales. Se les reconocía a los primeros su carácter fundamental (que los hacía, por consiguiente, amparables a través de la acción de tutela), en tanto que los segundos eran considerados como prestacionales, improcedentes de protección por este mecanismo constitucional.

La Corte Constitucional ha reconsiderado esta jerarquización al reconocer que los derechos llamados de segunda generación son amparables a través de tutela mediante la tesis de conexidad, es decir, cuando se demuestra un nexo entre ellos y un derecho fundamental. Hoy la Corte ha establecido el carácter fundamental de todos los derechos constitucionales, lo cual ha sido argumentado sobre la base de la voluntad del constituyente de protegerlos al incluirlos en la Constitución. Sin embargo, una situación es el carácter fundamental de los derechos y otra, la posibilidad de hacerlos efectivos a través de la acción de tutela.

La implementación de los derechos fundamentales con facetas prestacionales (derecho a la pensión de sobrevivientes) más exigente, en tanto requiere de grandes desembolsos de dinero supone que en algunas ocasiones se adopten políticas legislativas o reglamentarias que determinen las prestaciones exigibles y sus condiciones de acceso, así como las instituciones obligadas y su financiación, en el sentido de que se debe atender a quienes más lo necesitan.

Este desarrollo legislativo y reglamentario permite que, una vez cumplidos los requisitos de procedimiento, las personas puedan acudir a la tutela para lograr la efectiva protección de sus derechos fundamentales siempre que estos se encuentran amenazados. Sin embargo existe la excepción que le permite al juez fallar cuando las autoridades públicas, por omisión, desconocen la conexión existente entre la falta de protección de los derechos fundamentales y la posibilidad de lle-

var una vida digna y de calidad, especialmente en el caso de sujetos con especial protección o en situación de indefensión.

Sistema general de pensiones (SGP)

De la pensión en general

En Colombia la pensión es considerada como un derecho que garantiza que los trabajadores y sus familias estén protegidos durante su vida laboral de tal manera que cuando lleguen a la edad de jubilación logren gozar de una vejez digna y tranquila.

Al efecto, se crearon dos regímenes pensionales: el régimen de prima media con prestación definida (RPMPD) administrado hoy en día por Colpensiones, y el régimen de ahorro individual con solidaridad (RAIS), en el que se cuenta con la participación de fondos privados administrados por las sociedades administradoras de fondos de pensiones. El trabajador de manera personal y voluntaria es quien decide a que administradora se desea afiliar.

Colpensiones cuenta con el respaldo del Estado y los aportes realizados a esta entidad se convierten en semanas cotizadas. Para obtener la pensión se deben cumplir dos requisitos: edad (mujeres 57 y hombres 62 años) y semanas cotizadas (1300 semanas -26 años aproximadamente). El valor de la mesada pensional se calcula promediando el salario de los últimos 10 años; pero, en ningún caso, la pensión podrá ser inferior a un salario mínimo. Colpensiones cuenta con el programa de "Colombianos en el exterior", mediante el cual colombianos que viven o trabajan en España y Chile pueden aportar y recibir su pensión.

Los fondos administran los aportes a través de entidades privadas. Estos aportes son dinero que se invierte en la cuenta individual del afiliado: para obtener la pensión se debe haber ahorrado dinero suficiente para poder financiarla. El valor de la mesada se calcula teniendo en cuenta el grupo familiar, el capital total acumulado, el género y el tiempo estimado de vida. Es de aclarar que, al igual que en Colpensiones, ningún trabajador podrá pensionarse con menos de un salario mínimo.

Para trasladarse de Colpensiones a un fondo privado, o al contrario, se debe estar afiliado a uno o al otro durante mínimo 5 años. Igualmente, debe faltar menos de 10 años para cumplir la edad de pensión, es decir, antes de que las mujeres cumplan 47 años o los hombres, 52.

Para realizar los respectivos aportes, Colombia cuenta con la planilla Pila, a través de la cual se debe aportar el 16 por ciento del salario. Este porcentaje es igual para trabajadores dependientes e independientes, con la diferencia que los primeros aportan el 4 por ciento y el empleador el 12 por ciento restante, mientras que los segundos deben realizar el total del aporte sobre el 40 por ciento de sus ingresos.

En los casos de los trabajadores vinculados al Sisbén y que laboran por días, la ley contempla el aporte por semanas. En este caso, una vez elegida la administradora por parte del trabajador, esta deberá solicitarle una certificación de vinculación al Sisbén o quien lo administra y reportará los datos tanto del trabajador como del empleador al operador de información de pagos, realizando la aclaración de cotización por semanas. La cotización depende del tiempo que labore el trabajador al mes: si es una semana, cotizará sobre una cuarta parte del salario mínimo, si son dos semanas, sobre la mitad; si son tres semanas, sobre tres cuartas partes, y si labora más de 21 días, deberá cotizar sobre la base de un salario mensual completo.

Tipos de pensiones y Beneficios Económicos Periódicos (BEPS)

En Colombia existen tres tipos de pensiones y los BEPS:

La primera es la pensión de vejez, la cual se paga cuando el trabajador cumple dos requisitos: edad y semanas cotizadas. Las personas clasificadas en Sisbén 1 y 2 que no cumplan de manera individual con las semanas requeridas pueden sumarlas con las de su pareja y así obtener la pensión familiar por un salario mínimo.

La segunda es la pensión de invalidez, la cual se adquiere cuando el trabajador pierde el 50 por ciento o más de su capacidad laboral con origen no profesional. Para tener derecho, el afiliado debe haber cotizado 50 semanas como mínimo durante los tres años anteriores a la fecha en la que se produjo el estado de invalidez.

La tercera es la pensión de sobrevivientes, que se otorga a quienes acrediten la calidad de beneficiarios del afiliado, siempre y cuando este haya alcanzado a cotizar 50 semanas durante los tres años anteriores al fallecimiento. Son beneficiarios los integrantes del grupo familiar: cónyuge o compañero (a) permanente; hijos menores de edad, estudiantes entre 18 y 25 años o con discapacidad, y padres que dependían económicamente del cotizante.

En cuanto a los BEPS, este es un programa que hace parte del nuevo modelo de protección para la vejez, el cual beneficia a las personas que no cuentan con los ingresos suficientes para obtener a una pensión. Mediante este programa, el trabajador puede hacer un ahorro flexible y voluntario, para su vejez, cada vez que pueda. Al llegar a la edad de jubilación, el Gobierno premia este esfuerzo aportando un 20 por ciento adicional al monto ahorrado. Son beneficiarios de este programa los mayores de 18 años pertenecientes a los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén, así como los indígenas residentes en resguardos. Para acceder a este beneficio, el interesado debe acercase a un punto de vinculación, con fotocopia de la cédula y el formato de vinculación. Estos trámites son gratuitos y los pueden hacer direc-

tamente los interesados. Para obtener este beneficio, el vinculado debe ahorrar, según cifras de 2016, mínimo $138.000 o realizar 6 aportes de $5.000 cada uno. Sin embargo, entre más se ahorre, mayor será la protección.

Régimen de transición. Empleados públicos. Derechos adquiridos

Con ocasión a una solicitud de carácter particular elevada ante la jurisdicción de lo Contencioso Administrativo para que se declarara la nulidad parcial de una resolución de reliquidación de pensión, debido a que la misma se había decidido con base al salario percibido en los últimos 10 últimos años de servicio, sin tener en cuenta derechos adquiridos, puesto que no se incluyó la totalidad de los factores devengados y no se había aplicado la norma más favorable para el caso en particular (Ley 33 de 1985), la Sección Segunda del Consejo de Estado mediante sentencia del veinticinco (25) de febrero de 2016, decidió favorecer el derecho del accionante, argumentando que se encontraba amparado por el régimen de transición contemplado en la Ley 100 de 1993 y disponiendo como régimen aplicable, en cuanto a condiciones de tiempo, monto y edad, la Ley 33 de 1985.

Por lo anterior, el Consejo de Estado ordenó aplicar de conformidad con la Ley 100 de 1993, todos los factores salariales devengados durante el último año en que prestó sus servicios y que están contemplados en el Decreto 1158 de 1994, con el fin de establecer el ingreso base de liquidación (IBL).

La Sentencia del Consejo de Estado, argumentada en el derecho a la igualdad y en los principios de progresividad y no regresividad, sumado a que históricamente había tomado decisiones en las cuales unificaba el criterio del reconocimiento de los factores salariales como parte del ingreso base de liquidación de la pensiones cobijadas por el régimen de transición, fija criterios claros sobre el cálculo de las pensiones para los servidores públicos que están amparados en este régimen, indicando que las liquidaciones se deben hacer promediado los salarios certificados por el empleador en su último año de servicio laborado y que fueron aportados como cotización a la seguridad social. Bajo esa premisa, consideran que las administradoras de los fondos de pensiones, no pueden desconocer la jurisprudencia que por más de dos décadas ha sido ratificada (Consejo de Estado, 4683-2013, 2016).

Es de anotar que con esta sentencia, el Consejo de Estado se aparta de los criterios fijados por la Corte Constitucional en la Sentencia 230 de 2015, en lo que concierne al IBL.

En consideración de dicha sentencia, la Defensoría del Pueblo en conjunto con la Procuraduría General de la Nación, profirió la Circular Conjunta No. 004 del 12

de abril de 2016, dirigida al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio del Trabajo, a la Administradora Colombiana de Pensiones (COLPENSIONES), a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), a la Comisión Intersectorial del Régimen de Prima Media con Prestación Definida del Sistema General de Pensiones, entre otras, en la que se hace relación a los criterios establecidos por el Consejo de Estado sobre derechos adquiridos.

En virtud de la circular, tanto el Procurador General de la Nación como el Defensor del Pueblo, en su calidad de representantes del Ministerio Público, solicitaron a las autoridades competentes, para acatar y verificar el cumplimiento de la ley y la jurisprudencia, en lo concerniente al IBC, aplicando las directrices establecidas en el reconocimiento de las pensiones de prima media y, advirtiendo sobre la responsabilidad disciplinaria y fiscal en que podrían incurrir por su no acatamiento.

Criterios decisorios adoptados por la Honorable Corte Constitucional en 2015. Jurisprudencia

Indemnización sustitutiva y devolución de saldos

La Ley 100 (1993) consagró el Sistema de Seguridad Social Integral atendiendo lo establecido en la Constitución Política en su Artículo 48 según el cual

> la seguridad social es un servicio público obligatorio, irrenunciable, que debe ser ampliado de manera progresiva para asegurar sus beneficios a todos los habitantes del territorio nacional bajo los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad y cuya dirección, coordinación y control se está en cabeza del Estado.

La intención de la norma es garantizar los derechos irrenunciables de las personas, para que puedan vivir con dignidad a través de un sistema que proteja las contingencias que las puedan perjudicar, asegurando el pago de prestaciones económicas a quienes cuenten con relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse.

Es así como en este sistema se incluyó el pensional, donde como ya se mencionó, se incluyeron dos regímenes (RPMPD y el RAIS), los cuales incluyen prestaciones económicas y requisitos (diferentes en los dos regímenes) a cumplir por los afiliados para consolidar sus derechos. Ambos regímenes coinciden en el reconocimiento de las pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes. Sin embargo, cuando no se logra esta expectativa, por las razones que sean, en el RPMPD se estableció la indemnización sustitutiva de la pensión y en el RAIS la devolución de saldos.

La indemnización sustitutiva es un mecanismo diseñado para aliviar la situación de la persona que habiendo cumplido la edad requerida para la pensión, no alcanza a cotizar las semanas exigidas y se encuentra impedida para continuar cotizando al sistema. La devolución de saldos en esencia es lo mismo, pero difiere ya que se asegura la devolución de todos los aportes que el trabajador haya efectuado con sus rendimientos y no un porcentaje aproximado, debido a que las personas poseen sus cuentas individuales de ahorro y sus dineros no hacen parte de un fondo común.

Desde el debate de la norma se garantizó que los aportes realizados por los trabajadores que no alcanzaran a adquirir su pensión, a pesar del cumplimiento de la edad, les serían devueltos a través de uno de los mecanismos enunciados, pero que por ningún motivo ni los fondos privados, ni en la actualidad Colpensiones, se podrían quedar con esos dineros, ni con sus rendimientos financieros.

Conforme lo anterior para la Corte Constitucional es claro que tanto la devolución de saldos como la indemnización sustitutiva constituyen un auxilio económico para las personas con edad pensional pero sin semanas suficientes para adquirir su derecho pensional y que busca evitar la posible afectación de sus derechos fundamentales, principalmente, al mínimo vital y a la vida en condiciones dignas. Por tal motivo, estas dos figuras constituyen un derecho imprescriptible, irrenunciable y suplementario, ya que este ahorro le pertenece al trabajador ya que fue él quien realizó estos pagos y por tanto, cuenta con el derecho de disfrutarlo (Corte Constitucional, T-100, 2015).

Al comienzo del sistema y como "periodo de transición" ante la creación del RAIS, se estableció la exigencia de cotización mínima de 500 semanas con el fin de evitar el traslado masivo de los afiliados al RPMPD que se encontraban pronto al cumplimiento de la edad exigida para la pensión, lo que hubiese significado el desembolso de costosos bonos pensionales causando graves problemas financieros al entonces ISS. Esta circunstancia y la modificación de los requisitos para acceder a la pensión de vejez ocasionó la consagración del régimen de transición con el propósito de "(i) evitar traumatismos en el funcionamiento del nuevo régimen de ahorro individual y (ii) proteger las expectativas de las personas que habían cotizado cierto tiempo mientras se encontraban vigentes reglas anteriores ".

El derecho a la pensión y su imprescriptibilidad

El derecho a la seguridad social desprende el derecho a la pensión de jubilación consistente en recibir un pago mensual calculado de acuerdo a factores establecidos en la ley dependiendo la situación de cada afiliado. Es un derecho fundamental cuyo objetivo es que las personas que han laborado durante toda su vida cuenten en su retiro, con condiciones económicas que le permitan tener una vida digna.

Es por ello que la jurisprudencia constitucional ha reiterado su imprescriptibilidad con base a lo establecido en el Artículo 48 de la Constitución, a los principios de solidaridad, vida digna y a la especial protección que el Estado debe tener con las personas de la tercera edad (Corte Constitucional, SU-298, 2015). Dicha corporación ha establecido que

> la pensión de jubilación, vejez e invalidez, entre otras, no admiten una prescripción extintiva del derecho en sí mismo como cualquier otra clase de derechos, lo cual no significa que se atente contra el principio de seguridad jurídica; por el contrario, constituye un pleno desarrollo de principios y valores constitucionales que garantizan la solidaridad que debe regir en la sociedad, la protección y asistencia especial a las personas de la tercera edad, para mantener unas condiciones de vida digna, así como el derecho irrenunciable a la seguridad social (C.P., arts. 1, 46 y 48), determinando a su vez una realización efectiva del valor fundante que impone la vigencia de un orden económico y social justo, dentro de un Estado social de derecho.

Sin embargo, la Corte Constitucional ha concluido que aunque el derecho a la pensión es imprescriptible, las mesadas pensionales no lo son por lo que deben ser reclamadas durante un lapso determinado de tres años, so pena de perder el derecho a recibirlas.

Ahora, respecto al derecho a reclamar la reliquidación de la pensión, dicha corporación ha establecido como regla que

> sí una entidad encargada del reconocimiento de una pensión vulnera el derecho fundamental a la correcta liquidación de la misma, el afectado no puede renunciar a reclamar lo debido, y por tanto, no resulta razonable ni proporcionado sancionarlo con la prescripción de la acción para hacer efectivo su goce.

Aunque la línea jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia sostiene que el derecho a reclamar la reliquidación prescribe en tres años, para la Corte Constitucional dicha postura desconoce su jurisprudencia, según la cual, en aplicación de los principios de favorabilidad, irrenunciabilidad e imprescriptibilidad, las personas a quienes se les ha reconocido la pensión tienen derecho a que dicha prestación sea liquidada debidamente, según el régimen legal aplicable, sin que proceda la prescripción.

En conclusión, "ante una incorrecta liquidación pensional, resulta desproporcionado imponer un plazo específico para la reclamación porque el accionado no puede renunciar a solicitar que se le pague de la forma correcta".

De conformidad con lo anterior, las solicitudes de reclamación con el fin de obtener la reliquidación de la pensión para la inclusión de factores salariales, no

prescriben, pues sería contrario a lo establecido en el Artículo 53[6] de la Constitución. Sin embargo, las mesadas pensionales sí deberán ser reclamadas a más tardar tres años después de haberse causado. Los jueces deberán analizar las reliquidaciones pensionales para inclusión de nuevos factores a fin de calcular el salario, pero las mesadas pensionales siguen siendo objeto de la prescripción que estipula la ley.

Del pago de incapacidades médicas de origen común

Considerando que el salario es generalmente el único ingreso de un trabajador y de su familia, cuando éste se encuentra enfermo y debe dejar de trabajar, su sustento económico puede afectarse, razón que motivó a que se estableciera mediante norma la entrega de un auxilio mientras el trabajador se encuentra incapacitado, el cual suple el salario y permite al trabajador recuperarse sin preocupaciones.

El no pago de este auxilio amenaza claramente los derechos al mínimo vital y a la salud del trabajador, quien frente a la imposibilidad de contar con recursos para su supervivencia, se puede ver obligado a continuar con sus labores sin recuperarse, ocasionándose en la mayoría de los casos, complicaciones adicionales (Corte Constitucional, T-372, 2015).

El sistema de salud estableció que el pago de este auxilio puede estar a cargo del empleador, de la EPS o del fondo de pensiones, dependiendo del periodo en el que se presente la incapacidad médica. Es así como al primero le corresponde el pago de los dos primeros días de la incapacidad, a partir del tercer día, la EPS a la que se encuentra afiliado el trabajador, asume esta obligación hasta que se cumplan 180 días de incapacidad, en cuyo periodo de conformidad con lo estipulado en el Decreto 19 de 2012, la EPS respectiva deberá examinar al afiliado antes de que el paciente cumpla 120 días de incapacidad, emitir un concepto de rehabilitación, si la hay, y enviarlo al fondo de pensiones antes de que se cumplan 150 días.

6 El Congreso expedirá el estatuto del trabajo. La ley correspondiente tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales: Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad.
El estado garantiza el derecho al pago oportuno y al reajuste periódico de las pensiones legales.
Los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados, hacen parte de la legislación interna.
La ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo, no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores.

Si dicho concepto es favorable, el fondo de pensiones deberá continuar pagando al trabajador el auxilio económico por concepto de las incapacidades que prescriba el médico tratante, por un término no mayor a 540 días sumando los primeros 180 días. Pero si el concepto es desfavorable, la administradora de pensiones deberá remitir el caso a la junta de calificación de invalidez para la determinación del porcentaje de pérdida de la capacidad laboral.

Si la calificación es igual o superior al 50 por ciento y el afiliado cumple con los requisitos, el fondo deberá reconocer la pensión de invalidez, pero si es inferior, el trabajador deberá ser reintegrado a su cargo con las recomendaciones respectivas de conformidad con su situación.

Sin embargo, en el tiempo que transcurra el trámite de reconocimiento de la pensión de invalidez, el fondo de pensiones deberá continuar efectuando el pago de las incapacidades laborales.

Para el reconocimiento de la pensión de invalidez, (Ley 860, 2003) el afiliado debe acreditar una densidad en las cotizaciones relativa a "cincuenta (50) semanas dentro de los últimos tres (3) años inmediatamente anteriores a la fecha de estructuración". Según la Corte, la fecha de estructuración de la invalidez se constituye a partir del momento en que la persona ha perdido la capacidad de laborar, por lo que le es imposible seguir cotizando al sistema y debe ser establecida a través de un dictamen médico realizado por las entidades competentes.

Dicha fecha es importante para el reconocimiento pensional, ya que desde ese momento es que el fondo cuenta los aportes efectuados por el afiliado para verificar el cumplimiento de este requisito. Al respeto, se ha evidenciado el problema que se presenta cuando las juntas de calificación establecen la fecha de estructuración atendiendo al momento en el que se presentan los primeros síntomas de la enfermedad, el cual no coincide con la fecha en la que el afiliado perdió en forma definitiva su capacidad para laborar.

Es así que cuando se diagnostica una enfermedad que por su carácter progresivo permite después de su diagnóstico continuar con la actividad laboral y por consiguiente cotizando, el análisis de la fecha de estructuración tiene que definirse a partir de la realidad material del trabajador y teniendo en cuenta el momento en el que perdió su capacidad laboral en forma definitiva y permanente, como es el caso de personas con enfermedad crónica, degenerativa o congénita.

La fecha de estructuración de invalidez en caso de enfermedad crónica y degenerativa debe determinarse a partir de la realidad laboral del afiliado y tomando en cuenta el momento en el que perdió en forma definitiva y permanente su capacidad para ejercer una actividad laboral.

Sistema general de riesgos laborales

Los riesgos laborales en Colombia

El Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan. También hacen parte las disposiciones sobre salud ocupacional que se relaciona con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como del mejoramiento de las condiciones de trabajo.

Su propósito es responder a las necesidades de prevención, protección y atención a los trabajadores, frente a enfermedades y accidentes que puedan ocurrir con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan. Funciona bajo un esquema de aseguramiento para la población trabajadora, que cubre las contingencias antes enunciadas a través de prestaciones asistenciales y económicas.

Este aseguramiento está enfocado en la protección financiera de la población que labora frente a los riesgos económicos y en salud asociados a su trabajo.

Del mecanismo de compensación monetaria en el SGRL.

El Ministerio del Trabajo (Decreto 2509, 2015) señaló los términos y condiciones específicos del mecanismo de compensación monetaria en el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL), el cual debe ser aplicado entre las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y su incumplimiento acarrea sanciones. Este mecanismo tiene como objeto corregir los efectos de la concentración de los riesgos en el SGRL, sus consecuencias financieras y la adopción de medidas que mitiguen la concentración de dichos riesgos.

Los ministerios de Hacienda y del Trabajo son los encargados de realizar los cálculos y de determinar los valores de compensación.

Este mecanismo fue definido a partir de 2015 y establece que en los años siguientes, el Gobierno deberá determinar, a partir del seguimiento de los niveles de concentración del riesgo, las modificaciones a la metodología de la compensación monetaria o la adopción de mecanismos alternativos de distribución de los riesgos.

Hacen parte del mecanismo las actividades económicas por clases de riesgo, previstas en el Decreto 1607 del 2002, que pertenecen a uno de los siguientes conjuntos: alto riesgo inherente con alta incidencia siniestra, alta concentración de

riesgo con alta incidencia siniestra, alta concentración de riesgo con alto riesgo inherente y alta incidencia siniestra.

La indemnización sustitutiva o la devolución de saldos, no impide obtener prestaciones del sistema general de riesgos

Con ocasión a la cobertura de los riesgos laborales, la Superintendencia Financiera con concepto 2015070604, de agosto de 2015, estableció que los afiliados al sistema pensional que hayan recibido devolución de saldos o indemnización sustitutiva, pero que se vinculen laboralmente mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, deberán afiliarse al sistema general de riesgos, en cuyo caso, tienen derecho a las prestaciones asistenciales (salud) y económicas (subsidio por incapacidad temporal, indemnización por incapacidad permanente parcial, pensión de invalidez, pensión de sobrevivientes y auxilio funerario) frente a accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

La subrogación no procede por pago de pensión de sobrevivientes a cargo de ARL

El pago de la pensión de sobrevivientes por parte de la ARL no la autoriza para promover la recuperación de las sumas canceladas, pues esa es una obligación propia de su función (Corte Suprema de Justicia, SC-17494, 2015).

Es de anotar que de conformidad con las normas que regulan el sistema, la afiliación siendo esta obligatoria para el empleador le establece el compromiso de cumplir con las cotizaciones respectivas, por lo que una vez que ocurra un siniestro se causa la obligación de la ARL. Para el pago a que haya lugar, la administradora deberá disponer de los recursos que el empleador, a través de las cotizaciones, ha entregado previamente. Si el empleador no cumple con la afiliación o con las cotizaciones, le corresponderá asumir la prestación respectiva.

La ARL por disposición legal recibe del empleador cotizaciones para satisfacer en el momento oportuno y una vez cumplidas las exigencias legales, las contingencias provenientes de los accidentes de trabajo y de las enfermedades laborales, entre las cuales se encuentra la pensión de sobrevivientes.

Entendiendo que la pensión de sobrevivientes proviene de una relación laboral en tanto que la indemnización tiene su origen en el daño ocasionado, las dos prestaciones son acumulativas, sin que el reconocimiento de la indemnización no excluya la otra, ya que la pensión de sobrevivientes no es una prestación de naturaleza indemnizatoria.

De lo anterior se deduce, que para calcular los daños patrimoniales futuros, no interesa que los beneficiarios hayan adquirido la pensión de sobrevivientes ya que la existencia de la pensión no tiene ningún nexo de causalidad con las contribuciones patrimoniales o las utilidades económicas que presumiblemente el fallecido hubiese podido aportar a sus familiares. Además es claro que en el caso de la indemnización, cualquier persona puede pedir el resarcimiento de perjuicios mientras que en la pensión, los beneficiarios están establecidos por ley, en orden y proporción, siempre que cumplan los requisitos legales y por el tiempo que la norma determina, independiente de que la muerte les reporte un perjuicio patrimonial.

Criterios decisorios en riesgos laborales adoptados por la Corte Constitucional en 2015. Jurisprudencia.

Excepciones a las reglas fijadas por el legislador para el pago de las Incapacidades y para el trámite de calificación de pérdida de la capacidad laboral

El Articulo 55 de la Ley 1438 (2011) prohíbe el cobro de sanciones por inasistencia a las citas médicas programadas para los cotizantes, beneficiarios y vinculados del sistema de salud, estableciendo que el Ministerio de Salud y de la Protección Social debería diseñar un mecanismo pedagógico para incitar a los usuarios a asistir a las mismas.

Como resultado, el ministerio y la superintendencia divulgaron la prohibición contenida en el Artículo 55 de la mencionada ley, además de comunicar a la ciudadanía y a las entidades que conforman el sistema de salud, la posibilidad de imponer sanciones a las EPS, EPSS, entidades territoriales, y prestadores de servicios de salud que incumplieran con la misma. Igualmente, invitaron a los usuarios a cumplir o cancelar las citas médicas programadas, y a denunciar cualquier irregularidad en relación con el cobro de multas.

Considera la Corte que si el usuario de salud no accede al servicio (cita médica, medicamento, procedimiento, examen, etc.) no existe el deber correlativo de contribuir con el financiamiento del sistema; y, si la EPS cobra el valor del servicio que no prestó, el cobro no sería de naturaleza de un pago moderador, por lo que no tendría origen legal (Corte Constitucional, T-248, 2015).

Aunque es claro que los usuarios del sistema de salud deben asumir contribuciones legales, según su posibilidad económica7, estos recursos tienen una destinación específica, por lo que no resulta razonable que a los usuarios se les cobre

7 La capacidad económica está establecida en un principio, por el monto del ingreso base de cotización,

sumas de dinero por servicios no recibidos y que el legislador no ha previsto dentro del sistema o que no cuenten con una destinación específica y pública.

De conformidad con lo anterior, en estos casos la EPS vulnera el derecho fundamental al debido proceso de un usuario al exigirle el pago de una suma de dinero que no es factible cobrar de conformidad con la regulación legal vigente y, de los derechos fundamentales a la salud y al mínimo vital del usuario, cuando con base en una presunta mora en el pago de una suma de dinero, le niega el acceso a una prestación derivada del Sistema de Salud.

En cuanto a las reglas fijadas por el legislados respecto al pago de las incapacidades y al trámite de calificación de pérdida de la capacidad laboral, si se presentas excepciones.

La norma prevé un periodo por incapacidad de hasta por 180 días a cargo de la EPS, ante la posibilidad de que el usuario recupere su salud y continúe ejerciendo la actividad laboral con la cual cubría sus necesidades básicas. Cuando termina este periodo puede presentarse dos circunstancias, que la EPS expida un certificado de rehabilitación de la salud del usuario, o uno de no rehabilitación. En el caso de que el dictamen sea favorable, el fondo de pensiones al que se encuentre afiliado el usuario deberá continuar pagando un subsidio por incapacidad (valor de las incapacidades); pero si el dictamen es desfavorable, debe iniciar el trámite de calificación de la pérdida de capacidad laboral. Lo anterior implica que en caso de favorabilidad en el concepto, éste le permite al fondo de pensiones posponer hasta por 360 días adicionales a los primeros 180, el trámite de calificación.

Sin embargo, si la enfermedad común que padece el usuario fue calificada por los especialistas como enfermedad terminal, no es viable esperar el concepto de rehabilitación favorable, es decir de posponer la calificación de la pérdida de su capacidad laboral a la espera de un diagnóstico de rehabilitación favorable. En estos casos se requiere la resolución pronta del derecho a la pensión de invalidez para garantizar a los usuarios vivir el final de su existencia en condiciones materiales de dignidad.

En estos casos, se requiere un concepto de los especialistas tratantes en el que se determine si el paciente es terminal y si el riesgo de muerte es inmediato o no, en cuyo caso si se considera inmediata, es decir, si puede suceder antes de que se cumplan los primeros 180 días de incapacidad, le corresponde a la EPS enviar al Fondo de Pensiones la petición de calificación de la pérdida de capacidad laboral del usuario y, con base en el resultado de ese dictamen proceder a reconocer la pensión o continuar pagando el valor de las incapacidades expedidas por la EPS.

No puede darse un trato igual a los usuarios que padecen una enfermedad terminal, frente a aquellos que en principio, tienen una expectativa legitima de rehabi-

litación, por lo que los pacientes que se encuentran incapacitados por razón de una enfermedad terminal, cuya expectativa de vida sea menor a un término de 180 días, tienen derecho a que se les inicie el trámite de calificación de su pérdida de capacidad laboral inmediatamente se conozca el dictamen médico en el que se fije la probabilidad de vida.

Conforme a lo mencionado, los usuarios del sistema de salud tienen derecho a:

(i) que no se les cobren multas, sanciones o sumas de dinero por inasistencia a citas médicas programadas. Si una EPS contraría dicha prohibición, desconoce el derecho fundamental al debido proceso del usuario, y si además, con base en la presunta mora le suspende, dilata o niega el acceso a un servicio médico o una prestación económica a que tiene derecho, vulnera también sus derechos fundamentales a la salud y al mínimo vital.

(ii) Las incapacidades por accidente o enfermedad de origen común que se generen por un periodo hasta de 180 días, corresponde pagarlas a las entidades promotoras de salud. Las surgidas desde el día 181 en adelante, debe pagarlas la administradora de fondo de pensiones (subsidio por incapacidad), hasta que se efectúe el trámite de calificación de la pérdida de capacidad laboral del interesado, previa remisión por parte de la EPS de un informe relacionado con el estado de salud actual del usuario y la posibilidad cierta de recuperación.

(iii) Los usuarios del Sistema General de Seguridad Social que se encuentran incapacitados por razón de una enfermedad terminal, cuya expectativa de vida sea muy poca, tienen derecho a que se les inicie el trámite de calificación de su pérdida de capacidad laboral inmediatamente se conozca el dictamen médico en el que se fijaron sus condiciones de salud.

(iv) Los obstáculos al acceso a las prestaciones asistenciales y económicas del Sistema Público de Salud para los usuarios que padecen enfermedades terminales, les imposibilitan alcanzar el nivel más alto posible de bienestar físico y mental, situación que se contradice con la concepción finalista del derecho a la salud construida en el marco del derecho internacional de los derechos humanos y la jurisprudencia constitucional. Estas barreras, así como las fallas en la calidad de la atención que constantemente enfrentan, les impiden vivir en condiciones mínimas de dignidad, y se convierten en una amenaza constante a su derecho fundamental a la vida. En consecuencia, las entidades que componen el Sistema Público de Salud deben ser especialmente sensibles a los requerimientos de estos usuarios, y brindarles servicio oportuno e integral, de manera que se preserven los componentes básicos de su dignidad, derecho fundamental que constituye el fin primordial del Estado constitucional de derecho.

Derecho a la calificación de la pérdida de capacidad laboral

Las normas sobre riesgos laborales disponen que cuando ocurra un accidente laboral o una enfermedad profesional, el afiliado tiene derecho a recibir, el servicio asistencial de salud y las prestaciones económicas8 y, los beneficiarios, la pensión de sobrevivientes en el caso de la muerte del afiliado.

Para tener derecho al reconocimiento de alguna de las prestaciones enunciadas, se requiere de la calificación de la pérdida de capacidad laboral, que es un mecanismo que permite fijar el porcentaje de afectación del "conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que le permiten al individuo desempeñarse en un trabajo habitual". Esta valoración tiene lugar independientemente de si la causa es profesional o común.

Por lo anterior, la clasificación de la pérdida de capacidad laboral ha sido catalogada como un derecho que cobra importancia al ser el medio que permite la garantía y protección de otros derechos fundamentales como el de la salud, la seguridad social y el mínimo vital. En el caso pensional, permite determinar si la persona tiene o no derecho a su reconocimiento (al establecerse el porcentaje) y permite que se especifique, desde el punto de vista médico, las causas que originan la disminución de la capacidad laboral.

Esta calificación debe atender las características de cada persona, ya que no solo puede ser consecuencia directa de una enfermedad o accidente de trabajo, sino también, de patologías que resulten de la evolución de la enfermedad o del accidente, o de una situación que puede tener un origen común.

Igualmente se puede dar la situación que al momento del accidente o de la enfermad no se produzca ninguna afectación, pero que con el trascurso del tiempo se presenten secuelas que agravan más la condición de salud de la persona, dando lugar a la valoración de la pérdida de capacidad laboral, para establecer las causas que verdaderamente originaron la disminución de su capacidad de trabajo y el estado de la invalidez.

Por tal motivo la valoración de la pérdida de capacidad laboral no tiene tiempo perentorio para su ejercicio, debido a que la realidad en que el afiliado la requiere depende de sus condiciones de salud, el grado de evolución de la enfermedad o del proceso de recuperación o rehabilitación que le hayan prestado.

La negación del derecho a la valoración así como su dilación, afecta los derechos fundamentales de la persona ya que de no hacerse a tiempo puede generar complicación del estado físico o mental del asegurado, además de que lo somete a una condición de

8 Se determinan de acuerdo a las secuelas de la enfermedad o el accidente. Son: incapacidades temporales, subsidios por incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial, y pensión de invalidez según la gravedad de la pérdida de capacidad laboral.

indefensión debido a que necesita esa valoración para precisar la entidad -fondo de pensiones o administradora de riesgos laborales- que será responsable del pago de las prestaciones económicas y asistenciales (Corte Constitucional, T-332, 2015).

Normatividad aplicable según el tipo de incapacidad

El no reconocimiento de las incapacidades laborales afecta derechos fundamentales como la salud, la vida en condiciones dignas, el mínimo vital del trabajador y de su núcleo familiar, ya que en la mayoría de los casos, constituye el único sustento. Con ocasión al mínimo vital, la jurisprudencia constitucional presume que constituye la única fuente de ingreso con la que el trabajador puede garantizar su subsistencia y la de su familia, tal como ocurre con su salario, por lo que su reclamación por otras vías judiciales es procedente cuando su no pago oportuno no afecta derechos de orden constitucional. En caso contrario, se hace necesaria la intervención del juez de tutela con el fin de contrarrestar el perjuicio irreparable al que se ve sometido el trabajador y su familia (Corte Constitucional, T-490, 2015).

Al respecto el sistema ha establecido incapacidades dependiendo de su origen (común o profesional), las cuales determinan la entidad encargada del pago. Respecto a las primeras, la norma establece que el empleador debe asumir el pago de la incapacidad durante los dos (2) primeros días. A partir del tercer día y hasta el día 180, le corresponde a la EPS a la cual se encuentra afiliado el trabajador, lo cual concuerda con el auxilio monetario estipulado en el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo que estipula que el trabajador tiene derecho a que se le pague las dos terceras (2/3) partes del salario durante los primeros 90 días, y la mitad del salario por el tiempo restante. Dicho Artículo también cobra vigencia cuando el empleador no afilia a sus trabajadores, cuando el trabajador no cuenta con el número de semanas cotizadas, cuando el empleador está en mora en el pago de las mismas sin que la EPS se hubiesen allanado a la misma y cuando el empleador no informa sobre el motivo concreto de la incapacidad.

Para acceder a las prestaciones económicas generadas por la incapacidad, los trabajadores deberán haber cotizado como mínimo cuatro (4) semanas en forma ininterrumpida y completa antes de la estructuración de la incapacidad, tal como lo establece el artículo 9 de la Ley 783 de 2000; y según el artículo 121 del Decreto Ley 019 de 2012, es el empleador quien debe tramitar el reconocimiento y pago de las incapacidades ante las EPS.

Si la incapacidad es de origen laboral, le corresponde a la ARL asumir el pago de todas las prestaciones desde el primer día hasta su reincorporación al trabajo; su indemnización por calificación parcial permanente, o hasta que adquiera la pensión de invalidez por tener calificación superior al 50 por ciento.

VENTANILLA 9

CAPÍTULO III.

ANÁLISIS DE LAS TUTELAS INTERPUESTAS EN COLOMBIA DURANTE EL AÑO 2015

Objetivos

Objetivo general

Analizar el comportamiento de las tutelas interpuestas en Colombia durante 2015, verificar las solicitudes más frecuentes en las tutelas que invocan los derechos a la salud y a la seguridad social y comparar los resultados con los años anteriores para evidenciar los cambios y obtener conclusiones que permitan a la Defensoría del Pueblo presentar recomendaciones para el logro del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, como lo ordena la Ley Estatutaria en Salud.

Objetivos específicos

- Cuantificar las tutelas interpuestas en Colombia durante 2015.
- Determinar los derechos más invocados en las tutelas.
- Identificar las entidades territoriales del país donde se interponen las tutelas.
- Establecer la participación de las tutelas que invocan los derechos a la salud y a la seguridad social en el contexto de las tutelas en general.
- Identificar las entidades contra las cuales se interpone el mayor número de tutelas.
- Señalar la orientación judicial de las decisiones en primera instancia.
- Identificar las entidades promotoras de servicios de salud (EPS) que mayor número de tutelas concentran.
- Identificar las entidades con el mayor número de tutelas por violaciones al derecho a la seguridad social.
- Identificar el contenido más frecuente de las tutelas que invocan los derechos a la salud y a la seguridad social.
- Establecer los contenidos del POS y no POS incluidos en las tutelas que invocan el derecho a la salud.

- Identificar los diagnósticos más frecuentes registrados en las acciones de tutela para reclamar servicios de salud.

Aspectos metodológicos

El análisis de la información comprende las acciones de tutelas que llegaron a la Corte Constitucional en 2015 y que fueron enviadas por los distintos Juzgados del país, en cumplimiento del Artículo 32 del Decreto 2591 de 19919.

El estudio se divide en tres partes: la primera comprende al análisis comparativo de las tutelas interpuestas en el país durante 2015 frente a las tutelas interpuestas en 2014. En este análisis se determina el comportamiento, los derechos invocados, las entidades accionadas y los lugares donde se interponen las mismas.

La segunda parte se centra en el universo de tutelas que invocaron los derechos a la salud y a la seguridad social en los últimos dos años; además de efectuar un análisis de las variables de la primera fase, se verifican aspectos relacionados con la orientación de las decisiones de los jueces y la identificación de las entidades demandadas.

La última parte comprende un análisis específico de los hechos narrados por los accionantes en las tutelas que contienen los derechos a la salud y a la seguridad social.

En el caso del derecho a la salud, inicialmente se hace un análisis sobre el universo de las que contiene este derecho. Posteriormente se realiza un análisis más profundo sobre una muestra representativa de 3.081 tutelas seleccionadas a través de muestreo aleatorio estratificado. Con base en los hechos narrados por el accionante se determinan los servicios médicos solicitados, los cuales se clasifican en incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), o no incluidos (NO POS). Para dicha clasificación se tiene en cuenta la normatividad vigente a diciembre de 2015.

En lo que respecta al derecho a la seguridad social, el análisis se realiza sobre las tutelas que contienen este derecho y no contienen el derecho a la salud. Inicialmente se hace un análisis descriptivo y posteriormente se hace una clasificación de las solicitudes con base en una muestra representativa de 1.500 tutelas seleccionadas a través de muestreo aleatorio estratificado.

La recolección de la información se hizo directamente sobre los expedientes físicos que reposaban en la Corte Constitucional, para lo cual se elaboraron dos (2) fichas de recolección (Anexos 1 y 2). La información fue registrada tal como

9 El juez, de oficio o a petición de parte, podrá solicitar informes y ordenar la práctica de pruebas y proferirá el fallo dentro de los 20 días siguientes a la recepción del expediente. Si a su juicio, el fallo carece de fundamento, procederá a revocarlo, lo cual comunicará de inmediato. Si encuentra el fallo ajustado a derecho, lo confirmará. En ambos casos, dentro de los diez días siguientes a la ejecutoria del fallo de segunda instancia, el juez remitirá el expediente a la Corte Constitucional, para su eventual revisión.

aparece en los hechos narrados por los accionantes en las tutelas. Se incluyó marca o principio activo, gramaje, concentración y presentación para el caso de los medicamentos y especificaciones especiales en las otras solicitudes de servicios, de tal manera que se pueda identificar claramente si se encentran o no en el POS.

Descripción de las muestras

Muestra de las tutelas que invocan el derecho a la salud

Marco muestral: Tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional durante 2015 que corresponden a 151.213.

Población objetivo: Tutelas que contienen vulneraciones al derecho a la salud, interpuestas en 2015.

Modelo de muestreo: Tipo aleatorio estratificado por departamento con asignación proporcional, con un nivel de confianza del 95 por ciento y un margen de error de 1,6 por ciento.

Tamaño de la muestra: 3.081 tutelas.

Unidad de análisis: Tutela en la cual el accionante invoca como derecho vulnerado el derecho a la salud, bien que esté solo o en conjunto con otros derechos.

Muestra de las tutelas que invocan el derecho a la seguridad social

Marco muestral: Tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional durante 2015, que corresponden a 25.013.

Población objetivo: Tutelas que contienen vulneraciones al derecho a la seguridad social y no contienen el derecho a la salud, interpuestas en 2015.

Modelo de muestreo: Tipo aleatorio estratificado por departamento con asignación proporcional, con un nivel de confianza del 95 por ciento y un margen de error de 2,5 por ciento.

Tamaño de la muestra: 1.500 tutelas.

Unidad de análisis: Tutela en la cual el accionante invoca como derecho vulnerado el derecho a la seguridad social y no invoca el derecho a la salud.

Resultados

La tutela en Colombia durante 2015

La interposición de tutelas en Colombia, continua su ritmo creciente desde que se creó esta figura en la Constitución Política de 1991, entre el año 2014 y 2015 se presenta el incremento porcentual más alto en los últimos 11 años, (23,34 por ciento) y la cifra absoluta más alta de la serie. En efecto, 614.520 acciones llegaron a los distintos juzgados del país por presuntas violaciones a los derechos fundamentales, las cuales fueron remitidas a la Honorable Corte Constitucional para una eventual revisión (Tabla 4).

Tabla 4. Registro de tutelas en Colombia. Periodo 1992-2015

AÑO	N° Tutelas	Crecimiento anual %	N° de tutelas por cada 10.000 habitantes	Crecimiento anual %
1992	10.732		3,02	
1993	20.181	88,05	5,57	84,48
1994	26.715	32,38	7,25	30,03
1995	29.950	12,11	7,99	10,28
1996	31.248	4,33	8,21	2,70
1997	33.663	7,73	8,71	6,15
1998	38.248	13,62	9,76	12,03
1999	86.313	125,67	21,72	122,56
2000	131.764	52,66	32,70	50,52
2001	133.272	1,14	32,65	-0,14
2002	143.887	7,96	34,82	6,62
2003	149.439	3,86	35,71	2,57
2004	198.125	32,58	46,76	30,95
2005	224.270	13,20	52,29	11,82
2006	256.166	14,22	59,02	12,86
2007	283.637	10,72	64,57	9,41
2008	344.468	21,45	77,50	20,01
2009	370.640	7,60	82,41	6,34
2010	403.380	8,83	88,64	7,56
2011	405.359	0,49	88,04	-0,68
2012	424.400	4,70	91,13	3,51
2013	454.500	7,09	96,45	5,84
2014	498.240	17,40	104,54	14,71
2015	614.520	23,34	127,49	21,95
Total	5.313.117			

Fuente: Corte Constitucional, Proyecciones de población DANE
Cálculos: Defensoría del Pueblo

El indicador de número de tutelas por cada 10.000 habitantes se ubica en 127,49 acciones en 2015, frente a 104,54 de 2014, lo que indica un crecimiento de 21,95 por ciento. Esta variación es superior al crecimiento poblacional, el cual según las proyecciones del Departamento Nacional de Estadística (DANE), es de 1,14 por ciento para el periodo. Este incremento, que se observa año tras año, indica el alto grado de credibilidad de la tutela como el medio de defensa jurídico más oportuno y eficaz con que cuentan los colombianos para la protección de sus derechos fundamentales; las cifras globales de tutelas revelan que cada 51 segundos se interpone una tutela en cualquier entidad territorial del país.

Los derechos invocados en las tutelas

El derecho de petición es el más invocado en Colombia con 287.770 tutelas y aparece en el 46,83 por ciento de las mismas, con un incremento del 11,32 por ciento, respecto al valor absoluto de 2014. (Tabla 5) (Gráfica 1).

En segundo lugar se encuentran las violaciones al derecho fundamental a la salud con 151.213 acciones, equivalentes al 24,61 por ciento de los casos y presenta una variación de 27,84 por ciento en relación con el año anterior.

En tercer renglón está la solicitud de protección a otros derechos económicos, sociales y culturales (DESC) entre los que se incluyen: violaciones al mínimo vital, vivienda digna, recreación, propiedad privada, unidad familiar y ayuda humanitaria. Estos derechos tienen una frecuencia de 127.775 tutelas que representan el 20,79 por ciento del total, un 59,79 por ciento superior al observado en el periodo anterior.

El derecho al debido proceso y defensa aparece en cuarto lugar y su amparo es solicitado en el 10,2 por ciento de las acciones, con un crecimiento del 21,3 por ciento.

En quinto lugar se ubica lo solicitud de protección a los derechos a la vida digna y dignidad humana que, en conjunto, tienen una participación de 9,83 por ciento dentro del total de tutelas, con un decrecimiento del 16,66 por ciento con relación a 2014.

El derecho a la seguridad social se sitúa en el sexto lugar, con una participación de 8,45 por ciento, aunque presenta una disminución de 3,98 por ciento respecto del año anterior.

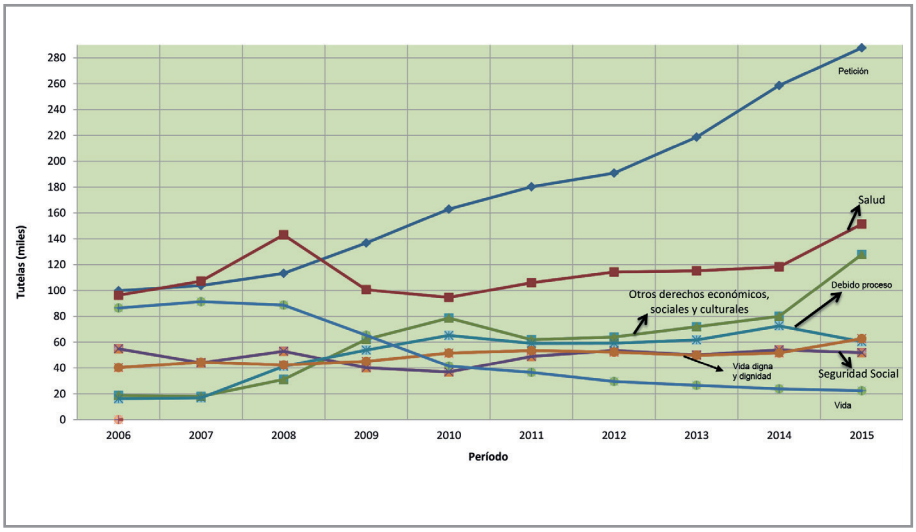
A pesar que el derecho a la reparación e indemnización no se encuentra entre los más tutelados, hay que destacar que es el derecho de mayor variación en el periodo.

Tabla 5. Derechos invocados en las tutelas. Periodo 2014-2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. en Tutelas %	N° Tutelas	Part. en Tutelas %	
Petición	258.504	51,88	287.770	46,83	11,32
Salud	118.281	23,74	151.213	24,61	27,84
Otros derechos económicos, sociales y culturales	79.965	16,05	127.775	20,79	59,79
Debido proceso y defensa	51.680	10,37	62.688	10,20	21,30
Vida digna y dignidad humana	72.503	14,55	60.425	9,83	-16,66
Seguridad Social	54.055	10,85	51.901	8,45	-3,98
Vida	23.785	4,77	22.359	3,64	-6,00
Trabajo	10.442	2,10	13.547	2,20	29,74
Igualdad	14.133	2,84	11.299	1,84	-20,05
Reparación e Indemnización	128	0,03	5.174	0,84	3.942,19
Libertad de enseñanza, educación, investigación	4.683	0,94	5.079	0,83	8,46
Intimidad, buen nombre y honra	3.643	0,73	3.806	0,62	4,47
Integridad física	3.062	0,61	2.398	0,39	-21,69
Derechos colectivos y del medio ambiente	1.150	0,23	1.622	0,26	41,04
Personalidad jurídica	1.212	0,24	1.247	0,20	2,89
Libertad individual	881	0,18	1.194	0,19	35,53
Libertad de asociación	490	0,10	560	0,09	14,29
Libre desarrollo de la personalidad	487	0,10	427	0,07	-12,32
Libertad de locomoción	254	0,05	361	0,06	42,13
Derechos políticos	384	0,08	309	0,05	-19,53
Libertad de expresión e información	307	0,06	285	0,05	-7,17
Libertad de culto	66	0,01	83	0,01	25,76
Libertad de escoger profesión u oficio	63	0,01	71	0,01	12,70
Libertad de conciencia	34	0,01	33	0,01	-2,94
Otros	2.209	0,44	2.334	0,38	5,66
TOTAL TUTELAS INTERPUESTAS	498.240		614.520		23.3

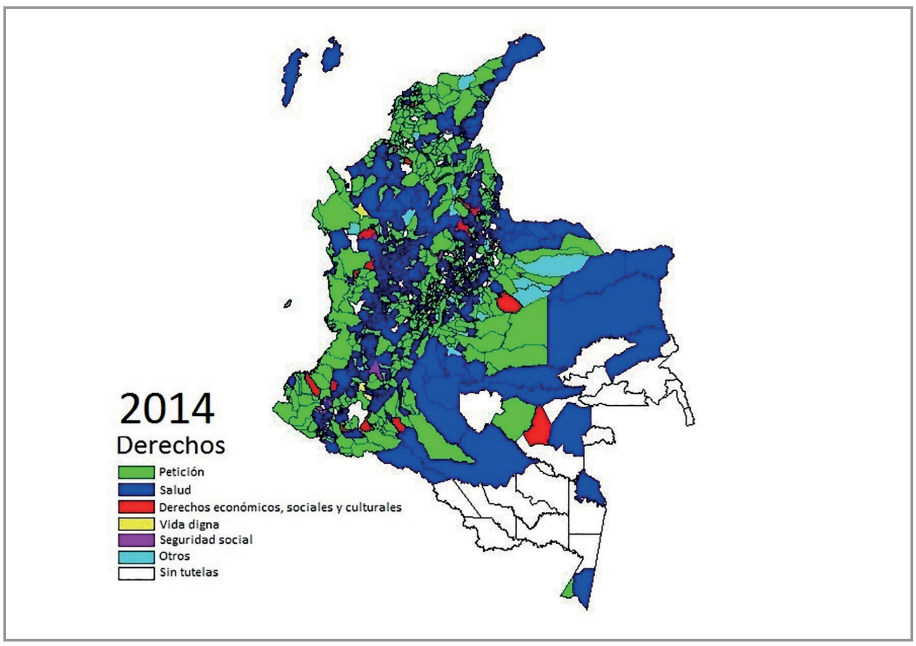
Fuente: Corte Constitucional,
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 1. Derechos más invocados en las tutelas. Periodo 2006-2015

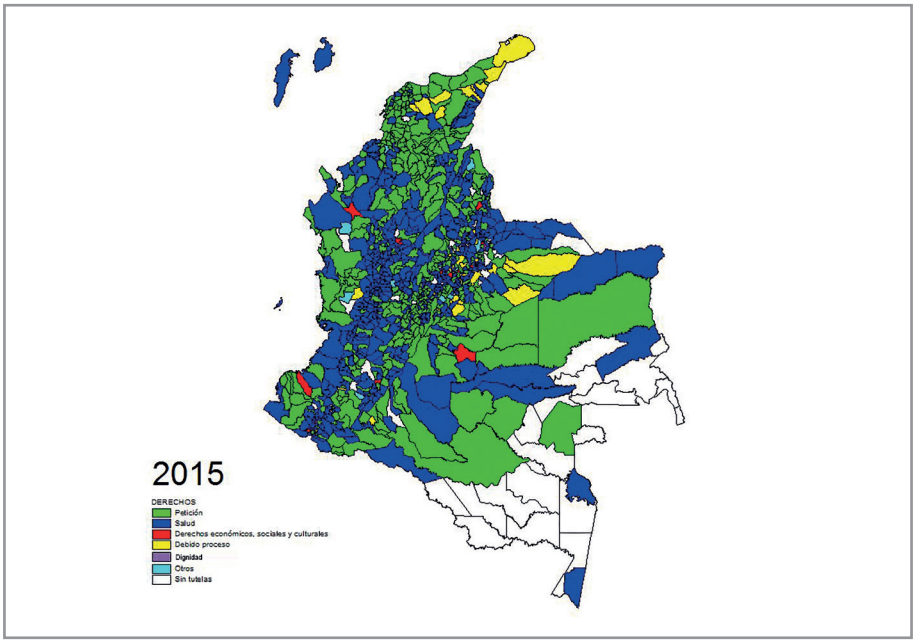


Fuente: Corte Constitucional,
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Mapa 1. Derechos más invocados en cada municipio en 2014



Mapa 2. Derechos más invocados en cada municipio en 2015



Básicamente en 6 derechos se concentran las tutelas de 2015, tal como ha ocurrido en los últimos 5 años (petición, salud, otros derechos económicos sociales y culturales, debido proceso, vida digna/dignidad humana y seguridad social), en 4 de ellos se presentan incrementos significativos y 2 evidencian disminución (vida digna/dignidad humana y seguridad social). Igualmente, hay que considerar el elevado número de tutelas en el último año para solicitar protección al derecho a la reparación y a la indemnización de las víctimas, sin embargo, hay que advertir que el 10 de junio de 2015, según Ley 1448 de 2015, se venció el plazo de inscripción en el registro de víctimas para quienes sufrieron violaciones a sus derechos entre el 1 de enero de 1985 y el 10 de junio de 2011, lo cual pudo ser la causa de este incremento.

En 1.066 municipios, es decir, en el 94,65 por ciento de los 1.122 que existen en el país, se interpone al menos una tutela por violaciones a uno o más derechos fundamentales (Mapa 2), aumentando su frecuencia en 21 municipios frente a 1045 de 2014 (Mapa 1).

De acuerdo con el derecho demando en las tutelas, en 979 de los municipios (87,25 por ciento) se invoca el derecho de petición, en 945 el derecho a la salud (84,22 por ciento), en 826 el derecho a la dignidad humana (73,61 por ciento),

en 767 el derecho a la seguridad social (68,36 por ciento) y en 757 el derecho al debido proceso y defensa (67,46 por ciento).

A continuación, se analizan los derechos que se invocan en más de 25.000 tutelas durante 2015. Los derechos a la salud y a la seguridad social se analizan más adelante con mayor profundidad por ser los ejes centrales de esta investigación.

Derecho de petición

Según el Artículo 13 de la Ley 1755 de 2015, por la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo,

> Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades, en los términos señalados en este código, por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución completa y de fondo sobre la misma".
>
> Toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política, sin que sea necesario invocarlo. Mediante él, entre otras actuaciones, se podrá solicitar: el reconocimiento de un derecho, la intervención de una entidad o funcionario, la resolución de una situación jurídica, la prestación de un servicio, requerir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos.

El ejercicio del derecho de petición es gratuito y puede realizarse sin necesidad de representación a través de abogado, o de persona mayor cuando se trate de menores en relación a las entidades dedicadas a su protección o formación.

La Jurisprudencia Constitucional establece que cuando a una persona no se le responde de la debida manera a su derecho de petición, o este no fue producido o comunicado dentro de los términos que la ley señala, se vulnera su derecho fundamental, por lo que procede la acción de tutela como mecanismo de protección, ya que no existe en el ordenamiento jurídico colombiano otra forma para hacerlo.

Las tutelas que invocan vulneraciones al derecho fundamental de petición se han incrementado en 11,32 por ciento con respecto a 2014, y este derecho continua como número uno en las acciones judiciales (Tabla N° 2). En cifras absolutas, el número de procesos que tramitan los jueces de la república pasan de 258.504 en 2014 a 287.740 en 2015 y su participación en el número total de tutelas interpuestas en el país es del 46,83 por ciento. La decisión de los jueces en primera instancia favorece a los tutelantes en el 76,8 por ciento de los casos.

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas (UARIV), se constituye como la entidad contra la cual se interpone el mayor número de tutelas

por violación a este derecho. De las 287.770 tutelas que lo invocan, el 45,8 por ciento corresponden a la UARIV, con un incremento de 7.5 por ciento en relación a 2014 y un favorecimiento a los accionantes del 90 por ciento.

En segundo lugar se ubica el ISS/Colpensiones con 42.670 tutelas (14,7 por ciento), con una disminución del 2 por ciento con relación a 2014 y un nivel de concesión en primera instancia por parte de los jueces del 91,3 por ciento.

En su orden, en una menor proporción se encuentran las Alcaldías municipales (4,37 por ciento), Inpec (3,64 por ciento), Oficinas de tránsito y similares (2,5 por ciento), y Fuerzas militares y de Policía (1,91 por ciento).

Con relación a las zonas donde se interponen el mayor número de tutelas que invocan el derecho de petición, se encuentran: Antioquia (41,2 por ciento), Bogotá (16,8 por ciento), Valle del Cauca (6,9 por ciento), Tolima (3,4 por ciento) y Santander (2,8 por ciento), las cuales se constituyen en las cinco entidades territoriales con las frecuencias más altas. En 979 municipios se interpone al menos una tutela que invoca este derecho y las ciudades de Medellín (32,8 por ciento), Bogotá (16,8 por ciento), Cali (4,6 por ciento), Ibagué (2,8 por ciento) y Barranquilla (2,3 por ciento) se erigen como las entidades territoriales con el mayor número de ellas.

Otros derechos económicos, sociales y culturales

Este grupo de derechos incluyen solicitudes de protección a violaciones al mínimo vital, vivienda digna, recreación, propiedad privada, unidad familiar y ayuda humanitaria. En 2015, los ciudadanos invocan estos derechos en 127.775 tutelas, equivalentes al 20,79 por ciento, para un incremento del 59,79 por ciento con respecto a 2014, básicamente por acentuación en solicitudes por parte de víctimas y desplazados. En las acciones que invocan estos derechos, los jueces en primera instancia fallan a favor de los ciudadanos en el 88.8 por ciento de los casos, lo que representa un incremento de 17,4 puntos porcentuales con relación a 2014.

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas concentra el 63,2 por ciento de estas tutelas, seguido de Coomeva (3,7 por ciento), ISS/Colpensiones (3,3 por ciento), SaludCoop (3 por ciento) y las Alcaldías municipales (2,3 por ciento). Las entidades territoriales con el mayor número de tutelas son: Antioquia (50,7 por ciento), Bogotá (11,6 por ciento), Valle (6,7 por ciento), Meta (3,3 por ciento) y Santander (3 por ciento). En 739 municipios se interpuso al menos una tutela y Medellín (38,8 por ciento), Bogotá (11,6 por ciento), Apartadó (4,6 por ciento), Cali (4,2 por ciento) y Villavicencio (3,1 por ciento) fueron las ciudades con las cifras más altas.

Debido proceso y defensa

El Artículo 29 de la Constitución Política establece que:

> El debido proceso se aplicará a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas. Nadie podrá ser juzgado sino conforme a leyes preexistentes al acto que se le imputa, ante juez o tribunal competente y con observancia de la plenitud de las formas propias de cada juicio. En materia penal, la ley permisiva o favorable, aun cuando sea posterior, se aplicará de preferencia a la restrictiva o desfavorable. Toda persona se presume inocente mientras no se la haya declarado judicialmente culpable. Quien sea sindicado tiene derecho a la defensa y a la asistencia de un abogado escogido por él, o de oficio, durante la investigación y el juzgamiento; a un debido proceso público sin dilaciones injustificadas; a presentar pruebas y a controvertir las que se alleguen en su contra; a impugnar la sentencia condenatoria, y a no ser juzgado dos veces por el mismo hecho. Es nula, de pleno derecho, la prueba obtenida con violación del debido proceso.

En consecuencia cuando a un ciudadano se le viole alguno o algunos de los preceptos establecidos en dicho Artículo está facultado para interponer una acción de tutela.

En 2015, la solicitud de protección de este derecho se invoca en 62.688 tutelas, equivalentes al 10,2 por ciento del total de acciones interpuestas, observándose un incremento del 21,3 por ciento con respecto al 2014 que fue de 51.680. La favorabilidad en primera instancia es del 26,9 por ciento, una de las más bajas, indicando su poca procedencia.

El mayor número de tutelas está dirigido contra los juzgados, Cortes y Tribunales (34,6 por ciento), seguido de oficinas de tránsito y similares (12,2 por ciento), alcaldías municipales (8,9 por ciento), empresas de servicios públicos, televisión y operadores de celulares (4,6 por ciento) y fuerzas militares y de policía (4 por ciento).

En Bogotá se concentra el mayor número de tutelas que invocan este derecho (31,2 por ciento), seguido de Antioquia (15,5 por ciento), Valle del Cauca (8,5 por ciento), Atlántico (5,1 por ciento) y Santander (4,8 por ciento).

En 757 municipios se interpuso al menos una tutela que invoca este derecho y las ciudades de Bogotá (31,2 por ciento), Medellín (12,6 por ciento), Cali (5,5 por ciento), Barranquilla (4,4 por ciento) y Bucaramanga (3,3 por ciento) concentran el mayor número de ellas.

Vida digna y dignidad humana

La dignidad humana, tal como lo ha mencionado la jurisprudencia constitucional, comprende tres objetos concretos de protección: la autonomía o la posibilidad de elegir un plan de vida para desarrollarse según su determinación; la existencia de condiciones físicas que le permitan establecerlas y la no renuncia a los principios de integridad física e integridad moral, es decir, no permitirse vivir con humillaciones (Corte Constitucional, T-940, 2012). Por tal motivo, la dignidad humana como derecho fundamental implica la correlatividad entre la facultad de exigir su realización en los ámbitos a los que atañe y el deber de propiciarlos. De ahí la importancia de su realización, que debe ser garantizada por el Estado Colombiano, ya que sirve como base para el desarrollo del contenido de otros derechos fundamentales, dispuestos en nuestra Constitución.

De acuerdo con los resultados, la solicitud de protección de este derecho disminuyó en 16,66 por ciento en las tutelas interpuestas en 2015, alcanzando la cifra de 60.425 acciones, de las cuales el 81,6 por ciento favorecen a los accionantes en primera instancia.

El mayor número de estas tutelas están dirigidas contra la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, con el 17,3 por ciento, seguida de Nueva EPS (8,9 por ciento), SaludCoop (8,6 por ciento), Coomeva (6,8 por ciento) y Caprecom (5,4 por ciento).

A nivel territorial Antioquia concentra el 28,8 por ciento, seguida de Bogotá (10,8 por ciento), Valle del Cauca (10,8 por ciento), Caldas (5 por ciento) y Santander (4,8 por ciento). En 826 municipios se interpuso al menos una tutela que contenía este derecho. Medellín (17,6 por ciento), Bogotá (10,8 por ciento), Cali (6 por ciento), Cúcuta (3,6 por ciento) y Manizales (3,3 por ciento), constituyen las ciudades con el mayor número de ellas.

Lugar de origen de las tutelas

Antioquia con 204.116 tutelas (33,22 por ciento) es la entidad territorial donde los ciudadanos hacen mayor uso de esta acción constitucional. Le siguen Bogotá (101.743), Valle del Cauca (53.389), Santander (24.094) y Tolima (20.729). A excepción del departamento de Caquetá, en las demás entidades territoriales se presentan incrementos porcentuales significativos y las variaciones más altas se observan en Vaupés (137,21 por ciento), Córdoba (60,52 por ciento), Guaviare (60,42 por ciento), San Andrés (58,07 por ciento) y Guainía (55 por ciento) (Tabla 6).

Tabla 6. Número de tutelas en Colombia, según departamento. Periodo 2014-2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Antioquia	162.965	32,71	204.116	33,22	25,25
Bogotá D.C	83.087	16,68	101.743	16,56	22,45
Valle	40.568	8,14	53.389	8,69	31,60
Santander	21.375	4,29	24.053	3,91	12,53
Tolima	16.582	3,33	20.729	3,37	25,01
Norte de Santander	14.096	2,83	19.319	3,14	37,05
Atlántico	15.826	3,18	17.444	2,84	10,22
Caldas	14.519	2,91	17.309	2,82	19,22
Meta	11.887	2,39	15.607	2,54	31,29
Risaralda	11.271	2,26	14.770	2,40	31,04
Bolívar	11.491	2,31	12.287	2,00	6,93
Huila	9.301	1,87	12.091	1,97	30,00
Cesar	10.482	2,10	11.052	1,80	5,44
Caquetá	10.588	2,13	10.300	1,68	-2,72
Córdoba	6.366	1,28	10.219	1,66	60,52
Cundinamarca	7.139	1,43	8.914	1,45	24,86
Cauca	7.433	1,49	8.669	1,41	16,63
Magdalena	6.954	1,40	8.246	1,34	18,58
Nariño	5.855	1,18	8.143	1,33	39,08
Quindío	6.352	1,27	7.875	1,28	23,98
Boyacá	6.094	1,22	6.593	1,07	8,19
Putumayo	5.403	1,08	6.154	1,00	13,90
Sucre	4.665	0,94	5.415	0,88	16,08
La Guajira	2.026	0,41	2.593	0,42	27,99
Casanare	1.610	0,32	1.842	0,30	14,41
Chocó	1.636	0,33	1.782	0,29	8,92
Arauca	1.135	0,23	1.620	0,26	42,73
San Andrés	589	0,12	931	0,15	58,06
Amazonas	391	0,08	408	0,07	4,35
Guaviare	240	0,05	385	0,06	60,42
Guainía	140	0,03	217	0,04	55,00
Vichada	131	0,03	203	0,03	54,96
Vaupés	43	0,01	102	0,02	137,21
Total	498.240	100,00	614.520	100,00	23,34

Fuente: Corte Constitucional,
Cálculos: Defensoría del Pueblo

A continuación de hace un análisis de las entidades territoriales en donde se interponen más de 20.000 tutelas.

En Antioquia con 204.116, se presenta un crecimiento del 25,25 por ciento con relación a 2014. En 123 municipios se interpone, al menos una tutela, por vio-

lación a uno o más derechos fundamentales. Medellín con el 73,4 por ciento es la ciudad con el mayor número, seguida de Apartadó (5,8 por ciento), Turbo (3,4 por ciento), Bello (3 por ciento) e Itagüi (2 por ciento). Con relación al año anterior los mayores incrementos porcentuales se presentan en Santo Domingo, Liborina, Anzá, Cañas Gordas y Sopetrán. Los derechos más invocados por los Antioqueños son los de petición (58,2 por ciento), otros derechos económicos sociales y culturales (31,8 por ciento), salud (15,9 por ciento), vida digna y dignidad humana (8,5 por ciento), y seguridad social (4,9 por ciento).

Las entidades con más tutelas durante 2015 en Antioquia son: La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (61,7 por ciento), ISS/Colpensiones (6,5 por ciento); Comfama, Savia salud y Alianza Medellín (3,7 por ciento), SaludCoop (2,3 por ciento) y oficinas de tránsito y similares (2,2 por ciento). En el 84,1 por ciento de los casos, los jueces favorecen a los antioqueños en decisión de primera instancia.

En Bogotá con 101.743 tutelas, se presenta un incremento del 22,45 por ciento. El derecho de petición (47,6 por ciento) es el más invocado, seguido del debido proceso y defensa (19,3 por ciento), salud (17 por ciento), otros derechos económicos sociales y culturales (14,6 por ciento) y seguridad social (8,2 por ciento).

Las entidades con el mayor número de acciones son: La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (19,8 por ciento); Juzgados, Cortes, Tribunales (13,2 por ciento); ISS/Colpensiones (11,8 por ciento); otros Particulares (7 por ciento) y las Fuerzas Militares y de Policía (2,9 por ciento). En primera instancia los jueces favorecen a los bogotanos en el 60,4 por ciento de los casos.

El departamento de Valle del Cauca es el tercero con mayor número de tutelas en el país con 53.389, con un incremento de 31,6 por ciento con relación a 2014. El derecho de petición es invocado en el 37,5 por ciento de las tutelas, seguido del derecho a la salud (33,7 por ciento); derechos económicos, sociales y culturales (16,1 por ciento), seguridad social (12,9 por ciento) y vida digna y dignidad humana (12,3 por ciento). En Cali se presenta el 61,1 por ciento de las tutelas de esta entidad territorial, seguida de Palmira (10,9 por ciento), Buga (7 por ciento), Tuluá (5,5 por ciento) y Cartago (3,1 por ciento). En 42 municipios se interpuso al menos una tutela. El ISS/Colpensiones, con 12,73 por ciento, es la entidad con el mayor número de acciones en este departamento, seguida de Coomeva (7,3 por ciento), Servicio Occidental de Salud (SOS) (7,2 por ciento), Nueva EPS (6 por ciento), y Emssanar (5,2 por ciento). En el 68,8 por ciento de los casos los jueces favorecen a los vallecaucanos en primera instancia.

Santander con 24.0653 (3,91 por ciento) de las tutelas, se constituye como la cuarta entidad territorial con más acciones en el país con un incremento del 12,53 por ciento respecto al año anterior. En 81 municipios se interpone al menos una tutela. Bucaramanga concentra el mayor número de ellas (68,8 por ciento); le siguen Barrancabermeja (12,1 por ciento), San Gil (4,2 por ciento), Floridablanca (2,3 por ciento) y Girón (1,8 por ciento). El derecho más tutelado en el departamento es el de petición que se invoca en el 33,3 por ciento de las acciones, seguido del derecho a la salud con 33 por ciento, otros derechos económicos, sociales y culturales (16 por ciento), seguridad social (12,8 por ciento) y debido proceso y defensa (12,5 por ciento).

Con relación a las entidades más tuteladas en el departamento, el ISS/Colpensiones con el 9,9 por ciento, es la más demandada, seguida de SaludCoop (8,8 por ciento), otros particulares (8,3 por ciento), alcaldías municipales (6,3 por ciento), juzgados, cortes y tribunales (5,9 por ciento) y, Nueva EPS (5,4 por ciento). En fallo de primera instancia, los jueces favorecen a los santandereanos en el 63,5 por ciento de los casos.

El departamento del Tolima es el quinto con el mayor número de tutelas con 20.729 que representa un 3,37 por ciento y un crecimiento de 25,01 por ciento respecto del año anterior. En 46 municipios se interpone al menos una tutela. Ibagué con el 76,9 por ciento es la ciudad con el mayor número de ellas; le siguen Espinal (3,1 por ciento), Líbano (2,9 por ciento), Honda (2,6 por ciento) y Prado (2,2 por ciento). El derecho de petición es el más invocado (47,8 por ciento), seguido de salud (27,2 por ciento), otros derechos económicos, sociales y culturales (16,2 por ciento), debido proceso y defensa (9,7 por ciento) y vida digna y dignidad humana (9,7 por ciento).

En fallo de primera instancia, el 64,7 por ciento de ellos favorece a los tolimenses. Las entidades con el mayor número de tutelas en 2015 son: La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (21,2 por ciento), Inpec y penitenciarías (9,7 por ciento), Caprecom (5,2 por ciento); juzgados, cortes y tribunales (5 por ciento) y alcaldías municipales (4,9 por ciento).

En el país, por cada 10.000 habitantes se interponen, para este periodo 127,49 tutelas, cifra que se incrementa en 21,95 por ciento respecto a 2014. Los departamentos de Antioquia, Caquetá, Putumayo, Caldas y Meta continúan con los indicadores más altos (Tabla 7).

Tabla 7. Número de tutelas en Colombia por cada 10.000 habitantes, según departamento. Periodo 2014-2015

	2014	2015	Variación %
	N° Tutelas X 10.000 Habitantes	N° Tutelas X 10.000 Habitantes	
Antioquia	255,51	316,12	23,72
Caquetá	224,55	215,65	-3,96
Putumayo	158,43	178,27	12,52
Caldas	147,24	175,19	18,98
Meta	126,05	162,35	28,80
Risaralda	119,06	155,16	30,31
Tolima	118,08	147,19	24,65
Norte de Santander	104,88	142,50	35,87
Quindío	113,01	139,72	23,64
Bogotá D.C	106,84	129,14	20,87
San Andrés	77,70	121,79	56,74
Santander	104,21	116,70	11,99
Valle	88,84	115,73	30,27
Cesar	103,12	107,42	4,17
Huila	81,55	104,70	28,40
Atlántico	65,07	70,88	8,93
Magdalena	55,75	65,46	17,42
Sucre	55,33	63,58	14,92
Cauca	54,38	62,86	15,60
Arauca	43,75	61,76	41,17
Córdoba	37,81	59,77	58,10
Bolívar	55,43	58,59	5,70
Amazonas	51,87	53,51	3,18
Guainía	34,28	52,31	52,60
Casanare	45,97	51,68	12,41
Boyacá	47,81	51,65	8,04
Nariño	33,98	46,68	37,38
Chocó	33,04	35,63	7,86
Guaviare	21,92	34,67	58,15
Cundinamarca	27,05	33,26	22,95
Vichada	18,65	28,20	51,27
La Guajira	21,78	27,07	24,29
Vaupés	9,94	23,36	134,90
Índice General	104,54	127,49	21,95

Fuente: Corte Constitucional, Proyecciones de población DANE
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Entidades con el mayor número de tutelas

Igual que en el periodo anterior, en 2015 la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas es la entidad con el mayor número de tutelas en Colombia, pasando de 146.603 en 2014 a 184.074, con una participación del 29,76 por ciento y un incremento en su frecuencia del 25,56 por ciento (Tabla 8). De las 184.079 tutelas que se interpusieron en contra de esta entidad, 125.875, es decir,

el 68,4 por ciento, se originan en Antioquia, seguida de Bogotá (11 por ciento), Caquetá (3,9 por ciento), Meta (3 por ciento) y Putumayo (2,8 por ciento). Las ciudades con más tutelas en contra de esta entidad son: Medellín (53,8 por ciento), Bogotá (11 por ciento), Apartadó (5,2 por ciento), Florencia (3,6 por ciento) y Turbo (3,2 por ciento).

Los derechos más invocados en las tutelas contra dicha entidad son: de petición (72,1 por ciento); otros derechos económicos, sociales y culturales (43,9 por ciento); vida digna y dignidad humana (5,7 por ciento), reparación e indemnización (2,7 por ciento) e igualdad (1,2 por ciento). En primera instancia, los jueces favorecen a los tutelantes en el 90,2 por ciento de los casos.

Tabla 8. Entidades con más tutelas en el país. Periodo 2014-2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas	146.603	29,41%	184.074	29,76%	25,56
ISS/Colpensiones	50.160	10,06%	50.382	8,15%	0,44
Juzgados, Cortes,Tribunales	25.431	5,10%	27.905	4,51%	9,73
Saludcoop	16.531	3,32%	24.395	3,94%	47,57
Alcaldías	18.273	3,67%	23.292	3,77%	27,47
Nueva EPS	15.295	3,07%	19.558	3,16%	27,87
Coomeva	17.712	3,55%	19.352	3,13%	9,26
Inpec/Penitenciarías	16.320	3,27%	15.298	2,47%	-6,26
Oficinas de Tránsito y similares	9.448	1,90%	14.531	2,35%	53,80
Caprecom	11.287	2,26%	12.696	2,05%	12,48
Fuerzas Militares y de policía	9.828	1,97%	12.553	2,03%	27,73
Salud Total	7.158	1,44%	9.121	1,47%	27,42
Empresas de servicios públicos-Operadores celulares	6.379	1,28%	8.976	1,45%	40,71
Ministerios	7.516	1,51%	8.843	1,43%	17,66
Cafesalud	5.850	1,17%	8.154	1,32%	39,38
Comfama/Alianza EPS/Savia	4.754	0,95%	7.717	1,25%	62,33
Servicio Occidental de Salud S.O.S	4.225	0,85%	6.406	1,04%	51,62
Sura EPS	4.708	0,94%	6.182	1,00%	31,31
ICBF y Comisarías de Familia	2.014	0,40%	5.890	0,95%	192,45
Secretarías de Salud/Direcciones de salud	4.139	0,83%	5.581	0,90%	34,84
Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud"	3.467	0,70%	5.449	0,88%	57,17
Bancos y Corporaciones	4.905	0,98%	4.921	0,80%	0,33
Emssanar	2.700	0,54%	4.689	0,76%	73,67
Sánitas	2.708	0,54%	3.967	0,64%	46,49
Gobernaciones	3.442	0,69%	3.951	0,64%	14,79
Universidades	3.013	0,60%	3.837	0,62%	27,35
Secretarías de Educación	3.837	0,77%	3.819	0,62%	-0,47
Fiscalía General de la Nación	2.495	0,50%	3.275	0,53%	31,26
Fondo Nacional de Vivienda	2.036	0,41%	3.090	0,50%	51,77
Comparta	2.142	0,43%	3.043	0,49%	42,06
Saludvida	2.598	0,52%	2.967	0,48%	14,20
Departamento para la Prosperidad Social	3.867	0,78%	2.934	0,47%	-24,13
Fondo de pensiones y cesantías Porvenir - Horizonte	2.168	0,43%	2.931	0,47%	35,19
Registraduría Nacional del estado Civil y Consejo Electoral	2.403	0,48%	2.738	0,44%	13,94
Unidad Administrativa Especial de Gestión y Parafiscales -UGPP-	1.809	0,36%	2.632	0,43%	45,49
Capital Salud	1.234	0,25%	2.462	0,40%	99,51
Comisión Nacional del Servicio Civil	966	0,19%	2.443	0,40%	152,90
ARL Positiva	1.633	0,33%	2.394	0,39%	46,60
Famisanar	1.982	0,40%	2.323	0,38%	17,20
Superintendencias	1.377	0,28%	2.147	0,35%	55,92
Centros Educativos y sena	2.003	0,40%	2.096	0,34%	4,64
Cruz Blanca EPS	1.181	0,24%	1.950	0,32%	65,11
Otros	60.905	12,22%	77.462	12,53%	27,18
Total	498.502	100%	618.426	100%	24,06

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

La segunda entidad con el mayor número de tutelas en el país durante 2015 es ISS/Colpensiones con 50.382 acciones, cifra similar a la observada en 2014, aunque su participación en el total disminuyó en 1,94 puntos porcentuales. Antioquia es el departamento con el mayor número de tutelas (26,4 por ciento), seguido de la ciudad de Bogotá (23,9 por ciento), Valle del Cauca (13,5 por ciento), Risaralda (5,2 por ciento) y Atlántico (4,9 por ciento). Las ciudades con mayor frecuencia son Bogotá (23,9 por ciento), Medellín (22,3 por ciento), Cali (10,3 por ciento), Pereira (5 por ciento) y Barranquilla (4,7 por ciento).

En el 84,7 por ciento de las tutelas interpuestas por los usuarios del ISS/Colpensiones está presente el derecho de petición, seguido de seguridad social (16,8 por ciento), otros derechos económicos sociales y culturales (8,5 por ciento), debido proceso (3,5 por ciento) y vida digna y dignidad humana (2,8 por ciento). Las decisiones en primera instancia, favorecen a estos usuarios en el 85,9 por ciento de los casos.

En tercer lugar dentro de las entidades más tuteladas en el país están los juzgados, cortes y tribunales, que en conjunto concentran 27.901 acciones, con una participación de 4,51 por ciento y un incremento del 9,73 por ciento con relación a 2014. El derecho al debido proceso es el más invocado con un 78,8 por ciento; seguido del derecho de petición con el 16,7 por ciento; otros derechos económicos sociales y culturales (4,3 por ciento), el derecho a la igualdad (3,3 por ciento) y seguridad social (2,1 por ciento). En la ciudad de Bogotá se originan el 48,8 por ciento de estas acciones, seguida de Antioquia (7,8 por ciento), Valle (7,7 por ciento), Santander (5,1 por ciento) y Tolima (3,7 por ciento). Las ciudades de mayor concentración de tutelas que invocan este derecho son Bogotá (48,8 por ciento), Medellín (6,6 por ciento), Cali (5,2 por ciento), Bucaramanga (3,8 por ciento) e Ibagué (3,4 por ciento). La decisión de primera instancia solo favorece al 19 por ciento de los tutelantes.

En un cuarto lugar se ubica SaludCoop con 24.395 tutelas y una participación de 3,94 por ciento; su incremento es del 47,57 por ciento con relación al año anterior. Los derechos más invocados en estas tutelas son: Salud (76,6 por ciento), vida digna y dignidad humana (21,4 por ciento), seguridad social (19 por ciento), otros derechos económicos sociales y culturales (15,8 por ciento) y vida (10,4 por ciento). Las entidades territoriales con el mayor número de acciones son: Antioquia (19 por ciento), Bogotá (8,9 por ciento), Santander (8,7 por ciento), Norte de Santander (8,5 por ciento) y Valle del Cauca (5,8 por ciento). Las ciudades con el mayor flujo de tutelas contra esta entidad son: Bogotá (8,9 por ciento), Medellín (8,3 por ciento), Cúcuta (7,5 por ciento), Bucaramanga (5,2 por ciento) y Montería (4,4 por ciento). La decisión en primera instancia favorece a los accionantes en el 86,3 por ciento de los casos.

Las alcaldías municipales se ubican como la quinta entidad más tutelada en Colombia con el 3,77 por ciento y un incremento del 27,47 por ciento en frecuencia. Las alcaldías más accionadas son: Medellín (12,5 por ciento), Bogotá (10 por ciento), Cali (7,3 por ciento), Bucaramanga (4 por ciento) y Barranquilla (3,1 por ciento). Los derechos más invocados son: petición (54,4 por ciento), debido proceso (24,2 por ciento), otros derechos económicos sociales y culturales (12,8 por ciento), trabajo (5,1 por ciento) e igualdad (3,8 por ciento). En primera instancia los jueces favorecen a los accionantes en el 37,7 por ciento de las tutelas.

Despachos judiciales y decisión en primera instancia.

En 2015, el porcentaje de favorecimiento a los ciudadanos en primera instancia es del 71,93 por ciento, con un aumento de 2 puntos porcentuales con relación a 2014 (Tabla 9). Los juzgados administrativos (87,7 por ciento), juzgados civiles del circuito especializado (85,45 por ciento), Juzgados de familia (84,5 por ciento), juzgados penales del circuito especializado (82,91 por ciento) y juzgados laborales del circuito son los organismos en donde se deciden el mayor número de tutelas favorables al accionante; mientras que los más bajos se observan en las tutelas tramitadas por la Corte Suprema de Justicia (10,43 por ciento), Consejo de Estado (20,76 por ciento) y Tribunales Superiores (37,59 por ciento).

Hay que resaltar que las tutelas que invocan el derecho a la reparación e indemnización son las más favorecidas en primera instancia (87,4 por ciento); le siguen las tutelas que incluyen el derecho a la salud (83,6 por ciento), vida digna y dignidad humana (81,6 por ciento); otros derechos económicos sociales y culturales (80,8 por ciento) y vida (79,5 por ciento). Los derechos menos favorecidos son el asociación (15,5 por ciento) y los derechos políticos (18,8 por ciento).

A nivel de entidad demandada, Comfamiliar Nariño es la entidad con el mayor porcentaje de fallos en contra en primera instancia, con el 92,41 por ciento de los casos, seguida de Asmet Salud (91,02 por ciento), Comfacor (90,78 por ciento), Emssanar (90,29 por ciento) y la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (90,2 por ciento).

Tabla 9. Despachos Judiciales y decisión en primera Instancia. Periodo 2014 – 2015

	2014			2015		
	N° Tutelas	Part. %	Decisión favorable en Primera Instancia %	N° Tutelas	Part. %	Decisión favorable en Primera Instancia %
Juzgado Civil Municipal	62.024	12,45	63,68	82.554	13,43	64,43
Juzgado Penal del Circuito	65.339	13,11	77,90	75.623	12,31	81,03
Juzgado Penal Municipal	55.112	11,06	64,89	71.571	11,65	64,35
Juzgado Civil del Circuito	57.399	11,52	73,85	66.858	10,88	76,27
Juzgados Administrativos	51.570	10,35	83,20	59.874	9,74	87,77
Juzgado Laboral del Circuito	43.463	8,72	77,60	52.117	8,48	82,00
Juzgado Promiscuo Municipal	32.829	6,59	65,34	43.857	7,14	67,09
Tribunal Superior	24.816	4,98	35,96	29.020	4,72	37,59
Juzgado de Familia	20.781	4,17	80,88	26.455	4,30	84,50
Juzgado Penal para Adolescentes	21.700	4,36	73,14	24.266	3,95	73,67
Juzgado de Ejecución de Penas	15.352	3,08	73,45	15.698	2,55	75,96
Juzgado Promiscuo de Familia	9.021	1,81	78,65	12.611	2,05	81,25
Tribunal Administrativo	7.464	1,50	49,60	9.481	1,54	47,75
Juzgado Penal del Circuito Especializado	8.270	1,66	80,67	9.200	1,50	82,97
Juzgado Civil del Circuito Especializado	4.134	0,83	81,62	6.817	1,11	85,45
Juzgado Promiscuo del Circuito	4.293	0,86	74,66	5.851	0,95	79,27
Juzgado de pequeñas causas laboral	833	0,17	73,95	5.241	0,85	73,08
Corte Suprema de Justicia	5.324	1,07	9,52	4.881	0,79	10,43
Juzgado de Familia del Circuito	2.409	0,48	78,04	4.490	0,73	81,34
Consejo de Estado	2.748	0,55	15,21	3.824	0,62	20,76
Consejo Seccional de la Judicatura	2.285	0,46	36,24	3.447	0,56	39,54
Juzgado de Menores	1.074	0,22	56,42	755	0,12	79,47
Otros/Sin identificar	0	0,00	42,11	29	73,08	73,08
Total	498.240	100,00	69,93	614.520	100,00	71,93

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

La tutela y el derecho a la salud

Los resultados de esta sección se refieren a las tutelas de 2015 en las cuales los ciudadanos invocan el derecho a la salud, bien sea como derecho fundamental solo o en conjunto con otros derechos.

A pesar de que la ley 1751 de 2015 reiteró el derecho a la salud como fundamental, este continua como el segundo más invocado en las tutelas y durante el año de análisis, 151.213 ciudadanos acudieron ante los jueces para acceder a los servicios de salud. Esta cifra se constituye como la más alta desde que la tutela fue concebida en el Artículo 86 de la Constitución Nacional, solamente comparable con las cifras de 2008, cuando la Corte Constitucional tuvo que intervenir mediante la expedición de la sentencia T-760 que pretendía superar las deficiencias que se presentaban en ese entonces en el acceso a los servicios de salud. El crecimiento del número de acciones para solicitar servicios de salud es de 27,84 por ciento, superior al crecimiento general de la tutela que es de 23,34 por ciento (Tabla 10). No obstante, el porcentaje para reclamar servicios de salud puede ser aún mayor, en razón a que muchos usuarios también solicitan estos servicios invocando el derecho de petición o el derecho a la seguridad social.

El año 2015 fue un año difícil para la salud, varias EPS fueron liquidadas y millones de usuarios fueron asignados sin su consentimiento a otras EPS, reclamando la continuidad en sus tratamientos o la validez de sus tutelas.

Tal como se puede observar en la tabla 7, el número de tutelas a partir del año 2010, presenta un ritmo creciente hasta ubicarse en las cifras mencionadas en 2015. Lo anterior debido en gran parte al número de entidades del sector liquidadas o intervenidas (ver análisis de resultados y conclusiones). Cuando se liquida una EPS su población afiliada queda en tránsito hacia otra EPS receptora (escogida o asignada), proceso que no deja de causar soluciones de continuidad en los tratamientos médicos. Así mismo, al liquidar una IPS, el usuario debe acudir a otra, generalmente más lejana, y reiniciar su proceso de atención. Estas inconformidades para los pacientes, son nuevas fuentes de acciones de tutela.

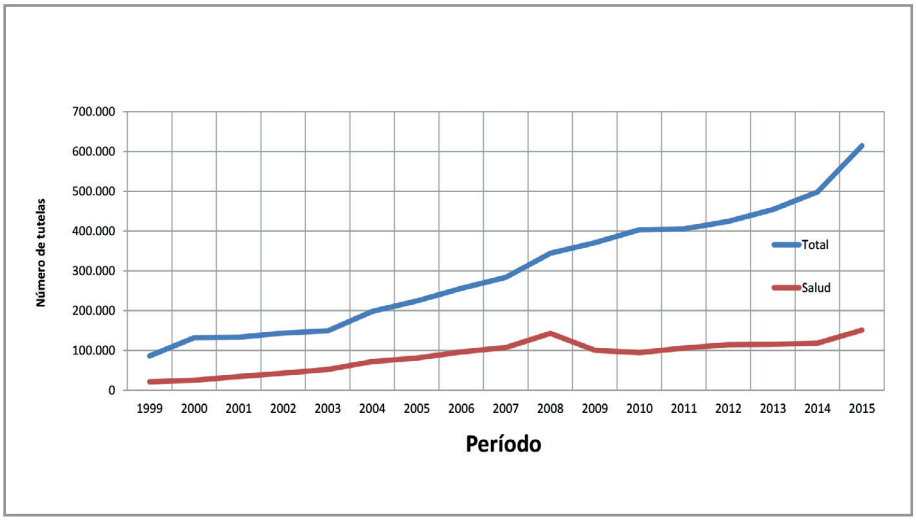
Igualmente hay que señalar que el porcentaje de decisiones favorables a los usuarios por parte de los jueces es del 83,6 por ciento, cifra superior a la observada en 2014, lo que indica el alto nivel de pertinencia y procedencia de la acción de tutela para acceder al derecho fundamental a la salud. Así mismo, hay que anotar que en el porcentaje no concedido (16,4 por ciento), se encuentran algunas tutelas negadas por hecho superado o por muerte del accionante, lo que aumenta su grado de pertinencia.

Tabla 10. Participación de las tutelas de salud. Periodo 2014 – 2015

Año	Tutelas		Participación salud %	Tasa de crecimiento anual %	
	Total	Salud		Total	Salud
1999	86.313	21.301	24,68	-	-
2000	131.764	24.843	18,85	52,66	16,63
2001	133.272	34.319	25,75	1,14	38,14
2002	143.887	42.734	29,70	7,96	24,52
2003	149.439	51.944	34,76	3,86	21,55
2004	198.125	72.033	36,36	32,58	38,67
2005	224.270	81.017	36,12	13,20	12,47
2006	256.166	96.226	37,56	14,22	18,77
2007	283.637	107.238	37,81	10,72	11,44
2008	344.468	142.957	41,50	21,45	33,31
2009	370.640	100.490	27,11	7,60	-29,71
2010	403.380	94.502	23,43	8,83	-5,96
2011	405.359	105.947	26,14	0,49	12,11
2012	424.400	114.313	26,94	4,70	7,90
2013	454.500	115.147	25,33	7,09	0,73
2014	498.240	118.281	23,74	9,62	2,72
2015	614.520	151.213	24,61	23,34	27,84
TOTAL	5.122.380	1.474.505	28,79		

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 2. Evolución de las tutelas en Colombia. Periodo 1999 – 2015



Tutelas en salud por entidad territorial

Antioquia se constituye como el departamento con el mayor número de tutelas en salud al registrar 32.540 acciones y una participación del 21,52 por ciento del total de estas tutelas y su crecimiento con relación a 2014 es de 34,25 por ciento. En 120 municipios del departamento se invoca al menos una tutela de salud. Medellín concentra el 48,1 por ciento de esas tutelas, seguido de Itagüi (6,5 por ciento), Bello (6,3 por ciento), Envigado (4,9 por ciento) y Rionegro (4,2 por ciento).

El grupo Comfama, Alianza Medellín y Savia Salud es el más tutelado con el 21,7 por ciento, seguido de SaludCoop (12,3 por ciento), Nueva EPS (10,1 por ciento), Coomeva (9,8 por ciento) y Sura EPS (9,2 por ciento). Las decisiones en primera instancia favorecen a los antioqueños en el 87 por ciento de las tutelas que invocan este derecho.

La segunda entidad territorial con más tutelas en salud es el departamento de Valle del Cauca con 17.971 acciones para una participación del 11,88 por ciento y un incremento del 32,83 por ciento con relación a 2014. En 42 municipios de esta entidad territorial se interpone al menos una tutela de salud; Cali es la ciudad con mayor participación (53,1 por ciento), seguida de Palmira (12,9 por ciento), Tuluá (7,1 por ciento), Buga (5,8 por ciento) y Cartago (3,9 por ciento). La Nueva EPS es la entidad con más tutelas en este departamento (15,9 por ciento), seguida de Emssanar (14,6 por ciento), Coomeva (13 por ciento), Servicio Occidental de Salud (SOS) (11,2 por ciento), y SaludCoop (5,8 por ciento). En el 83,8 por ciento de los casos los jueces favorecen en primera instancia a los vallecaucanos.

En tercer lugar se encuentra la ciudad de Bogotá con 17.254 tutelas y una participación del 11,41 por ciento, su crecimiento es de 36,08 por ciento con relación a 2014. Las entidades con más tutelas en la capital son: Capital salud (11,2 por ciento), Nueva EPS (11 por ciento), SaludCoop (10 por ciento) Famisanar (6,1 por ciento), y Caprecom (5,6 por ciento). En decisión de primera instancia los jueces favorecen a los bogotanos en el 78,6 por ciento de las acciones.

En cuarto lugar se ubica el departamento de Caldas con el 6,28 por ciento y un crecimiento del 15,41 por ciento; en 26 municipios se interpone al menos una tutela que invoca este derecho. La ciudad de Manizales registra la mayor cantidad de acciones (66,7 por ciento) seguida de La Dorada (11,2 por ciento), Salamina (5,4 por ciento), Chinchiná (4,8 por ciento) y Riosucio (2,4 por ciento). Las entidades con más acciones de tutela en Caldas son: Caprecom (18,8 por ciento), Cafesalud (11,4 por ciento), Nueva EPS (11,3 por ciento), Asmet Salud (8,9 por ciento) y SaludCoop (8,2 por ciento). En decisión de primera instancia los jueces favorecen a los caldenses en el 87,1 por ciento de las acciones.

La quinta entidad territorial en cuanto al número de tutelas de salud es Norte de Santander con una participación de 5,4 por ciento, aunque su crecimiento en el último año es de 43,8 por ciento. En 31 municipios al menos una tutela invoca este derecho. La ciudad de Cúcuta es la de mayor participación con 78,5 por ciento, seguida de Ocaña (12,2 por ciento), Pamplona (1,9 por ciento), Abrego (1,8 por ciento) y Villa del Rosario (1,5 por ciento). SaludCoop es la entidad con el mayor número de tutelas en el departamento (16,8 por ciento), seguida de Coomeva (15,3 por ciento), Nueva EPS (10,6 por ciento), Caprecom (9,4 por ciento) y Comparta (7 por ciento). En decisión de primera instancia, los Jueces favorecen a los nortesantandereanos en el 81,2 por ciento de los casos.

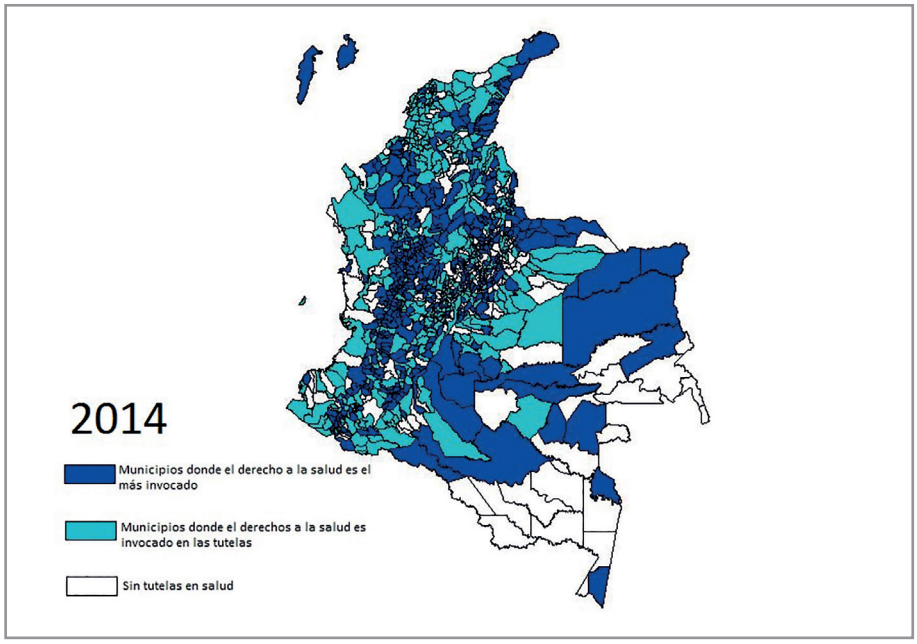
A excepción de Santander y Atlántico, las demás entidades territoriales presentan incrementos porcentuales significativos; las entidades territoriales de mayor variación son Guainía (110,94 por ciento), Vaupés (104,76), Vichada (98,25 por ciento), Guaviare (84,75 por ciento) y San Andrés Islas (71,59 por ciento). (Tabla 11).

Tabla 11. Tutelas de salud según departamento. Periodo 2014 – 2015

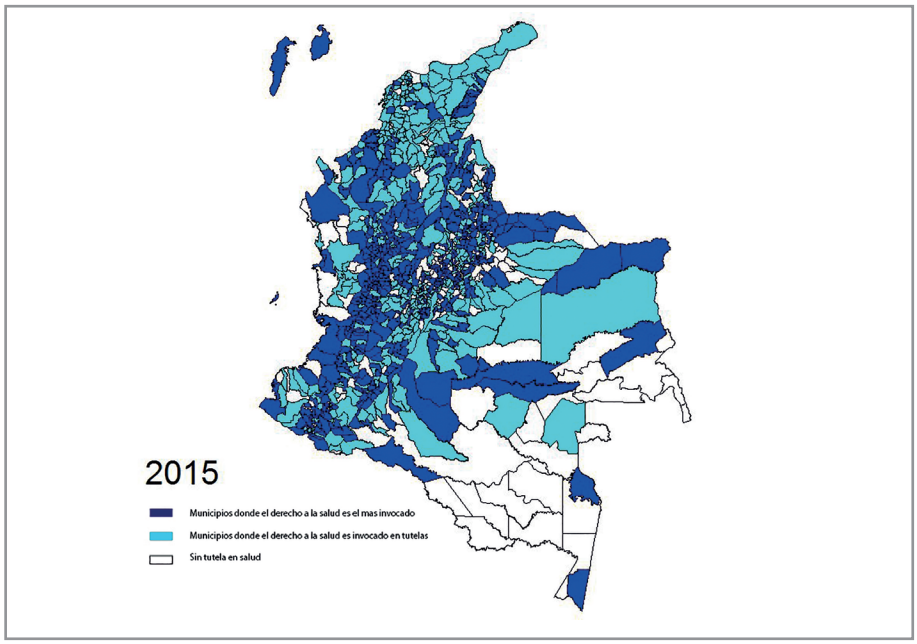
	2014		2015		
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	Variación %
Antioquia	24.239	16,03	32.540	21,52	34,25
Valle	13.529	8,95	17.971	11,88	32,83
Bogotá D.C	12.679	8,38	17.254	11,41	36,08
Caldas	8.226	5,44	9.494	6,28	15,41
Norte de Santander	5.682	3,76	8.171	5,40	43,80
Santander	7.947	5,26	7.937	5,25	-0,13
Risaralda	4.662	3,08	6.306	4,17	35,26
Tolima	4.604	3,04	5.632	3,72	22,33
Córdoba	2.704	1,79	4.482	2,96	65,75
Atlántico	3.859	2,55	3.787	2,50	-1,87
Huila	2.902	1,92	3.686	2,44	27,02
Quindío	2.614	1,73	3.668	2,43	40,32
Cesar	3.513	2,32	3.641	2,41	3,64
Cauca	2.956	1,95	3.431	2,27	16,07
Nariño	2.095	1,39	3.402	2,25	62,39
Bolívar	3.041	2,01	3.327	2,20	9,40
Cundinamarca	2.244	1,48	2.888	1,91	28,70
Meta	2.094	1,38	2.807	1,86	34,05
Boyacá	1.629	1,08	2.133	1,41	30,94
Magdalena	1.865	1,23	1.921	1,27	3,00
Sucre	1.318	0,87	1.436	0,95	8,95
Caquetá	795	0,53	1.057	0,70	32,96
Arauca	617	0,41	868	0,57	40,68
La Guajira	650	0,43	718	0,47	10,46
Casanare	473	0,31	607	0,40	28,33
Chocó	401	0,27	513	0,34	27,93
San Andrés	271	0,18	465	0,31	71,59
Putumayo	206	0,14	327	0,22	58,74
Amazonas	206	0,14	235	0,16	14,08
Guaviare	118	0,08	218	0,14	84,75
Guainía	64	0,04	135	0,09	110,94
Vichada	57	0,04	113	0,07	98,25
Vaupés	21	0,01	43	0,03	104,76
Total	118.281	100,00	151.213	100,00	27,84

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Mapa 3. Municipios con tutelas en salud en 2014



Mapa 4. Municipios con tutelas en salud en 2015



El indicador "número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes" es de 31,37, cifra superior a la observada en 2014 que fue de 24,82. En trece (13) departamentos, este indicador es superior al indicador nacional y a excepción de Santander y Atlántico en los demás se presentan incrementos.

El departamento de Caldas se mantiene con el indicador más alto (96,09) con un incremento del 15,19 por ciento respecto de 2014. Le siguen Risaralda, Quindío, San Andrés y Norte de Santander. Los indicadores más bajos corresponden a La Guajira, Putumayo, Vaupés, Chocó y Cundinamarca. Los mayores incrementos en el indicador se presentan en Guainía, Vaupés, Vichada, Guaviare y San Andrés; mientras que en Atlántico, Santander, Magdalena, Cesar y La Guajira se observan las disminuciones más significativas (Tabla 12).

Tabla 12. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes, según departamento. Periodo- 2014-2015

	2014	2015	Variación %
	N° Tutelas X 10.000 Habitantes	N° Tutelas X 10.000 Habitantes	
Caldas	83,42	96,09	15,19
Risaralda	49,25	66,24	34,51
Quindío	46,51	65,12	40,03
San Andrés	35,75	60,83	70,15
Norte de Santander	42,28	60,27	42,56
Antioquia	38,00	50,38	32,57
Tolima	32,79	39,99	21,98
Valle	29,63	38,95	31,49
Santander	38,75	38,51	-0,61
Cesar	34,56	35,39	2,40
Arauca	23,78	33,09	39,14
Guainía	15,67	32,54	107,67
Huila	25,44	31,92	25,45
Amazonas	27,33	30,82	12,80
Meta	22,21	29,20	31,50
Córdoba	16,06	26,22	63,25
Cauca	21,62	24,88	15,05
Caquetá	16,86	22,13	31,26
Bogotá D.C	16,30	21,90	34,32
Guaviare	10,78	19,63	82,13
Nariño	12,16	19,50	60,41
Casanare	13,51	17,03	26,09
Sucre	15,63	16,86	7,89
Boyacá	12,78	16,71	30,75
Bolivar	14,67	15,86	8,15
Vichada	8,11	15,70	93,52
Atlántico	15,87	15,39	-3,02
Magdalena	14,95	15,25	2,00
Cundinamarca	8,50	10,78	26,73
Chocó	8,10	10,26	26,68
Vaupés	4,86	9,85	102,77
Putumayo	6,04	9,47	56,82
La Guajira	6,99	7,50	7,27
ÍNDICE TOTAL PAÍS	24,82	31,37	26,41

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

De 1.122 municipios que hay en el país, 945 presenta al menos una tutela que invoca el derecho a la salud y, dentro de cada municipio, la frecuencia de estas por cada 10.000 habitantes aumentó. (Tabla 13.)

Tabla 13. Número de municipios según número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	N° de municipios	Part.%	N° de municipios	Part.%	
Sin Tutelas	248	22,10	177	15,78	-28,63
Entre 1 y 10 Tutelas	557	49,64	523	46,61	-6,10
Entre 11 y 20 Tutelas	156	13,90	175	15,60	12,18
Entre 21 y 30 Tutelas	59	5,26	87	7,75	47,46
Entre 31 y 40 Tutelas	41	3,65	51	4,55	24,39
Entre 41 y 50 Tutelas	19	1,69	35	3,12	84,21
Mas de 50 Tutelas	42	3,74	74	6,60	76,19
Total	1.122	100,00	1.122	100,00	0,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

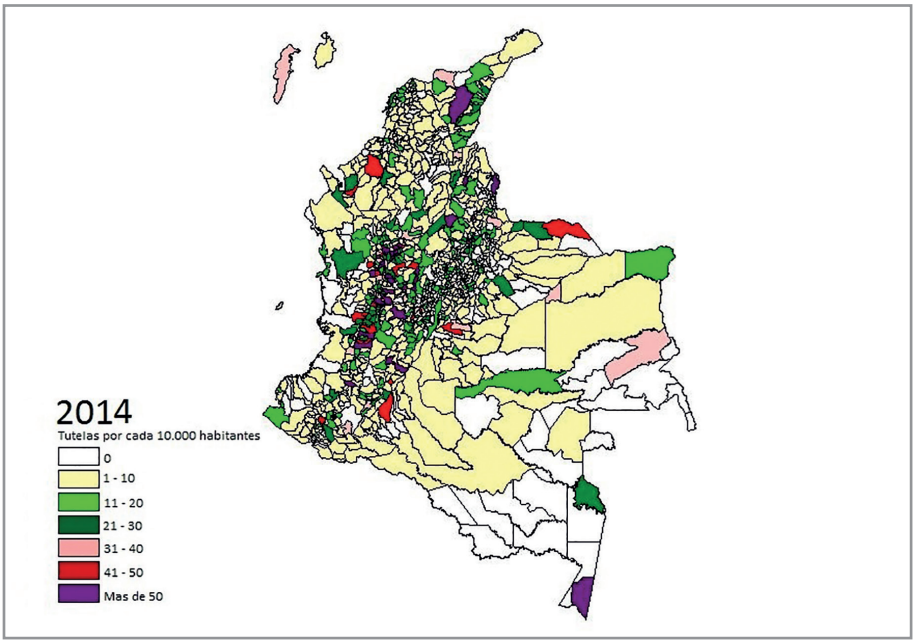
El número de municipios con más de 50 tutelas en salud por cada 10.000 habitantes aumentaron en 76,19 por ciento, persistiendo la mayoría de los municipios que se registraron en 2014 (Tabla 14).

Tabla 14. Municipios con más de 50 tutelas por cada 10.000 habitantes. Periodo 2014 – 2015

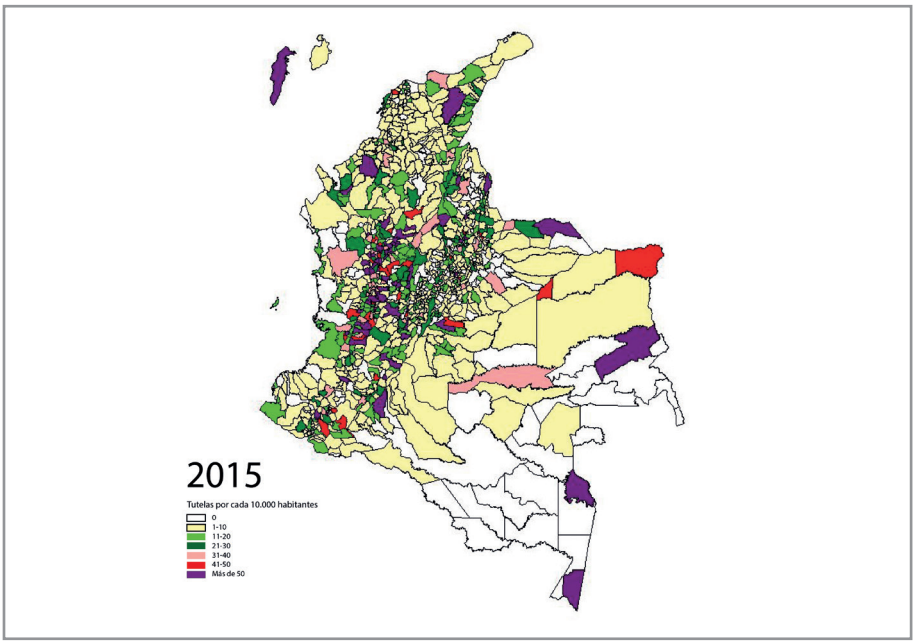
Departamento	2014	2015
Amazonas	Leticia	Leticia
Antioquia	Medellín, Andes, Cisneros, Concepción, Envigado, Fredonia, Jericó, La ceja, Marinilla, Titiribí, Rionegro, San Vicente, El Santuario y Valparaiso	Medellín, Andes, Apartadó, Cisneros, Ciudad Bolivar, Concepción, Concordia, El Santuario, Envigado, Fredonia, Giraldo, Girardota, Hispania, Itagúi, Jericó, La ceja, Marinilla, Rionegro, San Vicente, Santo Domingo, Titiribí, , Vegachí, Yarumal, Yolombó y Valparaiso
Arauca		Arauca
Boyacá	San José de Pare	Tunja y Santa Sofia
Caldas	Manizales, La Dorada, Salamina, Chinchiná y Norcasia,	Manizales, La Dorada, Salamina, Chinchiná y Norcasia,
Cauca	Popayán	Popayán
Caquetá		Florencia
Cesar	Valledupar	Valledupar
Cundinamarca	Nariño	Guataquí
Güainia		Inirida
Guaviare		Miraflores
Huila	Neiva	Neiva, Hobo
Meta		Acacias
Nariño		El Tambo, Arboleda, La Florida y Belén
Norte de Santander	Cúcuta y Ocaña	Cúcuta y Ocaña
Quindío	Armenia	Armenia
Risaralda	Pereira, Santa Rosa de Cabal	Pereira, Santa Rosa de Cabal, Dosquebradas
San Andrés Islas		San Andrés
Santander	Bucaramanga, Barrancabermeja, Málaga, San Gil, San Miguel y Socorro	Bucaramanga, Barrancabermeja, Málaga, San Gil y Socorro
Tolima	Ibagué, Fresno y Honda	Ibagué, Fresno, Honda y Suárez
Valle	Guadalajara de Buga, Palmira y Restrepo	Cartago, Guadalajara de Buga, Palmira, Restrepo, Roldanillo y Tulúa

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Mapa 5. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en cada municipio, 2014



Mapa 6. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en cada municipio, 2015



Despachos judiciales y decisión en primera instancia de las tutelas en salud

Los jueces que más tramitan tutelas de salud son los civiles municipales (23,13 por ciento), seguido de los jueces penales municipales (21,57 por ciento) y los promiscuos municipales (13,29 por ciento). El porcentaje de favorecimiento en primera instancia a los ciudadanos que invocan el derecho a la salud es de 83,6 por ciento, similar al observado en 2014 (Tabla 12) y muy superior a la tasa de favorecimiento de las tutelas en general (71.93 por ciento). Los indicadores de favorecimiento más altos se observan en los juzgados de menores (91,3 por ciento), Juzgados civiles del circuito (86,91 por ciento) y Juzgados de familia (86,7 por ciento); mientras que los más bajos se observan en la Corte Suprema de Justicia (31 por ciento), Consejo Seccional de la Judicatura (66,45 por ciento) y el Consejo de Estado (71,88 por ciento) (Tabla 15).

Según las sentencias de primera instancia por demandado, Comfanorte es la entidad con el mayor número de fallos en contra en primera instancia con el 96,3 por ciento. Le siguen Comfamiliar Nariño (94,7 por ciento), Comfacor (91,5 por ciento), Emssanar (91,1 por ciento) y Comfachocó (90,4 por ciento).

Tabla 15. Despachos Judiciales y decisión en primera instancia en las tutelas en Salud. Periodo 2014 – 2015

	2014			2015		
	N° Tutelas	Part.%	Decisión favorable en Primera Instancia %	Part.%	% en Tutelas	Decisión favorable en Primera Instancia %
Juzgado Civil Municipal	26.773	22,64	82,15	34.981	23,13	82,62
Juzgado Penal Municipal	26.533	22,43	81,88	32.622	21,57	82,82
Juzgado Promiscuo Municipal	15.008	12,69	82,86	20.097	13,29	83,87
Juzgado Penal del Circuito	9.940	8,40	85,28	12.338	8,16	86,17
Juzgado Civil del Circuito	7.799	6,59	86,84	9.992	6,61	86,91
Juzgado Penal para adolescentes	6.816	5,76	84,80	7.607	5,03	83,92
Juzgados Administrativos	5.049	4,27	84,87	6.106	4,04	83,79
Juzgado Laboral del Circuito	4.631	3,92	85,38	5.732	3,79	84,79
Juzgado de Familia	3.550	3,00	86,62	4.196	2,77	86,70
Juzgado Promiscuo de familia	2.336	1,97	86,69	3.480	2,30	86,29
Juzgado de Ejecución de Penas	2.801	2,37	82,33	2.986	1,97	80,64
Tribunal Superior	2.130	1,80	69,20	2.535	1,68	73,02
Juzgado de pequeñas causas laboral	273	0,23	88,28	1.782	1,18	84,06
Juzgado Promiscuo del Circuito	969	0,82	86,17	1.498	0,99	85,58
Juzgado Penal del Circuito Especializado	1.294	1,09	86,55	1.298	0,86	85,21
Tribunal Administrativo	753	0,64	78,22	1.102	0,73	78,77
Juzgado Familia del Circuito	244	0,21	81,97	927	0,61	83,93
Juzgado Civil del Circuito Especializado	612	0,52	84,97	833	0,55	86,43
Consejo Seccional de la Judicatura	300	0,25	61,33	611	0,40	66,45
Juzgado de Menores	427	0,36	83,61	230	0,15	91,30
Consejo de Estado	11	0,01	36,36	224	0,15	71,88
Corte Suprema de Justicia	32	0,03	21,88	25	0,02	32,00
Sin Identificar	0	0,00		11	0,01	100,00
Total	118.281	100,00	83,16	151.213	100,00	83,59

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

No obstante el alto grado de favorabilidad en primera instancia, las entidades accionadas no están cumpliendo los fallos, razón por la cual los usuarios se ven en la necesidad de interponer desacatos.

El derecho a la salud y su relación con otros derechos

El derecho a la salud por si solo viene aumentando, no obstante continua siendo solicitado en conexidad con otros derechos, así: en el 27,75 por ciento, las tutelas que invocan el derecho a la salud, también lo hacen por el derecho a la vida digna y la

dignidad humana; el 17,78 por ciento, por el derecho a la seguridad social, y el 12,97 por ciento, por el derecho a la vida (Tabla 16).

El crecimiento de tutelas exclusivas por el derecho a la salud podría explicarse en la Ley Estatutaria en Salud que consagró tal derecho como fundamental, de primer orden; por lo cual, los usuarios la invocan y los jueces la hacen respetar.

Tabla 16. El derecho a la salud en asocio con otros derechos. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015	
	N° Tutelas	% en Tutelas	N° Tutelas	% en Tutelas
Salud	118.281	100,00	151.213	100,00
Vida digna y Dignidad humana	51.872	43,85	41.955	27,75
Seguridad Social	32.937	27,85	26.888	17,78
Vida	19.989	16,90	19.612	12,97
Otros derechos económicos, sociales y culturales	4.008	3,39	3.598	2,38
Petición	1.745	1,48	2.732	1,81
Integridad física	2.236	1,89	1.656	1,10
Igualdad	2.052	1,73	1.521	1,01
Trabajo	841	0,71	728	0,48
Debido proceso y defensa	656	0,55	577	0,38
Protección al menor y mujer embarazada	536	0,45	277	0,18
Derechos colectivos y del medio ambiente	250	0,21	194	0,13
Libertad de enseñanza, educación, investigación	183	0,15	147	0,10
Intimidad, buen nombre y honra	79	0,07	100	0,07
Otros	192	0,16	421	0,28
Personalidad jurídica	31	0,03	35	0,03
Libertad individual	19	0,02	30	0,03
Libertad de locomoción	13	0,01	10	0,01
Libertad de expresión e información	4	0,00	6	0,01
Otros	16	0,01	28	0,02
Total tutelas de salud interpuestas	118.281		151.213	

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Entidades más demandadas en las tutelas de salud

SaludCoop se constituye como la entidad más demandada en 2015 (Tabla 14), con 18.690 tutelas, que corresponde a un incremento en su frecuencia del 51,04 por ciento, con relación a 2014. La mayor concentración de las acciones contra dicha EPS se encuentra en el departamento de Antioquia (21,4 por ciento) segui-

do de Bogotá (9,2 por ciento), Santander (8 por ciento), Norte de Santander (7,3 por ciento) y Córdoba (6,4 por ciento). En primera instancia los jueces favorecen a los tutelantes en el 87,2 por ciento de los casos y en 525 municipios se interpone al menos una tutela en salud contra SaludCoop. Las ciudades con mayor cantidad de tutelas son: Bogotá, Medellín, Cúcuta, Montería y Bucaramanga.

En segundo lugar se ubica la Nueva EPS con 17.014 acciones y presenta un incremento de 26,45 por ciento respecto del año anterior. El mayor porcentaje de tutelas está en Antioquia (19,3 por ciento), Valle del Cauca (16,8 por ciento, Bogotá (11,2 por ciento), Caldas (6,3 por ciento) y Santander (6,1 por ciento). El 87 por ciento de estas acciones son concedidas en primera instancia por los jueces de la república. En 381 municipios del país se interpone al menos una tutela contra esta entidad. Bogotá, Medellín, Cali, Manizales, y Bucaramanga son las ciudades que concentran el mayor número de tutelas.

Coomeva es la tercera entidad con más tutelas que invocan el derecho a la salud en Colombia con una participación de 8,86 por ciento, y un crecimiento de 3,17 por ciento respecto del año anterior. Los departamentos con el mayor número de acciones contra Coomeva son: Antioquia (23,7 por ciento), Valle del Cauca (17,4 por ciento), Norte de Santander (9,3 por ciento), Atlántico (5,8 por ciento) y Santander (5,3 por ciento). En primera instancia los jueces favorecen a los tutelantes en el 82 por ciento de los casos; en 378 municipios los usuarios interponen al menos una tutela contra esta EPS. Medellín, Cali, Cúcuta, Barranquilla y Valledupar son las ciudades con mayor frecuencia.

En cuarto lugar se ubica Caprecom, EPS del Régimen Subsidiado, con una participación del 7,74 por ciento de las tutelas en salud y un incremento del 13,32 por ciento con respecto al año anterior. Los departamentos con el mayor número de acciones son Caldas (15,2 por ciento), Antioquia (12,5 por ciento), Bogotá (8,5 por ciento), Tolima (8,4 por ciento) y Valle del Cauca (7,4 por ciento). En primera instancia los jueces favorecen a los tutelantes en el 88,1 por ciento de los casos y en 406 municipios se interpone al menos una tutela en contra de Caprecom; las ciudades con la mayor frecuencia son: Manizales, Bogotá, Cúcuta, Ibagué y Cali.

Como quinta entidad con más tutelas en salud durante 2015 se sitúa el grupo Comfama, Alianza Medellín y Savia Salud, que en conjunto participan con el 4,75 por ciento para un crecimiento de 60,11 por ciento. Los departamentos con el mayor número de acciones son Antioquia (18,3 por ciento), Bogotá (12,6 por ciento), Santander (11,8 por ciento), Caldas (11,1 por ciento) y Atlántico (7,3 por ciento). En primera instancia los jueces favorecen a los tutelantes en el 80,5 por ciento de los casos. En 131 municipios se interpone al menos una tutela que

invoca el derecho a la salud y las ciudades con la mayor frecuencia son Medellín, Bello, Rionegro, Itagüí y El Santuario.

Las entidades con los mayores incrementos porcentuales en el número de tutelas durante 2015 son: Capital Salud (105,08 por ciento), Emssanar (72,54 por ciento), Cruz Blanca (70,85 por ciento), Cosmitet (66,95 por ciento) y Comfacor (61,57 por ciento), mientras que las de mayor reducción son: Aliansalud, Coosalud y alcaldías municipales (Tabla 17).

Tabla 17. Entidades más tuteladas en derecho a la salud. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	Nº Tutelas	Part. %	Nº Tutelas	Part. %	
Saludcoop	12.374	10,45	18.690	12,31	51,04
Nueva EPS	13.476	11,38	17.041	11,22	26,45
Coomeva	13.041	11,01	13.454	8,86	3,17
Caprecom	10.379	8,76	11.762	7,74	13,32
Comfama/Alianza Medellin/Savia	4.502	3,80	7.208	4,75	60,11
Cafesalud	5.146	4,35	7.199	4,74	39,90
Salud Total	5.285	4,46	6.523	4,29	23,42
Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud"	3.326	2,81	5.188	3,42	55,98
Secretarías de Salud/Direcciones de salud	3.560	3,01	4.808	3,17	35,06
Emssanar	2.593	2,19	4.474	2,95	72,54
Servicio Occidental de Salud S.O.S	2.974	2,51	3.993	2,63	34,26
Sura EPS	3.256	2,75	3.987	2,63	22,45
Fuerzas Militares y de policía	2.892	2,44	3.541	2,33	22,44
Sánitas	2.189	1,85	3.041	2,00	38,92
Comparta	2.027	1,71	2.816	1,85	38,92
Saludvida	2.410	2,03	2.705	1,78	12,24
Capital Salud EPS	1.142	0,96	2.342	1,54	105,08
INPEC/Penitenciarías	2.065	1,74	2.140	1,41	3,63
Cruz Blanca	933	0,79	1.594	1,05	70,85
Fundación Médico Preventiva	997	0,84	1.577	1,04	58,17
Famisanar	1.408	1,19	1.547	1,02	9,87
Comfamiliar Huila	1.043	0,88	1.209	0,80	15,92
Ministerios	914	0,77	993	0,65	8,64
Cosmitet	590	0,50	985	0,65	66,95
Coosalud EPS	1.027	0,87	974	0,64	-5,16
ARP Positiva	634	0,54	963	0,63	51,89
Compensar	711	0,60	957	0,63	34,60
Comfenalco Valle	614	0,52	911	0,60	48,37
Comfacor	536	0,45	866	0,57	61,57
Seguro Social Pensiones-Colpensiones	757	0,64	821	0,54	8,45
Alcaldías	799	0,67	763	0,50	-4,51
Empresa Cooperativa Solidaria de Salud "Ecoopsos"	615	0,52	699	0,46	13,66
Emdis Salud	538	0,45	625	0,41	16,17
Aliansalud	718	0,61	593	0,39	-17,41
Cajacopi	483	0,41	591	0,39	22,36
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó	458	0,39	543	0,36	18,56
Unidad Para la Atención y Reparación de víctimas	508	0,43	521	0,34	2,56
Convida	478	0,40	494	0,33	3,35
Asociación Mutual ser	356	0,30	481	0,32	35,11
Empresas de servicios públicos y telefonía movil	407	0,34	404	0,27	-0,74
Otros	10.267	8,67	11.857	7,81	15,49
Total	118.428	100,00	151.880	100,00	28,25

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Tipo de entidad demandada

Según las entidades demandadas se identificaron varias categorías, tal como se ha hizo en estudios anteriores. Es de anotar que la Ley 1122 de 2007, en su Artículo 21, establece la "Movilidad entre Regímenes", con el ánimo de lograr la permanencia en el Sistema, de tal manera que los afiliados al régimen subsidiado que pasen a ser cotizantes, puedan permanecer en su EPS, para lo cual deberán informar tal circunstancia a la entidad territorial para que proceda a suspender su afiliación, y viceversa.

Por lo anterior, es difícil identificar el régimen al que pertenece el usuario en la base de datos suministrada por la Corte Constitucional; razón por la cual, las EPS del régimen contributivo y subsidiado conforman un solo grupo.

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) se clasificaron de manera independiente cuando las acciones de tutela van dirigidas a ellas, sin establecer la condición del usuario respecto del sistema de aseguramiento en salud ni identificar la entidad aseguradora (EPS). En este grupo no se incluye al Hospital Militar, la Clínica de la Policía, ni el Hospital Naval, clasificados en el grupo de fuerzas militares y de policía.

Para completar la información se hacen otras clasificaciones según los datos suministrados en la tutela y la afinidad entre las entidades demandadas. En el caso que en una misma tutela aparezca más de un demandado plenamente identificado, se contabiliza nuevamente para efectos estadísticos, descartando los casos en que se mencionaba "otros".

En 2015, el 82,42 por ciento de las tutelas en salud se dirigen contra las EPS (régimen contributivo y régimen subsidiado) con un incremento de 29,09 por ciento con relación al año anterior, seguido por los entes territoriales (3,96 por ciento), las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS- (3,8 por ciento) y los regímenes de excepción (2,27 por ciento). Con salvedad del grupo conformado por las empresas de servicios públicos y telefonía celular, las demás categorías presentan incrementos significativos especialmente los grupos de IPS y administradoras de riesgos laborales y aseguradoras. (Tabla 18).

Tabla 18. Tutelas en salud, según tipo de entidad demandada. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	Variación %
Entidades Prestadora de Salud -EPS-	96.968	81,88	125.176	82,42	29,09
Entes Territoriales	4.756	4,02	6.010	3,96	26,37
Instituciones Prestadoras de Salud - IPS	3.890	3,28	5.765	3,80	48,20
Regímenes de excepción	2.946	2,49	3.602	2,37	22,27
Inpec/Penitenciarias	2.065	1,74	2.140	1,41	3,63
Administradoras de Riesgos Laborales -ARL y Aseguradoras	1.322	1,12	1.917	1,26	45,01
Administradoras de Fondos de Pensiones -AFP	1.251	1,06	1.490	0,98	19,10
Empresas de Servicios Públicos y Telefonía celular	406	0,34	404	0,27	-0,49
Empresas de Medicina Prepagada	250	0,21	311	0,20	24,40
Otras entidades	4.574	3,86	5.065	3,33	10,73
Total	118.428	100,00	151.880	100,00	28,25

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

A continuación se hace un análisis al interior de cada categoría conformada.

Entidades Prestadoras de Salud –EPS –

Según el reporte suministrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, al 31 de diciembre de 2015, entre los dos regímenes sumaban 44.633.177 usuarios, un 2,27 por ciento más que en 2014 (Tabla 19); De ellos, 21.453.376 corresponden al régimen contributivo con un crecimiento de 3,34 por ciento y 23.179.901 al régimen subsidiado, superior en 1,3 por ciento al año anterior. Dentro del número de afiliados del régimen contributivo se incluyen 157.888 usuarios de movilidad, mientras que en el subsidiado se incluyen 1.163.491 usuarios de esta modalidad.

Según el informe mencionado, Cafesalud se constituye como la EPS con el mayor número de afiliados en el país después de recibir en el mes diciembre todos los usuarios de SaludCoop por liquidación de esta, ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Tabla 19. Número de afiliados según EPS. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Nueva EPS	11.294	9,79	13.476	11,38	19,32
Coomeva	14.170	12,28	13.041	11,01	-7,97
Saludcoop	10.272	8,90	12.374	10,45	20,46
Cafesalud	1.715.459	3,93	6.528.885	14,63	280,59
La Nueva EPS	2.809.131	6,44	3.833.181	8,59	36,45
Coomeva.	2.991.316	6,85	2.972.684	6,66	-0,62
Sura EPS	1.979.668	4,54	2.319.589	5,20	17,17
Salud Total	2.172.977	4,98	2.231.983	5,00	2,72
Coosalud	1.641.950	3,76	1.927.361	4,32	17,38
Asmet Salud	1.612.386	3,69	1.915.007	4,29	18,77
Comparta	1.592.957	3,65	1.910.740	4,28	19,95
Emssanar	1.659.080	3,80	1.887.479	4,23	13,77
Famisanar	1.606.625	3,68	1.760.479	3,94	9,58
Comfama/Alianza Medellín/Savia	1.695.190	3,88	1.690.584	3,79	-0,27
Sánitas	1.304.185	2,99	1.501.691	3,36	15,14
Saludvida	1.407.117	3,22	1.470.210	3,29	4,48
Asociación Mutual ser	1.170.877	2,68	1.329.146	2,98	13,52
Capital Salud	1.066.145	2,44	1.202.772	2,69	12,82
Compensar	1.040.658	2,38	1.134.774	2,54	9,04
Barrios Unidos de Quibdó	848.179	1,94	974.758	2,18	14,92
Servicio Occidental de Salud S.O.S	890.204	2,04	924.894	2,07	3,90
Cajacopi	556.209	1,27	669.602	1,50	20,39
Comfacor	562.199	1,29	614.410	1,38	9,29
Cruz Blanca	551.553	1,26	594.917	1,33	7,86
Convida	359.017	0,82	579.169	1,30	61,32
Comfamiliar Huila	491.606	1,13	534.859	1,20	8,80
Emdisalud	490.834	1,12	500.356	1,12	1,94
Asociación Indigena del cauca	436.133	1,00	442.702	0,99	1,51
Ecoopsos	279.304	0,64	323.501	0,72	15,82
Mallamas	289.216	0,66	297.902	0,67	3,00
Comfenalco Valle	320.563	0,73	261.928	0,59	-18,29
Comfamiliar Cartagena	238.993	0,55	221.388	0,50	-7,37
Manexka EPSI	226.946	0,52	220.270	0,49	-2,94
Dusakawi EPSI	248.696	0,57	204.588	0,46	-17,74
Aliansalud	243.882	0,56	200.910	0,45	-17,62
Comfamiliar Nariño	178.532	0,41	187.395	0,42	4,96
Capresoca	145.666	0,33	177.038	0,40	21,54
Comfachocó	83.234	0,19	158.457	0,36	90,38
Comfamiliar Guajira	126.128	0,29	144.902	0,32	14,88
Anas Wayuu EPSI	120.405	0,28	129.598	0,29	7,64
Comfacundi	79.571	0,18	111.315	0,25	39,89
Comfaoriente	117.131	0,27	107.681	0,24	-8,07
Comfaboy	104.503	0,24	102.814	0,23	-1,62
Comfasucre	96.923	0,22	102.066	0,23	5,31
Caprecom	3.317.658	7,60	96.182	0,22	-97,10
Pijaos EPSI	80.178	0,18	78.186	0,18	-2,48
Otros	4.693.608	10,75	54.824	0,12	-98,83
Total	43.642.792	100,00	44.633.177	100,00	2,27

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Según los resultados de tutelas, en la categoría de EPS se presenta un incremento del 29,09 por ciento respecto de 2014. SaludCoop se constituye como la entidad más tutelada con 18.690 acciones, presentando un incremento del 51,04 por ciento con relación a 2014. En segundo lugar se ubica la Nueva EPS con 17.041 acciones y un aumento de 26,45 por ciento y en una tercera posición está Coomeva con 13.454 acciones y un incremento de 3,17 por ciento (Tabla 17). No obstante, Capital Salud, Comfaoriente, Comfamiliar Nariño, Comfamiliar Cartagena y Emssanar son las EPS de mayor crecimiento porcentual para 2015 (Tabla 20).

Tabla 20. Tutelas en salud, según tipo de entidad demandada. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Saludcoop	12.374	12,76	18.690	14,93	51,04
Nueva EPS	13.476	13,90	17.041	13,61	26,45
Coomeva	13.041	13,45	13.454	10,75	3,17
Caprecom	10.379	10,70	11.762	9,40	13,32
Comfama/Alianza Medellín/Savia	4.502	4,64	7.208	5,76	60,11
Cafesalud	5.146	5,31	7.199	5,75	39,90
Salud Total	5.285	5,45	6.523	5,21	23,42
Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud"	3.325	3,43	5.184	4,14	55,91
Emssanar	2.593	2,67	4.474	3,57	72,54
Servicio Occidental de Salud S.O.S	2.974	3,07	3.993	3,19	34,26
Sura EPS	3.256	3,36	3.987	3,19	22,45
Sánitas	2.189	2,26	3.041	2,43	38,92
Comparta	2.026	2,09	2.816	2,25	38,99
Saludvida	2.410	2,49	2.705	2,16	12,24
Capitalsalud	1.142	1,18	2.342	1,87	105,08
Cruz Blanca	933	0,96	1.594	1,27	70,85
Famisanar	1.408	1,45	1.547	1,24	9,87
Comfamiliar Huila	1.043	1,08	1.209	0,97	15,92
Coosalud	1.027	1,06	974	0,78	-5,16
Compensar	711	0,73	957	0,76	34,60
Comfenalco Valle	614	0,63	911	0,73	48,37
Comfacor	536	0,55	866	0,69	61,57
Empresa Cooperativa Solidaria de Salud "Ecoopsos"	615	0,63	699	0,56	13,66
Emdis Salud	539	0,56	625	0,50	15,96
Aliansalud	718	0,74	593	0,47	-17,41
Cajacopi	483	0,50	591	0,47	22,36
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó	458	0,47	548	0,44	19,65
Convida	478	0,49	494	0,39	3,35
Asociación Mutual ser	356	0,37	481	0,38	35,11
Comfamiliar Cartagena	194	0,20	351	0,28	80,93
Comfamiliar de Nariño	172	0,18	323	0,26	87,79
Cafam	157	0,16	227	0,18	44,59
ComfaOriente	115	0,12	224	0,18	94,78
Comfaboy	131	0,14	166	0,13	26,72
Mallamas EPSI	119	0,12	152	0,12	27,73
Comfachocó	96	0,10	146	0,12	52,08
Asociación Indígena del Cauca	86	0,09	137	0,11	59,30
Colsubsidio/Comfenalco	82	0,08	130	0,10	58,54
Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar "Dusakawi"	102	0,11	116	0,09	13,73
Capresoca	79	0,08	102	0,08	29,11
Unicajas/Comfacundi	72	0,07	83	0,07	15,28
PijaoSalud EPSI	46	0,05	70	0,06	52,17
Manexka	31	0,03	51	0,04	64,52
Comfasucre	55	0,06	48	0,04	-12,73
Comfamiliar de la Guajira	23	0,02	39	0,03	69,57
Comfanorte/Famisalud	46	0,05	27	0,02	-41,30
Anas Wayuu EPS indígena	9	0,01	12	0,01	33,33
Otras	1.316	1,36	264	0,21	-79,94
Total	96.968	100,00	125.176	100,00	29,09

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Para eliminar la correlación positiva entre número de afiliados y número de tutelas, y establecer un indicador que permita realizar comparaciones entre EPS, se calculó el indicador "Número de tutelas por cada 10.000 afiliados" en cada EPS, que arroja los siguientes resultados: Las EPS con los indicadores más altos son en su orden: Coomeva, La Nueva EPS, Servicio Occidental de Salud, grupo Comfama/Alianza Medellín/Savia Salud, SaludCoop y Caprecom; mientras que los indicadores más bajos los tienen Anas Wayúu, Manexka, Comfamiliar La Guajira, Asociación Indígena del Cauca y Mutual Ser.

A excepción de Convida, Comfachocó, Comfasucre, Coosalud, Comfaoriente, Ecoopsos y la Nueva EPS, todas las demás tuvieron incrementos en su indicador. (Tabla 21).

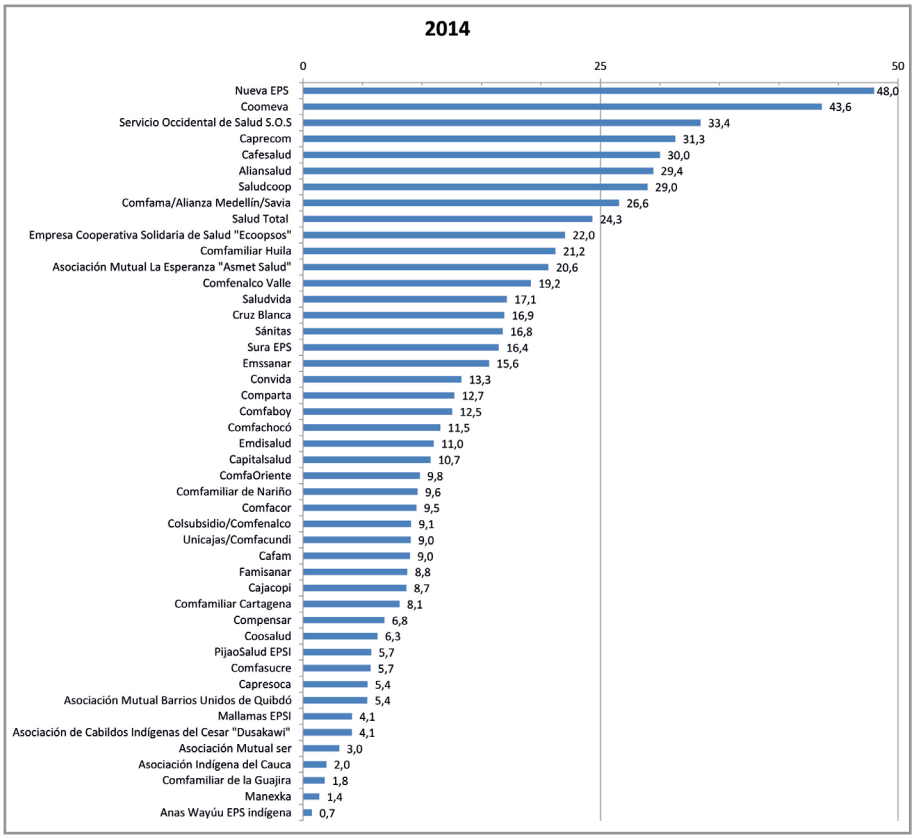
Tabla 21. Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS. Periodo 2014 – 2015

	2014	2015	Variación %
Coomeva	43,60	45,26	3,81
La Nueva EPS	47,97	44,46	-7,33
Servicio Occidental de Salud S.O.S	33,41	43,17	29,23
Comfama/Alianza Medellín/ Savia	26,56	42,64	60,54
Saludcoop	29,72	39,79	33,91
Caprecom	31,28	39,46	26,14
Cafesalud	30,00	39,30	31,01
Comfenalco Valle	19,15	34,78	81,59
Aliansalud	29,44	29,52	0,26
Salud Total	24,32	29,23	20,16
Asmet Salud	20,62	27,07	31,27
Cruz Blanca	16,92	26,79	58,39
Emssanar	15,63	23,70	51,66
Comfamiliar Huila	21,22	22,60	6,54
Ecoopsos	22,02	21,61	-1,87
Comfaoriente	9,82	20,80	111,88
Sánitas	16,78	20,25	20,65
Capital Salud	10,71	19,47	81,78
Saludvida	17,13	18,40	7,42
Comfamiliar Nariño	9,63	17,24	78,91
Sura EPS	16,45	17,19	4,51
Comfaboy	12,54	16,15	28,80
Comfamiliar Cartagena	8,12	15,85	95,32
Comparta	12,72	14,74	15,88
Comfacor	9,53	14,09	47,84
Emdisalud	10,98	12,49	13,75
Comfachocó	11,53	9,21	-20,11
Pijaos EPSI	5,74	8,95	56,05
Cajacopi	8,68	8,83	1,64
Famisanar	8,76	8,79	0,27
Convida	13,31	8,53	-35,94
Compensar	6,83	8,43	23,44
Unicajas/Comfacundi	9,05	7,46	-17,60
Capresoca	5,42	5,76	6,23
Dusakawi	4,10	5,67	38,24
Barrios Unidos de Quibdó	5,40	5,62	4,11
Mallamas	4,11	5,10	24,01
Coosalud	6,25	5,05	-19,20
Comfasucre	5,67	4,70	-17,12
Asociación Mutual ser	3,04	3,62	19,02
Asociación Indígena del cauca	1,97	3,09	56,94
Comfamiliar Guajira	1,82	2,69	47,60
Manexka EPSI	1,37	2,32	69,50
Anas Wayuu	0,75	0,93	23,88

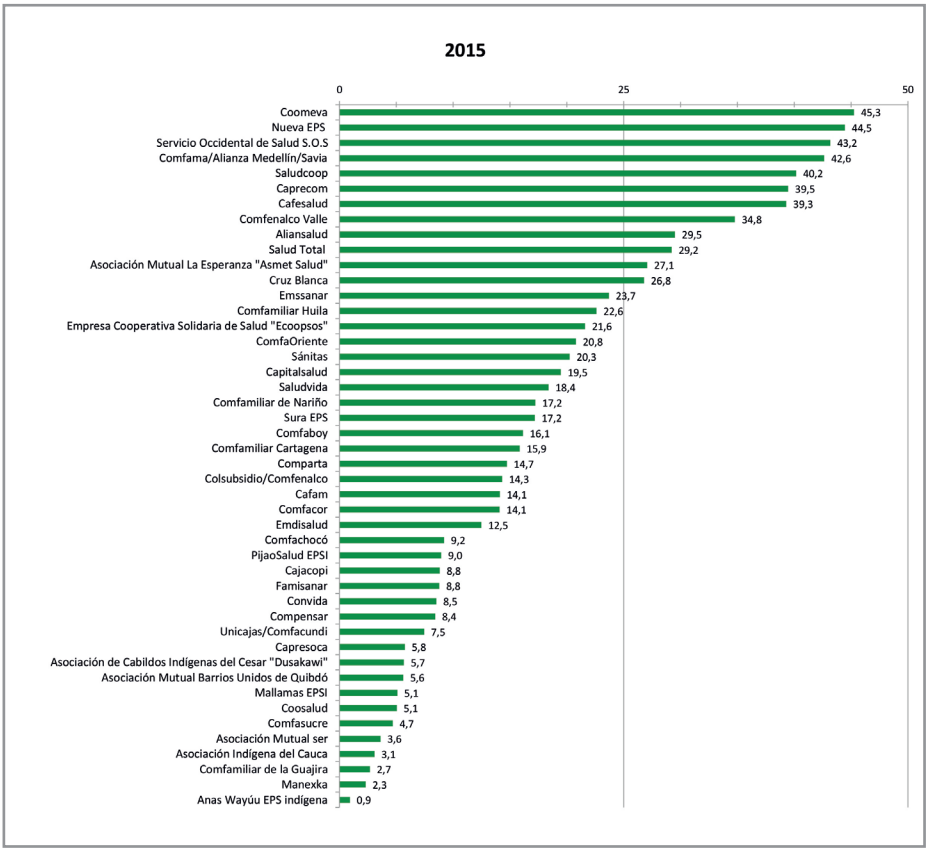
Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Las gráficas 3 y 4 muestran el número de tutelas por cada 10.000 afiliados para todas la EPS que prestan servicios tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

Gráfica 3. Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS en 2014



Gráfica 4. Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS en 2015



Tutelas contra Entidades territoriales

Contrario a lo observado en 2014 en donde las tutelas contra las entidades territoriales disminuyeron sustancialmente, en 2015 se observa un incremento del 26,37 por ciento, especialmente en las tutelas dirigidas contra las secretarías de salud cuya participación en esta categoría es del 80 por ciento como consecuencia del incremento de tutelas debido posiblemente a que la población pobre no asegurada ha venido disminuyendo progresivamente, en la medida en que se aumenta la cobertura y por la expedición de la Resolución 1479 de 2015, la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías en cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, suministrados a los afiliados del Régimen Subsidiado, lo que produjo negaciones tanto de las EPS al afirmar que eran servicios no POS, como de los entes territoriales quienes argumentaron la falta de recursos. (Tabla 22).

La Secretaría de salud de Medellín tiene el mayor número de tutelas (17,6 por ciento). Le siguen las secretarías de salud de Envigado (10,6 por ciento), Itagüí (10,3 por ciento), Bogotá (9,2 por ciento) y Manizales (4,5 por ciento). A nivel de alcaldías las más tuteladas son Bogotá, Medellín, Cali, Bucaramanga y Cúcuta.

Tabla 22. Tutelas en salud contra entidades territoriales. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Secretarías de Salud/Direcciones de salud	3.560	74,85	4.808	80,00	35,06
Alcaldías	799	16,80	763	12,70	-4,51
Gobernaciones	147	3,09	285	4,74	93,88
Secretarías de Educación	250	5,26	154	2,56	-38,40
Total	4.756	100,00	6.010	100,00	26,37

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Tutelas contra Instituciones Prestadoras de Salud –IPS-

Preocupa a la Defensoría del Pueblo el hallazgo sobre las tutelas contra las IPS (hospitales, clínicas y centros de salud), las cuales presentan un incremento de 48,2 por ciento con relación a 2014. Las IPS que prestan servicios al magisterio son las de mayor frecuencia: La Fundación Médica Preventiva con 27,25 por ciento y un incremento de 57,86 por ciento es la IPS con más tutelas en el periodo, seguida de Cosmitet (17,07 por ciento), Emcosalud (3,83 por ciento), Clínica General del Norte (3,66 por ciento), y Médicos Asociados (3,47 por ciento). (Tabla 25). A excepción del Hospital Erasmo Meóz de Cúcuta y Clínica las Peñitas de Sincelejo, las demás Instituciones Prestadoras de Salud presentan incrementos porcentuales considerables (Tabla 23).

Tabla 23. Tutelas en salud contra IPS. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Fundación Médico Preventiva	999	25,68	1.577	27,35	57,86
Cosmitet	592	15,22	984	17,07	66,22
Emcosalud	131	3,37	221	3,83	68,70
Clínica General del Norte/Unión Temporal del Norte	178	4,58	211	3,66	18,54
Médicos Asociados	127	3,26	200	3,47	57,48
Servimédicos	102	2,62	143	2,48	40,20
Avanzar Médico	94	2,42	137	2,38	45,74
UT Medicol	127	3,26	134	2,32	5,51
Colombiana de Salud	76	1,95	95	1,65	25,00
Comfandi	32	0,82	64	1,11	100,00
Instituto Nacional de Cancerología	32	0,82	54	0,94	68,75
Medicina Integral	32	0,82	51	0,88	59,38
Proinsalud	26	0,67	37	0,64	42,31
Hospital de Kennedy	29	0,75	34	0,59	17,24
Hospital Erasmo Meóz	60	1,54	32	0,56	-46,67
Hospital Federico Lleras Acosta	28	0,72	29	0,50	3,57
Hospital Universitario de Santander	16	0,41	29	0,50	81,25
Hospital Universitario del Valle	24	0,62	27	0,47	12,50
Clínica Peñitas de Sincelejo	28	0,72	24	0,42	-14,29
Otras IPS	1.157	29,74	1.682	29,18	45,38
Total	3.890	100,00	5.765	100,00	48,20

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Tutelas en salud contra Inpec /penitenciarías

A pesar de que la Ley 1709 de 2014 crea el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, encargado de contratar la prestación de los servicios de salud de todos los centros de reclusión, las tutelas contra el Inpec y los establecimientos penitenciarios del país continúan en aumento como consecuencia de la demora en la expedición del decreto reglamentario por parte del Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Salud y Protección Social, y el modelo de atención en salud a cargo de dicho ministerio y USPEC, por lo cual la afiliación de la población privada de la libertad a Caprecom se prolongó innecesariamente con todos los problemas que acarreaba dicha entidad.

La Defensoría del Pueblo, mediante tutelas ha beneficiado a 14.700 internos cuyos derechos han sido vulnerados, por lo que insistió en la necesidad que se decrete la emergencia social carcelaria.

Durante el seguimiento realizado a la atención sanitaria en las cárceles del país, la Defensoría del Pueblo reveló que más de 7.300 internos de 23 establecimientos de reclusión en el territorio nacional carecen de cualquier tipo de atención médica, a pesar de las condiciones de hacinamiento y las patologías que allí se presentan. Así mismo dio a conocer en visitas de inspección a terreno, al cabo de las cuales se conoció que de 20.945 procedimientos solicitados por los pacientes privados de la libertad, sólo han sido autorizados 8.531, es decir apenas el 40,7 por ciento. (Defensoría del Pueblo, 2016).

El estudio señala que en 84 de 132 establecimientos analizados, lo cual equivale a más del 63 por ciento, no hay entrega de medicamentos a los enfermos y que en 109 de ellos (82,5 por ciento) se incumple el suministro de insumos médicos, hospitalarios y odontológicos.

Como lo había precisado en su momento, la Defensoría del Pueblo concluye que tan sólo hay un médico por cada 797 internos en el país, que no existen regentes de farmacia y que tampoco hay auxiliares a cargo del archivo de historias clínicas dentro de los establecimientos.

La situación tiende a agravarse si se tiene en cuenta que de los casi 10 mil pacientes con diagnósticos de enfermedades graves oficialmente registrados en el sistema, 4.265.339 padecen hipertensión arterial, 2.162 son siquiátricos, 1.074 presentan diagnóstico por diabetes y 613 por VIH.

El mayor número de acciones de este grupo son contra las penitenciarías ubicadas en el departamento de Norte de Santander cuyo incremento es de 153,45 por ciento. Le siguen en frecuencia penitenciarías ubicadas en Valle del Cauca, Tolima, Meta y Cauca. (Tabla 24).

Tabla 24. Tutelas en salud contra Inpec/penitenciarías según departamento. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Norte de Santander	116	5,62	294	13,74	153,45
Valle	234	11,33	276	12,90	17,95
Tolima	229	11,09	238	11,12	3,93
Meta	155	7,51	198	9,25	27,74
Cauca	163	7,89	180	8,41	10,43
Caldas	168	8,14	164	7,66	-2,38
Antioquia	167	8,09	141	6,59	-15,57
Bogotá D.C	238	11,53	134	6,26	-43,70
Santander	167	8,09	106	4,95	-36,53
Cesar	88	4,26	82	3,83	-6,82
Boyacá	69	3,34	69	3,22	0,00
Cundinamarca	50	2,42	52	2,43	4,00
Caquetá	53	2,57	34	1,59	-35,85
Huila	33	1,60	34	1,59	3,03
Quindío	22	1,07	28	1,31	27,27
Casanare	24	1,16	19	0,89	-20,83
Atlántico	12	0,58	19	0,89	58,33
Risaralda	24	1,16	18	0,84	-25,00
Nariño	13	0,63	16	0,75	23,08
Otros	40	1,94	38	1,78	-5,00
Total	2.065	100,00	2.140	100,00	3,63

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Tutelas en salud en regímenes de excepción

Los resultados solo incluyen las tutelas dirigidas a las Fuerzas Militares y de Policía y Ecopetrol, ya que las acciones contra el magisterio no se interponen directamente contra esta entidad, sino contra las IPS encargadas de la atención de los docentes y sus beneficiarios, las cuales fueron mencionadas en el grupo de las IPS.

De esta manera, las tutelas contra las entidades que pertenecen a este grupo se incrementaron en un 22,27 por ciento especialmente contra los servicios de salud de las Fuerzas Militares y de Policía, cuya participación es de 98,31 por ciento (Tabla 25).

En el caso de las tutelas contra las Fuerzas Militares y de Policía su incremento ha sido creciente en los últimos años, alcanzando el 22,44 por ciento en 2015. Lo an-

terior denota la dificultad por la que atraviesa este régimen de excepción obligando a los usuarios a acudir a la acción de tutela para tener acceso a los servicios de salud.

Tabla 25. Tutelas en salud contra entidades de régimen especial. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Fuerzas Militares y de Policía	2.892	98,17	3.541	98,31	22,44
Ecopetrol	54	1,83	61	1,69	12,96
Total	2.946	100,00	3.602	100,00	22,27

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo
No se incluye al Magisterio

Tutelas en salud contra Administradoras de Fondos de Pensiones

Las tutelas en salud contra las entidades de este grupo crecieron en 19,1 por ciento. ISS/Colpensiones es la entidad con el mayor número de ellas con un crecimiento de 8,45 por ciento en razón a la no afiliación en salud de los pre-pensionados, mientras le resuelven la situación y su ingreso a la nómina. Durante este periodo los pre-pensionados quedan sin protección en salud, y para acceder a servicios deben cotizar como independientes. (Tabla 26).

Tabla 26. Tutelas en salud contra Administradoras de fondos de pensiones. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
ISS/Colpensiones	757	60,51	821	55,10	8,45
Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir - Horizonte	141	11,27	142	9,53	0,71
Fiduprevisora	113	9,03	122	8,19	7,96
Fondo de Pensiones y Cesantías Protección - ING	108	8,63	92	6,17	-14,81
Fondo de Previsión del Magisterio	50	4,00	60	4,03	20,00
Colfondos-Citi	26	2,08	36	2,42	38,46
UGPP			38	2,55	
Fondo de Pensiones Públicas FOPEP,FONCEP/ Fondos territoriales/	12	0,96	18	1,21	50,00
Otras Administradoras de fondos de pensiones	44	3,52	161	10,81	265,91
Total	1.251	100,00	1.490	100,00	19,10

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Tutelas en salud contra Administradoras de Riesgos Laborales y Compañías de seguros.

El número de tutelas que invocan el derecho a la salud contra las entidades que conforman este grupo creció 45,01 por ciento y la ARL Positiva es la entidad con el mayor número de acciones con una participación del 50,23 por ciento de las mismas, para un incremento en su frecuencia de 51,89 por ciento con relación al año anterior. (Tabla 27). Igualmente hay que mencionar que todas las entidades que conforman este grupo tienen incrementos significativos básicamente por solicitudes de citas para establecer el origen de los accidentes de trabajo y de las enfermedades laborales.

Tabla 27. Tutelas en salud contra ARL y compañías de seguros. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
ARL Positiva	634	47,96	963	50,23	51,89
Sura/ Suratep	212	16,04	277	14,45	30,66
Seguros de Vida Colpatria	91	6,88	138	7,20	51,65
Compañía de Seguros Colmena	109	8,25	113	5,89	3,67
Compañía de Seguros Bolívar	47	3,56	61	3,18	29,79
La Equidad Seguros de Vida	43	3,25	57	2,97	32,56
Liberty Seguros	43	3,25	55	2,87	27,91
QEB Seguros	33	2,50	54	2,82	63,64
Seguros del Estado S.A.	25	1,89	53	2,76	112,00
Maphre Seguros	30	2,27	42	2,19	40,00
Otras Compañías de Seguros	55	4,16	104	5,43	89,09
Total	1.322	100,00	1.917	100,00	45,01

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Otras entidades demandadas

En esta clasificación se encuentran entidades contra las cuales se interponen tutelas que invocan el derecho a la salud y que no se mencionan en otros grupos. Sobresalen los ministerios (991), la Unidad para la atención y reparación a las víctimas (521), empresas de servicios públicos y telefonía celular (404) y las empresas de medicina prepagada (311).

Análisis de los hechos en las tutelas de salud 2015

El análisis de esta sección se hace sobre una muestra representativa, de 3.081 tutelas que invocan el derecho a la salud, seleccionada a través de un muestreo aleatorio estratificado por departamento con una confiabilidad del 95 por ciento y

un margen de error de 1,35 por ciento. Los resultados se presentan utilizando un factor de expansión en función de la misma variable de estratificación. Corresponde el 50,3 por ciento al régimen contributivo, el 39,4 por ciento al régimen subsidiado y el 10,3 por ciento a los demás, en los que se incluyen servicios de salud de las fuerzas militares y de policía; magisterio, medicina prepagada, administradoras de fondos de pensiones, administradora de riesgos laborales, Inpec, etc.

La información fue recolectada durante el año 2015, en la medida en que iban llegando los expedientes a la Corte Constitucional. Los datos fueron registrados en el formato anexo 1, discriminando los tipos de solicitudes realizadas en cada expediente, de acuerdo al relato del accionante en la tutela seleccionada. La cuantificación se hace con todas las solicitudes en cada una de las tutelas, ya que en una misma acción se puede presentar más de una solicitud con requerimientos diferentes.

Durante 2015 se realizaron 299.905 solicitudes en las 151.213 tutelas instauradas, su incremento es de 28,45 por ciento con relación a 2014 para un promedio de 1,98 solicitudes por tutela. La media más alta dentro de cada acción son las solicitudes por exámenes paraclínicos (1,85) seguido de medicamentos (1,59), prótesis e insumos (1,58), citas médicas (1,33), tratamientos (1,30), imágenes diagnósticas (1,28), cirugías (1,20) y procedimientos (1,05). Se destaca la disminución de solicitudes de exámenes paraclínicos por tutela los cuales pasaron de 3,05 a 1,85.

Contenidos más frecuentes en las tutelas de salud

Las distintas solicitudes son clasificadas según el requerimiento o servicio médico demandado en la tutela. Adicionalmente se conforman dos grupos, uno en el que la solicitud tiene relación de alguna forma con la atención en salud sin ser un servicio específico de salud y otro con aquellas peticiones que nada tienen que ver con servicios de salud, pero que los usuarios invocan este derecho como vulnerado (Tabla 28).

Tabla 28. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud. Periodo 2014 – 2015

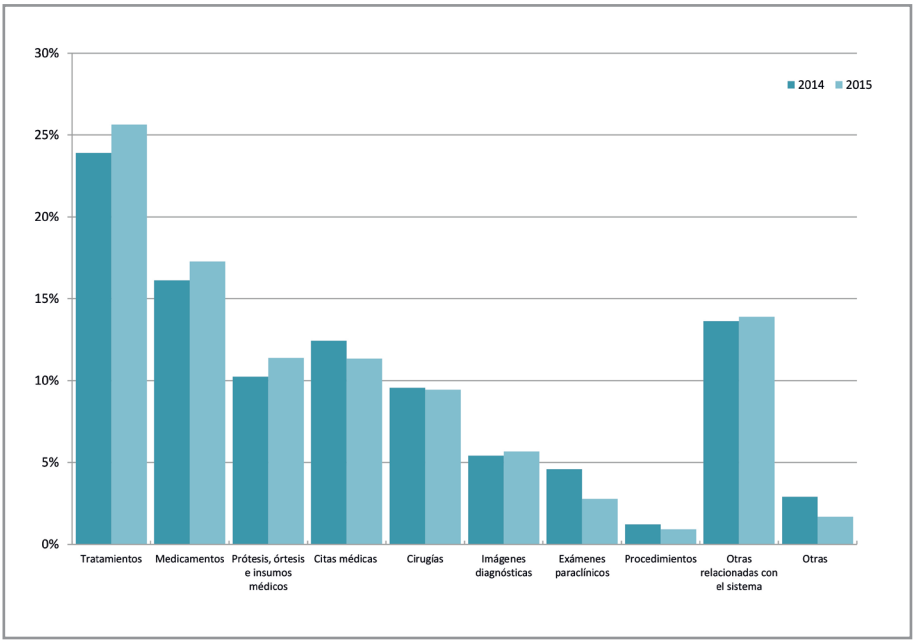
	2014		2015		Variación %
	N° Solicitudes	Part. % Solicitudes	N° Tutelas Solicitudes	Part. % Solicitudes	
Tratamientos	55.799	23,90	76.899	25,64	37,81
Medicamentos	37.621	16,11	51.795	17,27	37,68
Prótesis, órtesis e insumos médicos	23.903	10,24	34.140	11,38	42,83
Citas médicas	29.038	12,44	34.005	11,34	17,11
Cirugías	22.308	9,55	28.324	9,44	26,97
Imágenes diagnósticas	12.654	5,42	17.020	5,68	34,50
Exámenes paraclínicos	10.716	4,59	8.310	2,77	-22,45
Procedimientos	2.841	1,22	2.715	0,91	-4,44
Otras relacionadas con el sistema	31.830	13,63	41.667	13,89	30,90
Otras	6.763	2,90	5.030	1,68	-25,62
Total solicitudes	233.473	100,00	299.905	100,00	28,45
Total tutelas en salud	118.281		151.213		27,84

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En general, las solicitudes durante 2015 aumentaron en 28,45 por ciento con relación a 2014. Respecto a los servicios médicos solicitados, los tratamientos son las reclamaciones más frecuentes en las tutelas de este periodo con 25,64 por ciento, para un incremento de 37,81 por ciento. Le siguen las solicitudes por medicamentos con 17,27 por ciento, prótesis, órtesis e insumos médicos (11,38 por ciento), citas médicas especializadas (11,34 por ciento) y cirugías (9,44 por ciento). Al igual que el año anterior las solicitudes de mayor crecimiento son las prótesis, órtesis e insumos médicos, que se dan por la reiterada demanda de servicios no incluidos en el POS como pañales, tiras de glucometría, sillas de ruedas, pañitos, colchones, camas hospitalarias y cojines antiescaras, entre otros.

Así mismo hay que mencionar la participación elevada (13,89 por ciento) de otras solicitudes relacionadas con salud entre las que sobresalen los viáticos y el transporte (Gráfica 5).

Gráfica 5. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud. Periodo 2014 – 2015



Al discriminar las solicitudes más frecuentes en 2015 según régimen, se encuentra que en los dos regímenes (contributivo y subsidiado) predominan las solicitudes por tratamientos, medicamentos, otras solicitudes relacionadas con el sistema (en especial, transporte y viáticos), prótesis, órtesis e insumos médicos y citas médicas especializadas, mientras que en los otros regímenes analizados lo más frecuente son las solicitudes por tratamientos, otras solicitudes distintas de salud, otras relacionadas con salud y cirugías (Tabla 29).

Tabla 29. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud por régimen. Periodo 2015

	RÉGIMEN										
	CONTRIBUTIVO			SUBSIDIADO			OTROS			Total	
	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part %
Tratamientos	40.416	26,9	52,56	31.723	25,2	41,25	4.760	19,99	6,19	76.899	25,64
Medicamentos	26.226	17,5	50,63	22.957	18,2	44,32	2.612	10,97	5,04	51.795	17,27
Prótesis, órtesis e insumos médicos	17.287	11,5	50,64	15.639	12,4	45,81	1.214	5,10	3,56	34.140	11,38
Citas médicas especializadas	16.417	10,9	48,28	15.453	12,3	45,44	2.135	8,97	6,28	34.005	11,34
Cirugías	15.634	10,4	55,20	9.977	7,9	35,22	2.713	11,39	9,58	28.324	9,44
Imágenes diagnósticas	7.372	4,9	43,31	8.250	6,5	48,47	1.398	5,87	8,21	17.020	5,68
Exámenes paraclínicos	2.952	2,0	35,52	5.110	4,1	61,49	248	1,04	2,98	8.310	2,77
Procedimientos	1.202	0,8	44,27	1.456	1,2	53,63	57	0,24	2,10	2.715	0,91
Otras relacionadas con el sistema	22.021	14,7	52,85	15.561	12,3	37,35	4.085	17,16	9,80	41.667	13,89
Otras	443	0,3	8,81	0	0,0	0,00	4.587	19,27	91,19	5.030	1,68
Total	149.970	100,0	50,01	126.126	100,0	42,06	23.809	100,00	7,94	299.905	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Especialidades más frecuentes en las tutelas de salud

Teniendo en cuenta los ocho servicios de salud en los cuales se clasifican las solicitudes (tratamientos, medicamentos, cirugías, imágenes diagnósticas, exámenes paraclínicos, prótesis, órtesis e insumos, procedimientos y citas médicas especializadas) y de acuerdo al diagnóstico reportado en la tutela, se determinan las especialidades relacionadas con cada uno de ellos. Así las cosas, las cinco especialidades más frecuentes son: neurología, oncología, ortopedia, neurocirugía y endocrinología. Con relación a 2014, las especialidades de mayor crecimiento son fisiatría, neurocirugía, hepatología, proctología y nutrición, a pesar que esta última no es una especialidad médica; mientras que descienden en frecuencia cirugía general, odontología, medicina interna, nefrología y cirugía plástica (Tabla 30).

Tabla 30. Especialidades más frecuentes en las tutelas. Periodo 2014 - 2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Neurología	16.851	18,76	19.063	15,88	13,13
Oncología	9.570	10,66	14.393	11,99	50,40
Ortopedia	7.377	8,21	10.139	8,44	37,44
Neurocirugía	2.500	2,78	9.540	7,95	281,60
Endocrinología	4.298	4,79	7.946	6,62	84,88
Oftalmología/retinología	4.865	5,42	7.332	6,11	50,71
Urología	3.576	3,98	7.011	5,84	96,06
Cardiología	2.811	3,13	4.545	3,79	61,69
Gastroenterología	4.022	4,48	4.307	3,59	7,09
Neumología	3.267	3,64	4.064	3,38	24,40
Otorrinolaringología	2.757	3,07	4.053	3,38	47,01
Gineco-obstetricia	1.689	1,88	3.775	3,14	123,51
Psiquiatría	3.741	4,17	3.738	3,11	-0,08
Reumatología	2.412	2,69	2.673	2,23	10,82
Nefrología	3.036	3,38	2.132	1,78	-29,78
Odontología	3.273	3,64	1.886	1,57	-42,38
Infectología	1.138	1,27	1.630	1,36	43,23
Vascular	1.472	1,64	1.446	1,20	-1,77
Medicina interna	2.199	2,45	1.440	1,20	-34,52
Dermatología	1.657	1,84	1.278	1,06	-22,87
Maxilofacial	651	0,72	1.084	0,90	66,51
Cirugía general	2.824	3,14	951	0,79	-66,32
Nutricionista	380	0,42	936	0,78	146,32
Cirugía plástica	1.242	1,38	915	0,76	-26,33
Hepatología	218	0,24	796	0,66	265,14
Hematología	487	0,54	697	0,58	43,12
Fisiatria	119	0,13	625	0,52	425,21
Proctología	227	0,25	602	0,50	165,20
Otras/No específicas	1.154	1,28	1.068	0,89	-7,45
Total	89.813	100,00	120.065	100,00	33,68

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Al verificar las especialidades por régimen, se observan mayores solicitudes en neurología, oncología, ortopedia, neurocirugía y endocrinología en el régimen contributivo, mientras que en el régimen subsidiado se destaca neurología, oncología, oftalmología, neurocirugía y ortopedia. (Tabla 31).

Tabla 31. Especialidades más frecuentes en las tutelas según Régimen. Periodo 2015

	RÉGIMEN										
	CONTRIBUTIVO			SUBSIDIADO			OTROS			Total	
	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part %
Neurología	10.466	17,0	54,90	7.713	15,3	40,46	884	10,74	4,64	19.063	15,88
Oncología	7.680	12,5	53,36	5.615	11,1	39,01	1098	13,34	7,63	14.393	11,99
Ortopedia	5.618	9,1	55,41	3.384	6,7	33,38	1137	13,81	11,21	10.139	8,44
Neurocirugía	5.322	8,7	55,79	3.757	7,5	39,38	461	5,60	4,83	9.540	7,95
Endocrinología	4.453	7,3	56,04	3.190	6,3	40,15	303	3,68	3,81	7.946	6,62
Oftalmología	3.098	5,0	42,25	3.838	7,6	52,35	396	4,81	5,40	7.332	6,11
Urología	3.511	5,7	50,08	2.865	5,7	40,86	635	7,71	9,06	7.011	5,84
Cardiología	2.283	3,7	50,23	1.890	3,7	41,58	372	4,52	8,18	4.545	3,79
Gastroenterología	2.132	3,5	49,50	1.676	3,3	38,91	499	6,06	11,59	4.307	3,59
Neumología	1.947	3,2	47,91	1.919	3,8	47,22	198	2,40	4,87	4.064	3,38
Otorrinolaringología	1.477	2,4	36,44	2.078	4,1	51,27	498	6,05	12,29	4.053	3,38
Gineco-obtetricia	1.822	3,0	48,26	1.546	3,1	40,95	407	4,94	10,78	3.775	3,14
Psiquiatría	1.616	2,6	43,23	1.916	3,8	51,26	206	2,50	5,51	3.738	3,11
Reumatología	1.389	2,3	51,96	1.235	2,4	46,20	49	0,60	1,83	2.673	2,23
Nefrología	1.261	2,1	59,15	610	1,2	28,61	261	3,17	12,24	2.132	1,78
Odontología	900	1,5	47,72	894	1,8	47,40	92	1,12	4,88	1.886	1,57
Infectología	560	0,9	34,36	1.021	2,0	62,64	49	0,60	3,01	1.630	1,36
Vascular	655	1,1	45,30	735	1,5	50,83	56	0,68	3,87	1.446	1,20
Medicina interna	826	1,3	57,36	614	1,2	42,64	0	0,00	0,00	1.440	1,20
Dermatología	623	1,0	48,75	558	1,1	43,66	97	1,18	7,59	1.278	1,06
Maxilofacial	732	1,2	67,53	303	0,6	27,95	49	0,60	4,52	1.084	0,90
Cirugía general	391	0,6	41,11	407	0,8	42,80	153	1,86	16,09	951	0,79
Nutricionista	49	0,1	5,24	887	1,8	94,76	0	0,00	0,00	936	0,78
Cirugía plástica	557	0,9	60,87	358	0,7	39,13	0	0,00	0,00	915	0,76
Hepatología	352	0,6	44,22	395	0,8	49,62	49	0,60	6,16	796	0,66
Hematología	470	0,8	67,43	227	0,5	32,57	0	0,00	0,00	697	0,58
Fisiatría	351	0,6	56,16	226	0,4	36,16	48	0,58	7,68	625	0,52
Proctología	511	0,8	84,88	0	0,0	0,00	91	1,11	15,12	602	0,50
Otras/No especificadas	353	0,6	33,05	570	1,1	53,37	145	1,76	13,58	1.068	0,89
Total	61.405	100,0	51,14	50.427	100,0	42,00	8.233	100,00	6,86	120.065	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Diagnósticos en las Tutelas

Con base en los ocho servicios de salud y teniendo en cuenta la clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE 10), los diagnósticos se agrupan según los capítulos y bloques de dicha clasificación. Adicionalmente se creó un grupo independiente denominado Enfermedades Huérfanas para determinar su comportamiento. Los cinco diagnósticos más frecuentes que se relacionan en las tutelas son los tumores o neoplasias (11,77 por ciento), trastornos mentales y de comportamiento (8,89 por ciento), enfermedades del sistema circulatorio (8,69 por ciento), enfermedades del aparato genitourinario (8,65 por ciento) y enfer-

medades del sistema osteomuscular. Las enfermedades huérfanas (210,65 por ciento), enfermedades del sistema osteomuscular (56,83 por ciento) y enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (55,19 por ciento) son los diagnósticos de mayor variación porcentual con relación a 2014 (Tabla 32).

Tabla 32. Diagnósticos en las tutelas. Periodo 2014-2015

	2014		2015		Variación %
	Nº Tutelas	Part. %	Nº Tutelas	Part. %	
Tumores (Neoplasias)	9.835	10,95	14.135	11,77	43,73
Trastornos mentales y del comportamiento	7.384	8,22	10.678	8,89	44,61
Enfermedades del sistema circulatorio	8.285	9,23	10.435	8,69	25,94
Enfermedades del aparato genitourinario	7.571	8,43	10.389	8,65	37,22
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	6.200	6,90	9.724	8,10	56,83
Enfermedades del sistema nervioso	7.463	8,31	9.586	7,98	28,44
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5.243	5,84	8.093	6,74	54,35
Enfermedades del sistema digestivo	6.234	6,94	7.049	5,87	13,07
Enfermedades del ojo y sus anexos	4.280	4,77	6.518	5,43	52,29
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	4.633	5,16	5.936	4,94	28,13
Enfermedades del sistema respiratorio	3.155	3,51	4.885	4,07	54,82
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	4.231	4,71	4.718	3,93	11,50
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	4.338	4,83	4.391	3,66	1,22
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2.502	2,79	3.765	3,14	50,46
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1.591	1,77	2.242	1,87	40,92
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	2.082	2,32	2.046	1,70	-1,73
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	1.259	1,40	1.954	1,63	55,19
Enfermedades raras	484	0,54	1.504	1,25	210,65
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	455	0,51	697	0,58	53,06
Enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	579	0,64	649	0,54	12,07
Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	470	0,52	416	0,35	-11,50
Embarazo, parto y puerperio	287	0,32	143	0,12	-50,12
Sin Clasificar	1.249	1,39	112	0,09	-91,03
Total	89.813	100,00	120.065	100,00	33,68

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Diagnósticos según régimen

En el régimen contributivo los diagnósticos más frecuentes son los tumores o neoplasias (12,3 por ciento), seguido de trastornos mentales y del comportamientos (9,5 por ciento) enfermedades del sistema circulatorio (9,1 por ciento), enfermedades del aparato genitourinario (9 por ciento) y enfermedades del sistema osteomuscular (8,9 por ciento).

En el régimen subsidiado, los diagnósticos más frecuentes son: tumores o neoplasias (10,9 por ciento), enfermedades del sistema nervioso (8,6 por ciento), trastornos mentales y del comportamiento (8,4 por ciento), enfermedades del sistema circulatorio (8,4 por ciento), y enfermedades del aparato genitourinario (7,7 por ciento) (Tabla 33).

Tabla 33. Diagnósticos en las tutelas según régimen. Periodo 2015

	RÉGIMEN										
	CONTRIBUTIVO			SUBSIDIADO			OTROS			Total	
	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part %
Tumores (Neoplasias)	7.575	12,3	53,59	5.510	10,9	38,98	1050	12,75	7,43	14.135	11,77
Trastornos mentales y del comportamiento	5.854	9,5	54,82	4.254	8,4	39,84	570	6,92	5,34	10.678	8,89
Enfermedades del sistema circulatorio	5.599	9,1	53,66	4.224	8,4	40,48	612	7,43	5,86	10.435	8,69
Enfermedades del aparato genitourinario	5.546	9,0	53,38	3.884	7,7	37,39	959	11,65	9,23	10.389	8,65
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	5.463	8,9	56,18	3.360	6,7	34,55	901	10,94	9,27	9.724	8,10
Enfermedades del sistema nervioso	4.776	7,8	49,82	4.358	8,6	45,46	452	5,49	4,72	9.586	7,98
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4.242	6,9	52,42	3.597	7,1	44,45	254	3,09	3,14	8.093	6,74
Enfermedades del sistema digestivo	3.912	6,4	55,50	2.539	5,0	36,02	598	7,26	8,48	7.049	5,87
Enfermedades del ojo y sus anexos	2.738	4,5	42,01	3.384	6,7	51,92	396	4,81	6,08	6.518	5,43
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	2.956	4,8	49,80	2.638	5,2	44,44	342	4,15	5,76	5.936	4,94
Enfermedades del sistema respiratorio	2.453	4,0	50,21	2.036	4,0	41,68	396	4,81	8,11	4.885	4,07
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	2.424	3,9	51,38	1.979	3,9	41,95	315	3,83	6,68	4.718	3,93
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1.918	3,1	43,68	2.056	4,1	46,82	417	5,06	9,50	4.391	3,66
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1.625	2,6	43,16	1.845	3,7	49,00	295	3,58	7,84	3.765	3,14
Enfermedades infecciosas y parasitarias	908	1,5	40,50	1.237	2,5	55,17	97	1,18	4,33	2.242	1,87
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	1.121	1,8	54,79	828	1,6	40,47	97	1,18	4,74	2.046	1,70
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	644	1,0	32,96	1.116	2,2	57,11	194	2,36	9,93	1.954	1,63
Enfermedades raras	654	1,1	43,48	801	1,6	53,26	49	0,60	3,26	1.504	1,25
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	225	0,4	32,28	376	0,7	53,95	96	1,17	13,77	697	0,58
Enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	470	0,8	72,42	179	0,4	27,58	0	0,00	0,00	649	0,54
Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	102	0,2	24,52	171	0,3	41,11	143	1,74	34,38	416	0,35
Embarazo, parto y puerperio	143	0,2	100,00	0	0,0	0,00	0	0,00	0,00	143	0,12
Sin Clasificar	57	0,1	50,89	55	0,1	49,11	0	0,00	0,00	112	0,09
Total	61.405	100,0	51,14	50.427	100,0	42,00	8.233	100,00	6,86	120.065	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Dentro del diagnóstico de los tumores o neoplasias, el cáncer de mama es el más frecuente, seguido del encéfalo, tiroides, estómago y piel. (Tabla 34). Con respecto a 2014, disminuyeron las tutelas por tumores de próstata.

Estas cifras continúan guardando relación con lo expresado en el Plan Decenal para el control del Cáncer en Colombia 2012- 2021, en el que se estableció que entre las principales causas de muerte por cáncer en mujeres está el cáncer en cuello uterino, de mama, de estómago y de pulmón; mientras que en los hombres, el de estómago, pulmón y próstata como los más frecuentes, todas evitables si se tiene un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Tabla 34. Tutelas por diagnóstico de tumores. Periodo 2015

	RÉGIMEN										
	CONTRIBUTIVO			SUBSIDIADO			OTROS			Total	
	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part %
Tumor maligno de mama	1.154	15,2	62,11	656	11,9	35,32	48	4,56	2,58	1.857	13,14
Tumor maligno de encéfalo	945	12,5	61,23	439	8,0	28,45	159	15,16	10,32	1.543	10,92
Tumor maligno de la glándula tiroides	546	7,2	57,87	350	6,3	37,06	48	4,56	5,08	944	6,68
Tumor maligno del estómago	483	6,4	53,77	366	6,6	40,82	49	4,62	5,41	898	6,35
Otros tumores malignos de la piel	250	3,3	34,56	473	8,6	65,44	0	0,00	0,00	722	5,11
Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	312	4,1	60,91	200	3,6	39,09	0	0,00	0,00	512	3,62
Tumor maligno del cuello del útero	151	2,0	30,21	350	6,3	69,79	0	0,00	0,00	501	3,54
Tumor maligno del ano y del conducto anal	200	2,6	44,08	205	3,7	45,21	49	4,62	10,71	453	3,21
Tumor maligno del colon	239	3,2	54,69	198	3,6	45,31	0	0,00	0,00	437	3,09
Linfoma no hodgking de otro tipo	193	2,6	48,43	104	1,9	25,99	102	9,73	25,58	399	2,83
Otros	3.102	41,0	52,86	2.170	39,4	36,98	596	56,74	10,16	5.868	41,51
Total	7.575	100,0	53,59	5.510	100,0	38,98	1.050	100,00	7,43	14.135	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En cuanto a las enfermedades relacionadas con trastornos mentales y del comportamiento que son las segundas de mayor relevancia, las más frecuentes en las tutelas son la enfermedad de Alzhéimer con el 23,49 por ciento, seguida de retraso mental no especificado (16,26 por ciento) y trastornos del desarrollo psicológico (Tabla 35).

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, miles de colombianos sufren hoy a causa de problemas de salud mental, siendo los adolescentes y las mujeres de todas las edades los que llevan la peor parte. Entre los datos más relevantes del análisis, donde se encuestó a casi 16.200 personas de todo el país, está que, en promedio, 10 de cada 100 adultos de 18 a 44 años y 12 de cada 100 adolescentes tienen algún problema que sugiere la presencia de una enfermedad mental. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Tabla 35. Tutelas por diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento. Periodo 2015

	RÉGIMEN										
	CONTRIBUTIVO			SUBSIDIADO			OTROS			Total	
	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part %
Demencia en la enfermedad de alzhéimer	1.776	30,3	70,81	585	13,8	23,33	147	25,79	5,86	2.508	23,49
Retraso mental no especificado	878	15,0	50,26	768	18,1	43,96	101	17,72	5,78	1.747	16,36
Trastornos del desarrollo psicológico, no especificados	563	9,6	57,98	408	9,6	42,02	0	0,00	0,00	971	9,09
Trastornos generalizados del desarrollo	583	10,0	68,67	197	4,6	23,20	69	12,11	8,13	849	7,95
Esquizofrenia	298	5,1	35,18	549	12,9	64,82	0	0,00	0,00	847	7,93
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	186	3,2	28,70	413	9,7	63,73	49	8,60	7,56	648	6,07
Trastorno afectivo bipolar	362	6,2	66,30	184	4,3	33,70	0	0,00	0,00	546	5,11
Otros trastornos de ansiedad	248	4,2	53,80	103	2,4	22,34	110	19,30	23,86	461	4,32
Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física	206	3,5	49,16	213	5,0	50,84	0	0,00	0,00	419	3,92
Trastornos hipercinéticos	146	2,5	50,00	146	3,4	50,00	0	0,00	0,00	292	2,73
Otros	608	10,4	43,74	688	16,2	49,50	94	16,49	6,76	1.390	13,02
Total	5.854	100,0	54,82	4.254	100,0	39,84	570	100,00	5,34	10.678	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Respecto a las enfermedades del sistema circulatorio, las más frecuentes son los accidentes vasculares encefálicos agudos no especificados como hemorrágicos o isquémicos con el 23,1 por ciento, seguido de la hipertensión arterial con un 12,89 por ciento (Tabla 36).

Según la Organización Mundial de la Salud (2015), los accidentes vasculares encefálicos son la tercera causa de muerte en el mundo, la primera causa de in-

validez permanente entre las personas adultas y una de las principales causas de déficit neurológico en el anciano, considerándose uno de los problemas más importantes de salud pública.

La OMS considera que la hipertensión arterial es responsable de 9.4 millones de muertes al año, siendo esta uno de los mayores factores de riesgo para padecer una enfermedad cardiovascular como el infarto, la angina y la muerte súbita cardiaca; o una enfermedad cerebrovascular como el infarto o la hemorragia cerebral, que son la primeras causas de muerte en el mundo. Actualmente la hipertensión afecta aproximadamente al 20 por ciento de las personas en el mundo, y en Colombia se estima que tiene una incidencia entre 12 por ciento y el 22 por ciento de la población aproximadamente. Sin embargo, a pesar de no existir cura para esta enfermedad, existen factores de riesgo que se pueden controlar con el fin de disminuir su incidencia.

Tabla 36. Tutelas por diagnóstico de enfermedades del sistema circulatorio. Periodo 2015

	RÉGIMEN										
	CONTRIBUTIVO			SUBSIDIADO			OTROS			Total	
	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part %
Accidente vascular encefálico agudo no especificado como hemorrágico o isquémico	1.396	24,9	57,66	930	22,0	38,41	95	15,52	3,92	2.421	23,20
Hipertensión esencial (primaria)	731	13,1	54,35	614	14,5	45,65	0	0,00	0,00	1.345	12,89
Secuelas de enfermedades cerebrovascular	443	7,9	63,74	252	6,0	36,26	0	0,00	0,00	695	6,66
Enfermedad isquémica crónica del corazón	430	7,7	79,48	111	2,6	20,52	0	0,00	0,00	541	5,18
Otros trastornos de las venas	214	3,8	46,83	243	5,8	53,17	0	0,00	0,00	457	4,38
Fibrilación y aleteo auricular	97	1,7	21,32	310	7,3	68,13	48	7,84	10,55	455	4,36
Infarto agudo del miocardio	304	5,4	72,04	118	2,8	27,96	0	0,00	0,00	422	4,04
Cardiomiopatía	211	3,8	54,38	129	3,1	33,25	48	7,84	12,37	388	3,72
Otras enfermedades cerebrovasculares	206	3,7	59,88	76	1,8	22,09	62	10,13	18,02	344	3,30
Infarto cerebral	97	1,7	32,66	200	4,7	67,34	0	0,00	0,00	297	2,85
Otros	1.470	26,3	47,88	1.241	29,4	40,42	359	58,66	11,69	3.070	29,42
Total	5.599	100,0	53,66	4.224	100,0	40,48	612	100,00	5,86	10.435	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Otras solicitudes relacionadas con el sistema

En este grupo se incluyen las solicitudes realizadas por los usuarios que de una u otra forma le impiden acceder a los servicios de salud o que son derivadas de un servicio de salud. Durante 2015, estas solicitudes tienen un incremento del 30,9 por ciento (Tabla 34) y el 49,31 por ciento de ellas son por solicitudes de transporte, alojamiento y viáticos que aumentaron su frecuencia en 42,17 por ciento con respecto al año anterior. Le siguen las solicitudes de atención médica no especificada y pago de incapacidades. Otros inconvenientes que mencionan los usuarios son los problemas relacionados con la base de datos única de afiliación (BDUA) ya que por multiafiliación o errores en la identificación no son prestados los servicios de salud (Tabla 37).

A pesar de no ser servicios de salud directos, se han convertido en los últimos años en una de las principales barreras de acceso de los usuarios.

Tabla 37. Otras solicitudes relacionadas con el sistema. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Transporte, alojamiento y viáticos	14.452	45,40	20.546	49,31	42,17
Atención médica	4.489	14,10	4.216	10,12	-6,08
Pago de incapacidades	4.004	12,58	3.655	8,77	-8,72
Afiliaciones/retiros	1.914	6,01	3.391	8,14	77,17
Exoneración de copagos o cuotas moderadoras	1.978	6,21	3.095	7,43	56,47
Cambio de EPS/IPS	1.345	4,23	1.811	4,35	34,65
Pago de licencia de maternidad	2.206	6,93	1.538	3,69	-30,28
Servicio de ambulancia	636	2,00	1.348	3,24	111,95
Reintegro por pagos médicos	220	0,69	542	1,30	146,36
Pago de aportes a salud	338	1,06	342	0,82	1,18
Atención en centro especializado	128	0,40	329	0,79	157,03
Multiafiliación/corrección BDUA	78	0,25	267	0,64	242,31
Otros	42	0,13	587	1,41	1297,62
Total	31.830	100,00	41.667	100,00	30,90

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

El incremento en las tutelas por negación en la autorización de transporte, alojamiento y viáticos para el paciente y en algunos casos sus familiares (cuando por su enfermedad le es imposible movilizarse por sí solos) sigue presentándose, por la negativa de las EPS para aplicar los criterios establecidos por la Honorable Corte Constitucional en esta materia, la cual ha reiterado la obligatoriedad de la prestación de este servicio por parte de las aseguradoras cuando el paciente y sus

familiares cercanos no cuentan con los recursos económicos para cubrir dicho gasto y, su negación, pone en riesgo la vida, la integridad física y el estado de salud del paciente.

La segunda petición más frecuente dentro de este grupo es la solicitud de atención médica no especificada, que en la mayoría de los casos se presenta en personas no afiliadas al sistema de salud o multiafiliadas, quienes al enfermarse no saben a dónde acudir para lograr su atención en salud.

En cuanto a las reclamaciones por pago de incapacidades y del reconocimiento del pago de licencias de maternidad, aunque este periodo presenta una pequeña disminución, esta es entendida por la Defensoría por la aplicación, cada vez más frecuente, de los criterios establecidos por la Corte Constitucional para la proteger estos derechos, aunque falta su implementación de manera completa.

Respecto a las afiliaciones y retiros en el sistema, que aumentaron en 2015 con ocasión a la creciente negativa de las EPS para aprobar los traslados de los usuarios, dichas entidades demoran las solicitudes, estableciendo barretas administrativas no permitidas tales como la exigencia de la historia clínica.

Al observar los resultados por régimen, la solicitud de transporte y viáticos se da por igual en el régimen contributivo como en el subsidiado, mientras que las solicitudes de pago de incapacidades y pago de licencia de maternidad son exclusivas del régimen contributivo.

Tabla 38. Otras solicitudes relacionadas con el sistema según régimen. Periodo 2015

	RÉGIMEN									Total	
	CONTRIBUTIVO			SUBSIDIADO			OTROS				
	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part %
Transporte, alojamiento y viáticos	9.994	45,4	48,64	9.633	61,9	46,89	919	22,50	4,47	20.546	49,31
Atención médica	1.758	8,0	41,70	1.427	9,2	33,85	1031	25,24	24,45	4.216	10,12
Pago de incapacidades	3.182	14,4	87,06	0	0,0	0,00	473	11,58	12,94	3.655	8,77
Afiliaciones/ retiros	1.488	6,8	43,88	1.305	8,4	38,48	598	14,64	17,63	3.391	8,14
Exoneración de copagos o cuotas moderadoras	1.517	6,9	49,01	1.529	9,8	49,40	49	1,20	1,58	3.095	7,43
Cambio de EPS/ IPS	871	4,0	48,09	789	5,1	43,57	151	3,70	8,34	1.811	4,35
Pago de licencia de maternidad	1.482	6,7	96,36	0	0,0	0,00	56	1,37	3,64	1.538	3,69
Servicio de ambulancia	809	3,7	60,01	539	3,5	39,99	0	0,00	0,00	1.348	3,24
Reintegro por pagos médicos	389	1,8	71,77	50	0,3	9,23	103	2,52	19,00	542	1,30
Pago de aportes a salud	105	0,5	30,70	91	0,6	26,61	146	3,57	42,69	342	0,82
Atención en centro especializado	146	0,7	44,38	0	0,0	0,00	183	4,48	55,62	329	0,79
Multiafiliación/ corrección BDUA	166	0,8	62,17	101	0,6	37,83	0	0,00	0,00	267	0,64
Otros	114	0,5	19,42	97	0,6	16,52	376	9,20	64,05	587	1,41
Total	22.021	100,0	52,85	15.561	100,0	37,35	4.085	100,00	9,80	41.667	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Otras solicitudes en las tutelas de salud

Estas tutelas corresponden a solicitudes de los usuarios de aspectos que no guardan relación con servicios de salud pero que consideran que afectan su estado de salud. Con relación a 2014, la frecuencia presenta una disminución de 25,62 por ciento, especialmente en solicitudes relacionadas con medio ambiente y salubridad, traslados y reintegros laborales; sin embargo, se observan incrementos en solicitudes de pago de prestaciones económicas, reconocimiento de pensiones y calificación de invalidez (Tabla 39).

Tabla 39. Otras solicitudes. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Calificación de invalidez	883	13,06	989	19,66	12,00
Reintegro laboral	790	11,68	676	13,44	-14,43
Reconocimiento de pensión	496	7,33	629	12,50	26,81
Pago de prestaciones económicas	404	5,97	563	11,19	39,36
Ayuda humanitaria	814	12,04	513	10,20	-36,98
Servicios públicos	360	5,32	267	5,31	-25,83
Medio ambiente y salubridad pública	584	8,64	160	3,18	-72,60
Traslado laboral	293	4,33	62	1,23	-78,84
Otros	2.139	31,63	1.171	23,28	-45,25
Total	6.763	100,00	5.030	100,00	-25,62
Atención en centro especializado	128	0,40	329	0,79	157,03
Multiafiliación/corrección BDUA	78	0,25	267	0,64	242,31
Otros	42	0,13	587	1,41	1297,62
Total	31.830	100,00	41.667	100,00	30,90

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

El 92,19 por ciento de estas solicitudes son presentadas por ciudadanos de otros regímenes de salud (fuerzas militares y de policía y magisterio), desempleados o personas que se encuentran en condición de desplazamiento. (Tabla 40).

La principal solicitud es la calificación de invalidez con 19,66 por ciento, seguida del reintegro laboral (13,44 por ciento) y reconocimiento de pensión (12,5 por ciento).

Tabla 40. Otras solicitudes según régimen. Periodo 2015

	RÉGIMEN									Total	
	CONTRIBUTIVO			SUBSIDIADO			OTROS				
	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part V%	Part H%	Tutelas	Part %
Calificación de invalidez	192	43,3	19,41	0	0,0	0,00	797	17,38	80,59	989	19,66
Reintegro laboral	105	23,7	15,53	0	0,0	0,00	571	12,45	84,47	676	13,44
Reconocimiento de pensión	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	629	13,71	100,00	629	12,50
Pago de prestaciones económicas	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	563	12,27	100,00	563	11,19
Ayuda humanitaria	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	513	11,18	100,00	513	10,20
Servicios públicos	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	267	5,82	100,00	267	5,31
Medio ambiente y salubridad pública	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	160	3,49	100,00	160	3,18
Traslado laboral	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	62	1,35	100,00	62	1,23
Otros	146	33,0	12,47	0	0,0	0,00	1025	22,35	87,53	1.171	23,28
Total	443	100,0	8,81	0	0,0	0,00	4.587	100,00	91,19	5.030	100,00
Otros	1.470	26,3	47,88	1.241	29,4	40,42	359	58,66	11,69	3.070	29,42
Total	5.599	100,0	53,66	4.224	100,0	40,48	612	100,00	5,86	10.435	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Tutelas para exigir contenidos del POS y no POS en los servicios de salud

Teniendo en cuenta manifestaciones del Ministro de Salud y Protección Social en el sentido que la clasificación POS y no POS se mantendrá hasta el año 2016, cuando se cumplan los dos años establecidos por la Ley estatutaria, las distintas solicitudes se clasifican en POS y no POS de acuerdo con la normatividad vigente al 31 de diciembre de 2015.

En los resultados de este capítulo solo se tienen en cuenta las tutelas en las que los usuarios solicitan los 8 servicios de salud (tratamientos, medicamentos, citas médicas; prótesis, órtesis e insumos médicos, imágenes diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos) y únicamente para los usuarios que pertenecen a los regímenes contributivo y subsidiado.

Las distintas solicitudes dentro de cada una de las tutelas son clasificadas en POS y no POS teniendo en cuenta el Acuerdo 032 de 2012, la Resolución 5521 de 2013 y la herramienta de consulta POS Pópuli, dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS-, en la página web de la entidad.

Igual que en años anteriores, en la clasificación POS y no POS, no se tienen en cuenta las solicitudes de transporte, alojamiento y viáticos, que como es sabido fueron incluidas en el POS desde el Acuerdo 08 de 2009 y ratificadas en el Acuer-

do 29 de 2011. Adicionalmente, en la herramienta de consulta denominada POS Pópuli establecida por el MSPS para que los ciudadanos consulten los contenidos del Plan de Beneficios a que tienen derecho se encuentra clasificada como POS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Sin embargo en la Resolución 5521 de 2013, el transporte, alojamiento y viáticos no está explícitamente incluido en el POS, lo que ha generado nuevas negaciones de estos servicios por parte de las EPS con la consabida interposición de tutelas, que como ya se dijo en el año 2015 se incrementaron en 49,41 por ciento.

De acuerdo con la normatividad vigente, se entendería que ningún colombiano tendría que interponer tutelas por tecnologías en salud que se encuentran en el POS. Sin embargo, la realidad es otra y según el seguimiento que la Defensoría del Pueblo viene realizando en sus distintos informes de tutela desde el año 1999, todas las EPS continúan interponiendo barreras de acceso a los usuarios para reclamar estos servicios. A pesar de que el POS se ha actualizado en los últimos años incluyendo más tecnologías en salud como consecuencia de la orden emitida por la Honorable Corte Constitucional en su sentencia T-760 de 2008 y de la unificación del POS, dichas solicitudes continúan elevadas.

Al observar la tabla Nº 41 y la gráfica 6, desde el año 2008, cuando la Corte expidió la sentencia T-760, la interposición de tutelas por solicitudes POS sigue siendo elevado. El año 2015 no es la excepción y las solicitudes por servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud es 64,08 por ciento, ligeramente inferior a 2014, aunque en el régimen contributivo se presenta un incremento de 1,13 puntos porcentuales, contrario al régimen subsidiado donde se observa un descenso de 4,73 puntos porcentuales. (Gráficas 7 y 8).

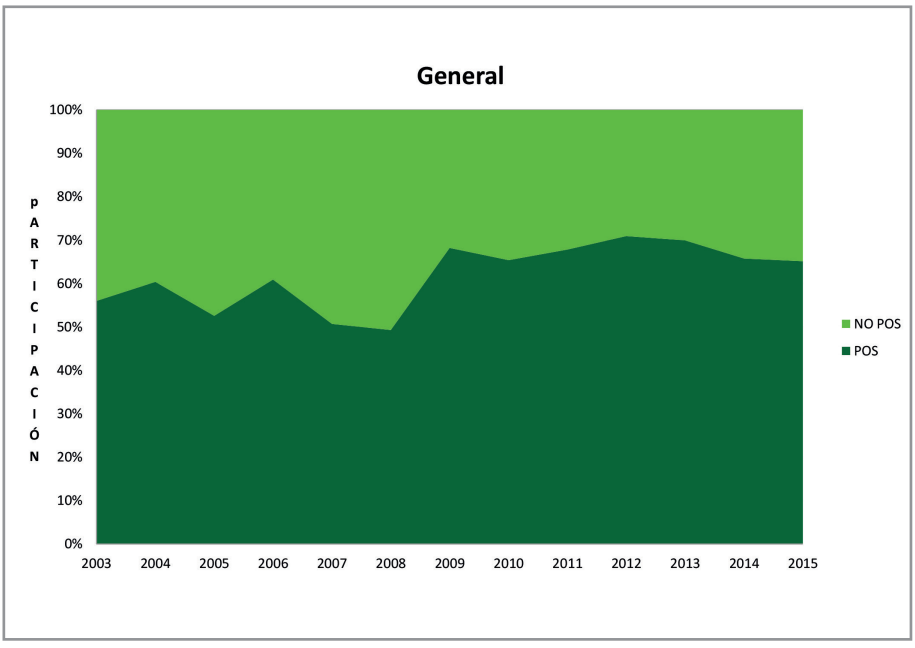
Según los resultados del último año, de un total de 238.071 solicitudes, el 64,08 por ciento que equivalen a 152.547, son de tecnologías en salud incluidas en el POS, donde el régimen subsidiado tiene 2,68 puntos porcentuales más que el régimen contributivo.

Tabla 41. Porcentaje de solicitudes POS en cada régimen. Periodo 2003-2015

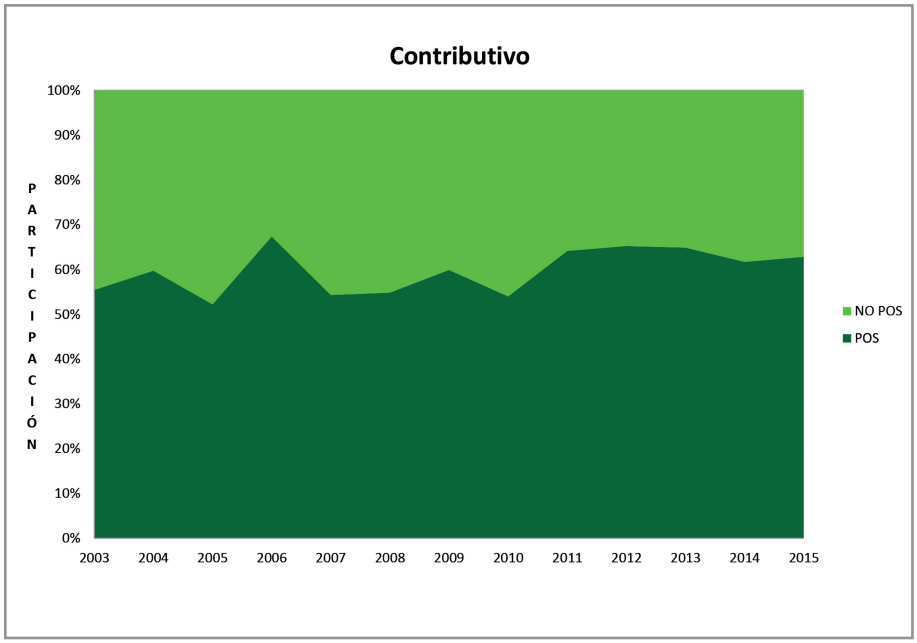
AÑO	Contributivo	Subsidiado	General
2003	55,46%	62,35%	56,00%
2004	59,73%	67,43%	60,40%
2005	52,22%	60,82%	53,10%
2006	67,37%	39,26%	60,90%
2007	54,30%	33,26%	50,70%
2008	54,85%	32,71%	49,30%
2009	59,90%	76,50%	68,20%
2010	54,00%	73,80%	65,40%
2011	64,16%	70,26%	67,81%
2012	65,25%	75,59%	70,93%
2013	64,90%	75,63%	69,96%
2014	61,70%	70,24%	65,74%
2015	62,83%	65,51%	64,08%

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

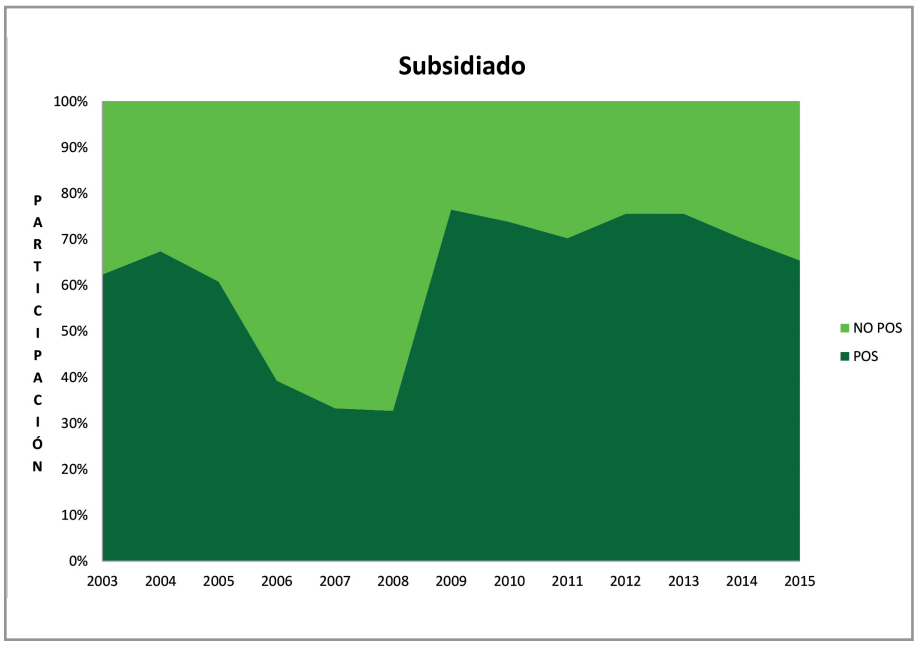
Gráfica 6. Evolución de las solicitudes POS en las tutelas. Periodo 2003-2015



Gráfica 7. Evolución de las solicitudes POS en las tutelas del régimen contributivo. Periodo 2003-2015



Gráfica 8. Evolución de las solicitudes POS en las tutelas del régimen subsidiado. Periodo 2003-2015



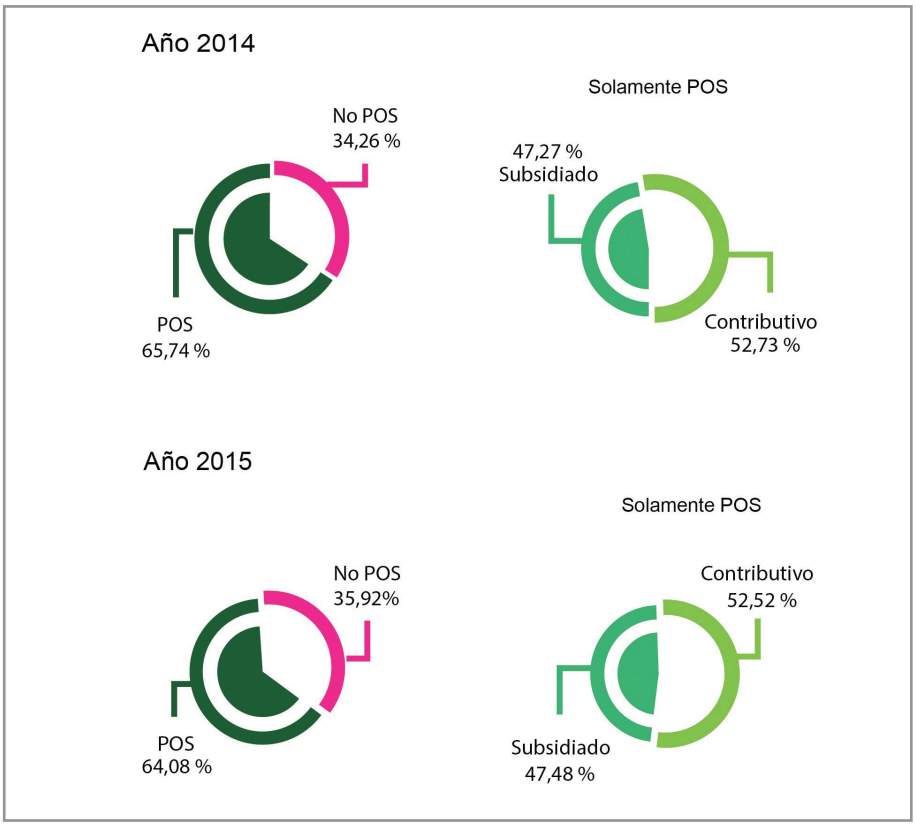
En 2015, no obstante haber disminuido la participación de solicitudes incluidas en el POS, el número absoluto se incrementó en un 28,47 por ciento respecto a 2014, mientras que las solicitudes para reclamar servicios no POS se incrementaron en 38,18 por ciento (Tabla 42) (Gráfica 9).

Tabla 42. Solicitudes en tutelas de salud en los regímenes contributivo y subsidiado. Periodo 2014-2015

	2014		2015		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	118.745	65,74	152.547	64,08	28,47
No Pos	61.892	34,26	85.524	35,92	38,18
Total	180.637	100,00	238.071	100,00	31,80

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 9. Contenido POS en las tutelas. Periodo 2014-2015



Contenidos más frecuentes en los regímenes contributivo y subsidiado

En general, las solicitudes para reclamar los ocho (8) servicios de salud en los dos regímenes se incrementaron 31,8 por ciento con relación a 2014. Los tratamientos continúan como los contenidos más frecuentes en las tutelas y presentan un incremento de 37,98 por ciento, elevando su participación a 30,3 por ciento en este periodo. Los requerimientos por prótesis, órtesis e insumos médicos, igual que el año anterior, son los servicios que presentaron un mayor incremento porcentual (41,66 por ciento), contrario a las solicitudes de exámenes paraclínicos y procedimientos que disminuyeron en 16,71 por ciento y 0,37 por ciento respectivamente (Tabla 43).

Tabla 43. Solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas en los regímenes contributivo y subsidiado. Periodo 2014- 2015

	2014		2015		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Tratamientos	52.281	28,94	72.139	30,30	37,98
Medicamentos	35.069	19,41	49.183	20,66	40,25
Prótesis, órtesis e insumos médicos	23.243	12,87	32.926	13,83	41,66
Citas médicas especializadas	25.659	14,20	31.870	13,39	24,21
Cirugías	20.293	11,23	25.611	10,76	26,21
Imágenes diagnósticas	11.744	6,50	15.622	6,56	33,02
Exámenes paraclínicos	9.680	5,36	8.062	3,39	-16,71
Procedimientos	2.668	1,48	2.658	1,12	-0,37
Total	180.637	100,00	238.071	100,00	31,80

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Tal como se mencionó, el 64,08 por ciento de las solicitudes son para reclamar servicios de salud que se encuentran en el POS. De los ocho servicios médicos los que tienen porcentualmente más solicitudes POS son las citas médicas especializadas (100 por ciento), le siguen los tratamientos (86,71 por ciento), procedimientos (84,8 por ciento) y las cirugías (82,47 por ciento), mientras que los de menor participación de servicios POS son los las solicitudes de prótesis, órtesis e insumos médicos (7,6 por ciento) y medicamentos (28,1 por ciento). (Tabla 44).

Dentro de las solicitudes POS, la mayor participación fue por tratamientos (41,01 por ciento), seguida de citas médicas especializadas (20,89 por ciento) y cirugías (13,85 por ciento). Con relación a las solicitudes no POS la mayor cantidad de

solicitudes son por medicamentos (41,35 por ciento) y prótesis, órtesis e insumos médicos (35,57 por ciento).

Respecto a los tratamientos, la tendencia es solicitar de manera integral los servicios de salud, de conformidad con lo establecido en la actual Ley Estatutaria de salud, (Ley 1751, 2015) que en su Artículo octavo contempla:

> La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Tabla 44. Distribución de los contenidos en POS y No POS. Año 2015

	GENERAL							
	POS			NO POS			TOTAL	
	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%
Tratamientos	62.553	41,01	86,71	9.586	11,21	13,29	72.139	30,30
Medicamentos	13.819	9,06	28,10	35.364	41,35	71,90	49.183	20,66
Prótesis, órtesis e insumos médicos	2.501	1,64	7,60	30.425	35,57	92,40	32.926	13,83
Citas médicas especializadas	31.870	20,89	100,00	0	0,00	0,00	31.870	13,39
Cirugías	21.121	13,85	82,47	4.490	5,25	17,53	25.611	10,76
Imágenes diagnósticas	12.056	7,90	77,17	3.566	4,17	22,83	15.622	6,56
Exámenes paraclínicos	6.371	4,18	79,03	1.691	1,98	20,97	8.062	3,39
Procedimientos	2.254	1,48	84,80	404	0,47	15,20	2.658	1,12
Total	152.545	100	64,08	85.526	100	35,92	238.071	100

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Contenidos más frecuentes en el régimen contributivo

En este régimen, las solicitudes se incrementaron en 33,85 por ciento respecto de 2014. Los contenidos más frecuentes en las tutelas son los tratamientos (31,7 por ciento), seguido de medicamentos (20,57 por ciento) y prótesis, órtesis e insumos médicos (36,74 por ciento). Los mayores incrementos porcentuales se observan en imágenes diagnósticas, prótesis, órtesis e insumos médicos y citas médicas especializadas, mientras que se presentan disminuciones en exámenes paraclínicos y procedimientos (Tabla 45).

Tabla 45. Solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas régimen contributivo. Periodo 2014- 2015

	2014		2015		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Tratamientos	29.334	30,79	40.416	31,70	37,78
Medicamentos	18.768	19,70	26.226	20,57	39,74
Prótesis, órtesis e insumos médicos	11.804	12,39	17.287	13,56	46,45
Citas médicas especializadas	11.288	11,85	16.417	12,88	45,44
Cirugías	12.629	13,26	15.634	12,26	23,79
Imágenes diagnósticas	4.825	5,07	7.372	5,78	52,79
Exámenes paraclínicos	4.902	5,15	2.952	2,32	-39,78
Procedimientos	1.707	1,79	1.202	0,94	-29,58
Total	95.257	100,00	127.506	100,00	33,85

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Las solicitudes de tecnologías incluidas en el POS en este régimen corresponden al 62,83 por ciento, superior a lo observado en 2014. Los porcentajes más altos de solicitudes POS son por tratamientos, citas médicas especializadas y cirugías; mientras que los medicamentos y las prótesis, órtesis e insumos médicos son las solicitudes no POS mayoritarias en este régimen (Tabla 46).

Tabla 46. Distribución de los contenidos en POS y no POS en régimen contributivo. Año 2015

	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO							
	POS			NO POS			TOTAL	
	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%
Tratamientos	34.915	43,6	86,39	5.501	11,6	13,61	40.416	31,70
Medicamentos	6.644	8,3	25,33	19.582	41,3	74,67	26.226	20,57
Prótesis, órtesis e insumos médicos	959	1,2	5,55	16.328	34,5	94,45	17.287	13,56
Citas médicas especializadas	16.417	20,5	100,00	0	0,0	0,00	16.417	12,88
Cirugías	12.888	16,1	82,44	2.746	5,8	17,56	15.634	12,26
Imágenes diagnósticas	5.418	6,8	73,49	1.954	4,1	26,51	7.372	5,78
Exámenes paraclínicos	1.766	2,2	59,82	1.186	2,5	40,18	2.952	2,32
Procedimientos	1.105	1,4	91,93	97	0,2	8,07	1.202	0,94
Total	80.112	100,0	62,83	47.394	100,0	37,17	127.506	100,0

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Contenidos más frecuentes en el régimen subsidiado

De modo similar al del régimen contributivo, en este régimen se presenta un incremento en las solicitudes del 29,5 por ciento con respecto a 2014. Los servicios más

solicitados son los tratamientos (28,69 por ciento), medicamentos (20,76 por ciento) y prótesis, órtesis e insumos médicos. Porcentualmente, todos los servicios aumentaron su frecuencia, en todo caso, superior en procedimientos y medicamentos (Tabla 47).

Tabla 47. Solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas en el régimen subsidiado. Periodo 2014- 2015

	2014		2015		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Tratamientos	22.947	26,88	31.723	28,69	38,24
Medicamentos	16.301	19,09	22.957	20,76	40,83
Prótesis, órtesis e insumos médicos	11.439	13,40	15.639	14,14	36,72
Citas médicas especializadas	14.371	16,83	15.453	13,98	7,53
Cirugías	7.664	8,98	9.977	9,02	30,18
Imágenes diagnósticas	6.919	8,10	8.250	7,46	19,24
Exámenes paraclínicos	4.778	5,60	5.110	4,62	6,95
Procedimientos	961	1,13	1.456	1,32	51,51
Total	85.380	100,00	110.565	100,00	29,50

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En este régimen las solicitudes de tecnologías incluidas en el POS son de 65,51 por ciento, cifra inferior a la presentada en 2014. Los tratamientos, citas médicas especializadas y cirugías son los contenidos POS más elevados, mientras que las solicitudes de medicamentos y prótesis, órtesis e insumos médicos son las más frecuentes en lo no POS (Tabla 48).

Tabla 48. Distribución de los contenidos en POS y no POS en el régimen subsidiado. Año 2015

	RÉGIMEN SUBSIDIADO							
	POS			NO POS			TOTAL	
	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%
Tratamientos	27.638	38,16	87,12	4.085	10,71	12,88	31.723	28,69
Medicamentos	7.175	9,91	31,25	15.782	41,39	68,75	22.957	20,76
Prótesis, órtesis e insumos médicos	1.542	2,13	9,86	14.097	36,97	90,14	15.639	14,14
Citas médicas especializadas	15.453	21,33	100,00	0	0,00	0,00	15.453	13,98
Cirugías	8.233	11,37	82,52	1.744	4,57	17,48	9.977	9,02
Imágenes diagnósticas	6.638	9,16	80,46	1.612	4,23	19,54	8.250	7,46
Exámenes paraclínicos	4.605	6,36	90,12	505	1,32	9,88	5.110	4,62
Procedimientos	1.149	1,59	78,91	307	0,81	21,09	1.456	1,32
Total	72.433	100	65,51	38.132	100	34,49	110.565	100

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Contenidos POS y no POS en tratamientos

Los tratamientos se constituyen como las solicitudes más frecuentes en las tutelas, tal como ha ocurrido en los últimos años. Sin embargo a diferencia de 2014, en este periodo se aprecia un incremento de 37,98 por ciento en las cifras absolutas, principalmente en contenidos POS.

La participación de tratamientos incluidos en el POS durante este periodo es de 86,71 por ciento cifra superior a la observada en el año anterior, de la cual el 56,11 por ciento corresponde al régimen contributivo. (Tabla 49) (Gráfica 10).

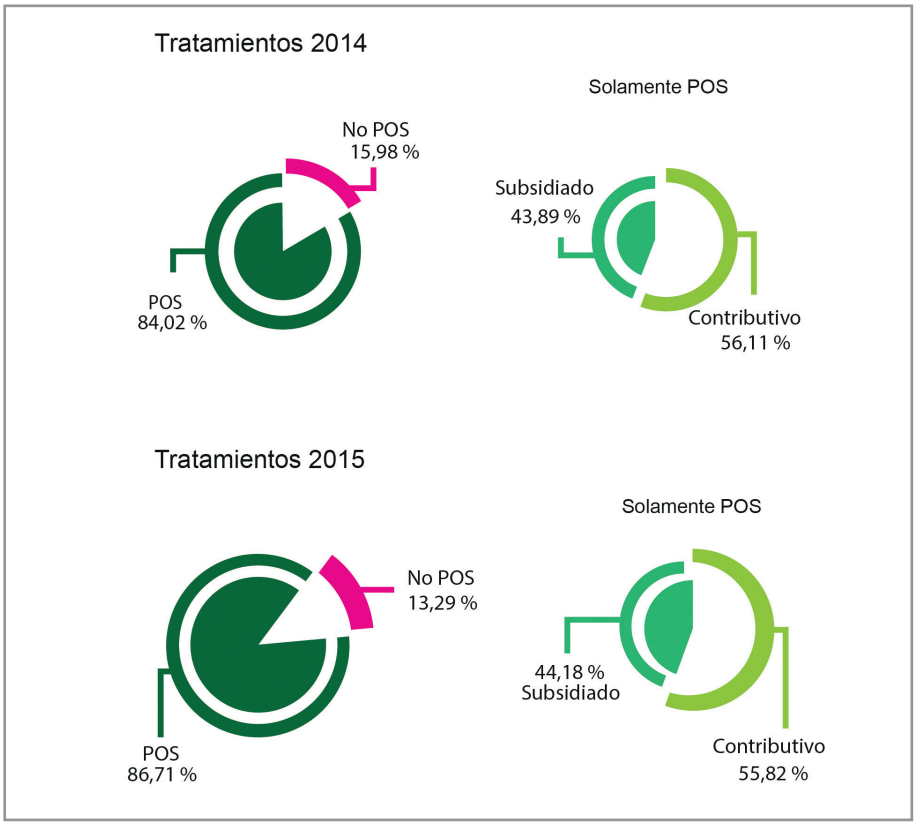
Las principales solicitudes por tratamientos están relacionadas con las especialidades de neurología (20,8 por ciento), oncología (12,9 por ciento), neurocirugía (8,5 por ciento), ortopedia (7,6 por ciento) y endocrinología (5,6 por ciento).

Tabla 49. Distribución de los tratamientos en POS y no POS. Periodo 2014-2015

	2014		2015		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	43.929	84,02	62.553	86,71	42,40
No Pos	8.352	15,98	9.586	13,29	14,77
Total	52.281	100,00	72.139	100,00	37,98

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 10. Contenido POS en tratamientos. Periodo 2014-2015



Al observar la distribución POS en los dos regímenes, los porcentajes son similares en cada uno de ellos (86,39 por ciento vs. 87,12 por ciento). (Tabla 50).

Tabla 50. Distribución de los tratamientos según régimen. Periodo 2015

	RÉGIMEN						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%
Pos	34.915	86,39	55,82	27.638	87,12	44,18	62.553	86,71	100,00
No Pos	5.501	13,61	57,39	4.085	12,88	42,61	9.586	13,29	100,00
Total	40.416	100,00	56,03	31.723	100,00	43,97	72.139	100,00	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el régimen contributivo, las solicitudes más frecuentes son los tratamientos integrales, siendo los más solicitados los trastornos mentales y del comportamiento (alzhéimer, trastornos generalizados del desarrollo, retraso mental, trastornos

de desarrollo psicológico y esquizofrenia), seguido de enfermedades del sistema circulatorio (accidentes vascular encefálico, enfermedad isquemia crónica, hipertensión y enfermedades cerebrovasculares), tratamientos de enfermedades del sistema nervioso (parálisis cerebral infantil, epilepsia, párkinson, hemiplejia) y tratamientos oncológicos (encéfalo, mama, estomago, pulmón y piel).

La segunda solicitud dentro de los tratamientos es la del servicio de enfermería domiciliaria, servicio contemplado en la resolución 5521 de 2013 en su Artículo 29:

> Atención Domiciliaria. La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Dicha cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud.

Lo anterior se presenta porque algunas EPS, a pesar de que el paciente requiere la atención específica para manejo en temas de salud, cambian este concepto por el de cuidadores, el cual esta explícitamente excluido.

Le siguen las terapias físicas, terapias ocupacionales, terapias del lenguaje, fonoaudiología y hospitalización. Esta última se debe a que actualmente hay déficit de camas hospitalarias en todo el país y los servicios de urgencias se encuentran con sobreocupación y/o en emergencia funcional.

En cuanto a lo no POS predominan las terapias ABA, musicoterapia y terapias asistidas con animales (equinos, perros). Se trata de terapias cuya eficacia no ha sido comprobada científicamente, por lo cual no se encuentran cubiertas por el POS, de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 que, en su literal c), así lo establece.

En el régimen subsidiado, las solicitudes más frecuentes también fueron los tratamientos integrales. Igualmente se destacan los tratamientos de trastornos mentales (trastorno mental, alzheimer, trastornos de comportamiento por uso de drogas sicoactivas y trastornos del desarrollo psicológico), seguido de tratamientos oncológicos (mama, encéfalo, piel y estomago), tratamientos del sistema nervioso (epilepsia, paraplejia y cuadriplejia, parálisis infantil y parkinson) y tratamientos del sistema circulatorio (accidentes cerebrovasculares, hipertensión arterial y secuelas de enfermedades cerebrovasculares). La segunda solicitud dentro de los tratamientos más solicitados fueron las terapias físicas, enfermera domiciliaria, hospitalizaciones en niveles de mayor complejidad, terapia ocupacional, fonoaudiología y rehabilitación de farmacodependencia.

En los tratamientos de salud mental, se resalta el hecho de que los pacientes tienen limitaciones en el número de psicoterapias y en los días de hospitalización por esta causa, de manera que deben recurrir a la acción de tutela para acceder a dichos tratamientos de manera completa.

Respecto a solicitudes POS, los tratamientos integrales son los más solicitados, especialmente oncológico, trastorno mental y sistema, seguido de terapia física, enfermería domiciliaria, hospitalización, terapia de lenguaje, terapia ocupacional y fonoaudiología. Respecto a lo no POS, se destacan las solicitudes de terapias ABA, musicoterapia, hidroterapia, terapia con perros y equinoterapia.

Contenidos POS y no POS en medicamentos

La solicitud de medicamentos es la segunda causa de las tutelas en salud y su frecuencia es superior en un 40,25 por ciento respecto a lo observado en 2014.

El mayor incremento se presenta por solicitudes no POS (60,52 por ciento) frente a lo POS cuya variación porcentual es de 5,99 por ciento. (Tabla 51) (Gráfica 11).

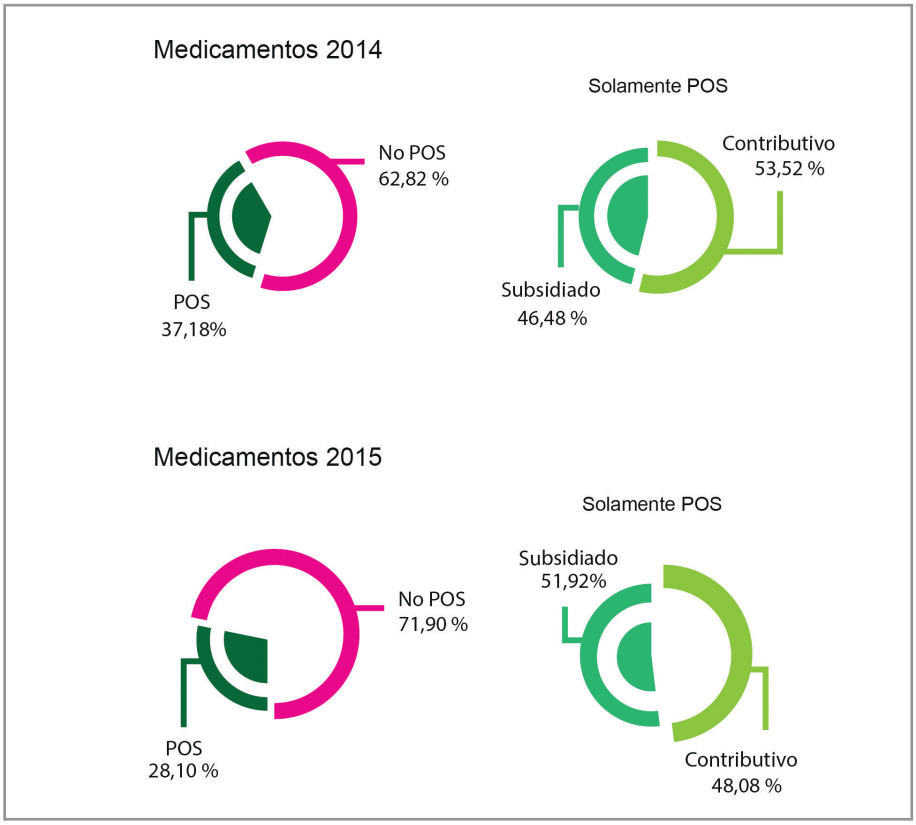
Las principales solicitudes por medicamentos están relacionadas con las especialidades de neurología, oncología, neurocirugía, endocrinología y neumología.

Tabla 51. Distribución de los medicamentos en POS y no POS. Periodo 2014-2015

	2014		2015		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	13.038	37,18	13.819	28,10	5,99
No Pos	22.031	62,82	35.364	71,90	60,52
Total	35.069	100,00	49.183	100,00	40,25

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 11. Contenido POS en Medicamentos. Periodo 2014-2015



Teniendo en cuenta la composición en cada régimen, la proporción de solicitudes POS de medicamentos en el subsidiado es superior a la del contributivo (Tabla 52).

Tabla 52. Distribución de los medicamentos según régimen. Periodo 2015

	RÉGIMEN						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%
Pos	6.644	25,33	48,08	7.175	31,25	51,92	13.819	28,10	100,00
No Pos	19.582	74,67	55,37	15.782	68,75	44,63	35.364	71,90	100,00
Total	26.226	100,00	53,32	22.957	100,00	46,68	49.183	100,00	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el régimen contributivo, los cinco (5) medicamentos POS más solicitados son: oxigeno, rituximab, micofenolato, metformina y tramadol. Preocupa a la Defensoría que en todos sus estudios, el oxígeno siga sea el medicamento más solicitado.

En este régimen, los medicamentos no POS más requeridos son, los complementos nutricionales, cremas antiescaras y antipañalitis, quetiapina, pregabalina y cilostazol. En el caso de la quetiapina se aclara que está incluido en el POS solo para el tratamiento de trastorno bipolar.

La solicitud de complementos nutricionales se debe en gran parte a la necesidad de los pacientes crónicos y de alto costo en recuperarse nutricionalmente para tolerar los tratamientos.

En el régimen subsidiado, los medicamentos POS más solicitados son oxígeno, insulinas, atorvastatina, carbamazepina y ASA. En cuanto a lo no POS los más requeridos son los complementos nutricionales, las cremas antiescaras, y antipañalitis, salmoterol, bromuro de tiotropio inh y propileiglicol de 400 mg.

Contenidos POS y no POS en prótesis, órtesis e insumos médicos

Igual que en 2014, las solicitudes por prótesis, órtesis e insumo médicos son las de mayor crecimiento porcentual (41,66 por ciento) y se ubican como las terceras solicitudes más recurrentes desplazando, a las citas médicas especializadas que ocupaban ese lugar en 2014.

Las principales solicitudes por prótesis, órtesis e insumos médicos están relacionadas con las especialidades de neurología, neurocirugía, urología, endocrinología y ortopedia.

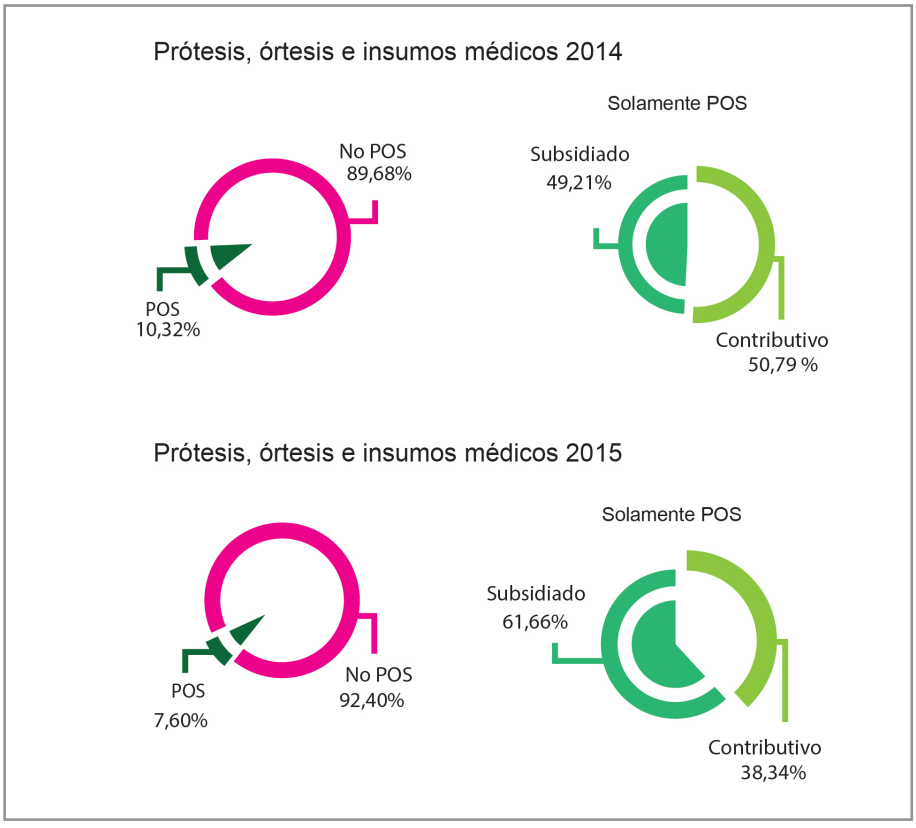
Aunque estas solicitudes, tienen un incremento del 45,66 por ciento, esto se debe principalmente a solicitudes no POS (Tabla 53), cuya variación porcentual es de 45,96 por ciento (Gráfica 13).

Tabla 53. Distribución de las prótesis, órtesis e insumos en POS y no POS. Periodo 2014-2015

	2014		2015		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	2.398	10,32	2.501	7,60	4,30
No Pos	20.845	89,68	30.425	92,40	45,96
Total	23.243	100,00	32.926	100,00	41,66

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 12. Contenido POS en prótesis, órtesis e insumos. Periodo 2014-2015



El 7,6 por ciento corresponde a solicitudes POS y la distribución dentro de cada régimen es superior en el régimen subsidiado (Tabla 54).

Tabla 54. Distribución de las prótesis, órtesis e insumos según régimen. Periodo 2015

	RÉGIMEN						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%
Pos	959	5,55	38,34	1.542	9,86	61,66	2.501	7,60	100,00
No Pos	16.328	94,45	53,67	14.097	90,14	46,33	30.425	92,40	100,00
Total	17.287	100,00	52,50	15.639	100,00	47,50	32.926	100,00	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el régimen contributivo, las mayores solicitudes POS de prótesis, órtesis e insumos corresponden a tirillas de glucometría, lancetas, bala de oxígeno y el kit de glucometría, solo para pacientes insulinodependientes y, el kit de colostomía,

solo para cáncer de colon. Con relación a lo no POS, se encuentran los pañales, pañitos húmedos, sillas de ruedas y, camas hospitalarias.

En el régimen subsidiado, las mayores solicitudes de prótesis, órtesis e insumos incluidas en el POS son: kit de colostomía, tirillas de glucometría, audífonos, jeringas y lancetas. Con relación a lo no POS, se encuentran pañales, sillas de ruedas, pañitos, colchón antiescaras y camas hospitalarias.

Persisten las solicitudes que tienen que ver con el cuidado de pacientes crónicos y que buscan la mejora de su calidad de vida, especialmente los pacientes con secuelas neurológicas.

Contenidos POS y no POS en citas médicas especializadas

En 2015, todas solicitudes por citas médicas especializadas están incluidas en el POS. Las tutelas por estas citas crecieron en 27,79 por ciento (Tabla 55), básicamente por la oportunidad en la atención lo que conlleva a que los usuarios retrasen otros servicios como cirugías y tratamientos, con el consecuente deterioro de su salud. Esta falta de oportunidad se debe, entre otros motivos, a la escasez de especialidades y subespecialidades y a la no ampliación de la red de prestadores de las entidades que recibieron usuarios de EPS liquidadas.

Las principales solicitudes por citas médicas especializadas son por neurología, oncología, ortopedia, neurología, medicina interna, oftalmología y urología.

En el régimen contributivo, las citas médicas más requeridas son ortopedia, neurología, medicina interna, fisiatría y urología. En el caso de ortopedia, la necesidad de insumos posteriores a la consulta es una de las causas para que estas citas presenten demoras. En referencia a medicina interna, como se ha venido mencionado en estudios anteriores, se debe a la dificultad de conseguir recurso humano, ya que la mayoría de ellos se encuentran cursando subespecialidades.

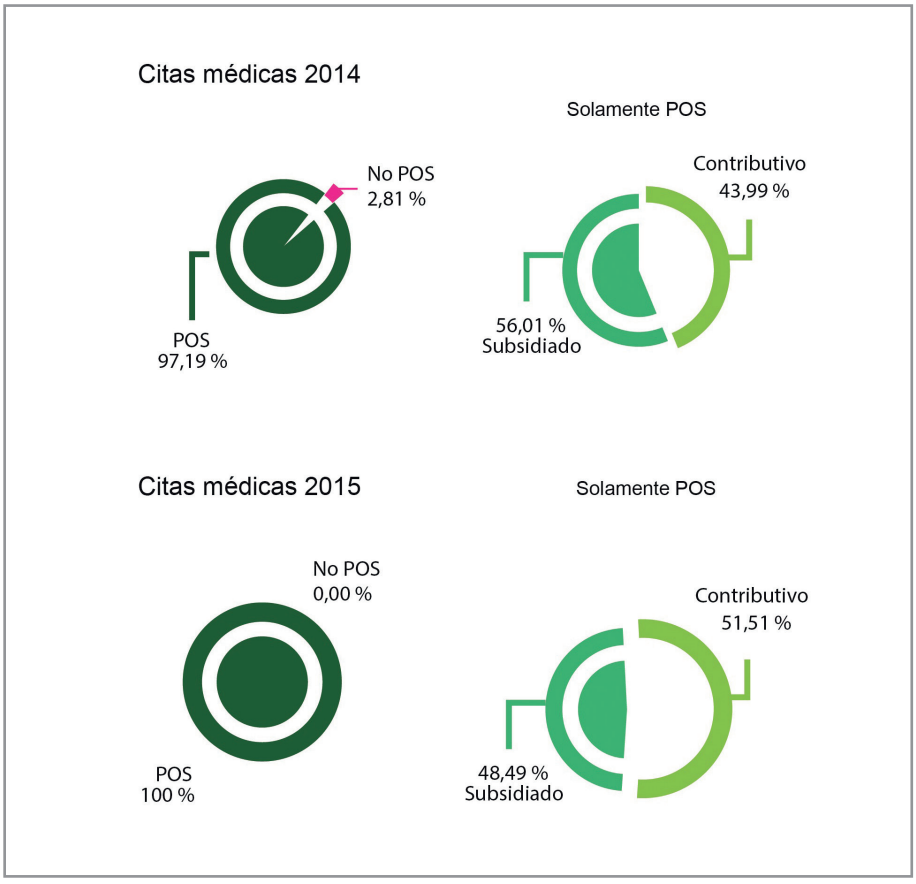
En el régimen subsidiado, las citas más requeridas son ortopedia, oftalmología, ginecoobstetricia, medicina interna y otorrinolaringología. En este régimen, la dificultad se presenta entre otras, por falta de recurso humano, red de prestadores y barreras de acceso geográfico.

Tabla 55. Distribución de las citas médicas especializadas en POS y no POS. Periodo 2014-2015

	2014		2015		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	2.398	10,32	2.501	7,60	4,30
No Pos	20.845	89,68	30.425	92,40	45,96
Total	23.243	100,00	32.926	100,00	41,66

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 13. Contenido POS en citas médicas especializadas. Periodo 2014-2015



La distribución de las solicitudes de citas médicas es similar en los regímenes contributivo y subsidiado (Gráfica 12) (Tabla 56).

Tabla 56. Distribución de las citas médicas especializadas según régimen. Periodo 2015

	RÉGIMEN						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%
Pos	16.417	100,00	51,51	15.453	100,00	48,49	31.870	100,00	100,00
No Pos	0	0,00	-	0	0,00	-	0	0,00	-
Total	16.417	100,00	51,51	15.453	100,00	48,49	31.870	100,00	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Contenidos POS y no POS en cirugías

Las principales solicitudes en las tutelas por cirugías están relacionadas con las especialidades de ortopedia, oncología, oftalmología, endocrinología y otorrinolaringología.

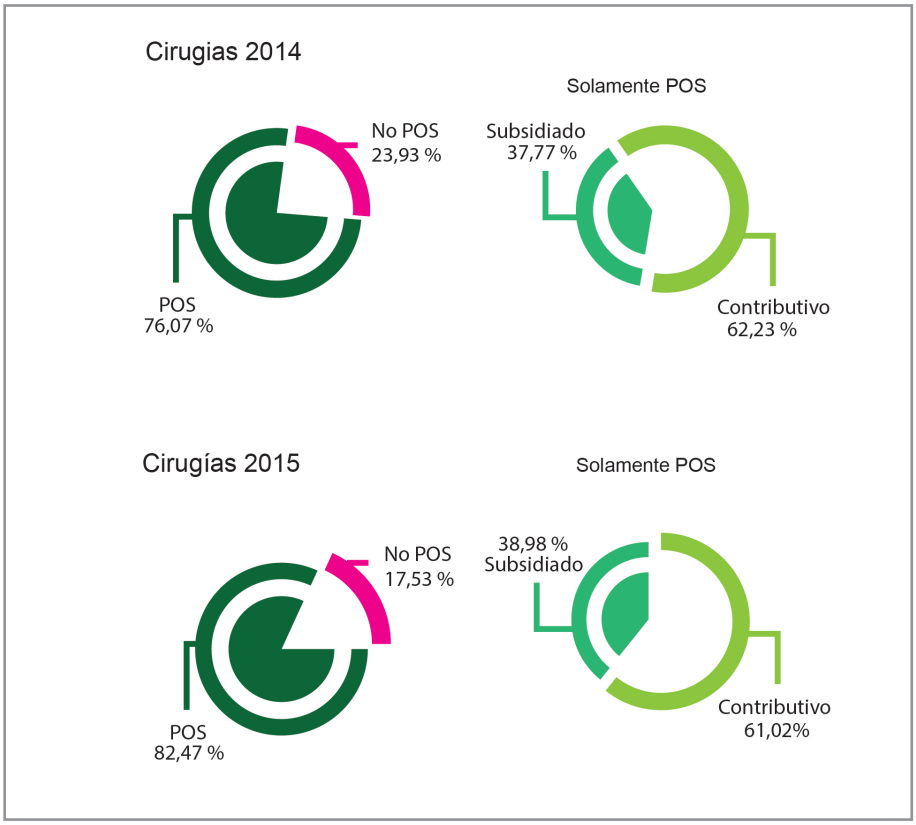
Las solicitudes por cirugías aumentaron en 26,21 por ciento (Tabla 57), básicamente por solicitudes POS y su variación respecto de 2014 es de 36,82 por ciento (Gráfica 14).

Tabla 57. Distribución de las cirugías en POS y no POS. Periodo 2014-2015

	2014		2015		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	15.437	76,07	21.121	82,47	36,82
No Pos	4.856	23,93	4.490	17,53	-7,54
Total	20.293	100,00	25.611	100,00	26,21

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 14. Contenido POS en cirugías. Periodo 2014-2015



Al observar la distribución al interior de cada régimen, las solicitudes de cirugías POS son similares en los dos, contrario a periodos anteriores, cuando el régimen subsidiado concentraba la mayor proporción. (Tabla 58).

Tabla 58. Distribución de las cirugías según régimen. Periodo 2015

	RÉGIMEN						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%
Pos	12.888	82,44	61,02	8.233	82,52	38,98	21.121	82,47	100,00
No Pos	2.746	17,56	61,16	1.744	17,48	38,84	4.490	17,53	100,00
Total	15.634	100,00	61,04	9.977	100,00	38,96	25.611	100,00	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el régimen contributivo, las mayores solicitudes de cirugías incluidas en el POS, corresponden a: cirugía bariátrica, histerectomía abdominal, reemplazo to-

tal de cadera, reemplazo total de rodilla y tiroidectomía. Con relación a lo no POS, se encuentran la dermolipectomía, las mastopexias y el implante coclear en los rangos de edades no cubiertos.

En el régimen subsidiado, las solicitudes de cirugías incluidas en el POS son: las cirugías de cataratas, cirugía bariátrica, la septoplastia, colecistectomía y el reemplazo total de rodilla. En cuanto a lo no POS, se encuentran solicitudes por turbinoplastia, dermolipectomía y liposucción.

Contenidos POS y no POS en imágenes diagnósticas

Las principales solicitudes en las tutelas por imágenes diagnósticas están relacionadas con las especialidades de oncología, neurología, neurocirugía, ortopedia y endocrinología.

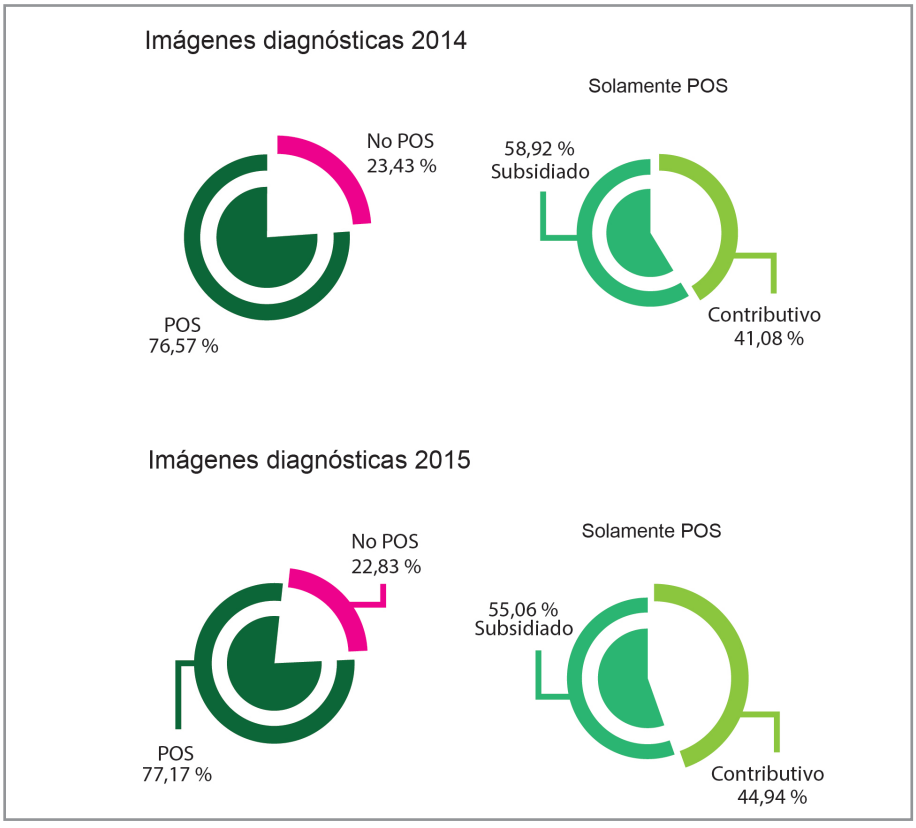
En general, las solicitudes por imágenes diagnósticas tienen una incremento del 33,02 por ciento, principalmente en solicitudes POS, que aumentaron 34,07 por ciento con relación a 2014. (Tabla 59) (Gráfica 15).

Tabla 59. Distribución de las imágenes diagnósticas en POS y no POS. Periodo 2014-2015

	2014		2015		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	8.992	76,57	12.056	77,17	34,07
No Pos	2.752	23,43	3.566	22,83	29,58
Total	11.744	100,00	15.622	100,00	33,02

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 15. Contenido POS en imágenes diagnósticas. Periodo 2014-2015



Al observar la distribución porcentual dentro de cada régimen, son mayores las solicitudes de imágenes diagnósticas incluidas en el POS del régimen subsidiado (80,46 por ciento) (Tabla 60).

Tabla 60. Distribución de las imágenes diagnósticas según régimen. Periodo 2015

	RÉGIMEN						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%
Pos	5.418	73,49	44,94	6.638	80,46	55,06	12.056	77,17	100,00
No Pos	1.954	26,51	54,80	1.612	19,54	45,20	3.566	22,83	100,00
Total	7.372	100,00	47,19	8.250	100,00	52,81	15.622	100,00	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el régimen contributivo, las solicitudes de imágenes diagnósticas incluidas en el POS son: resonancias nucleares magnéticas, radiografías de todo tipo, Tomo-

grafía Axial Computarizada (TAC), endoscopia de vías digestivas altas (EVDA) y Colonoscopia. Respecto a lo no POS, las solicitudes más frecuentes son: resonancia nuclear magnética contrastada, ultrasonografía ocular coherente, ecocardiograma de stress, escenografía de cara reconstrucción en 3D.

En el régimen subsidiado, las solicitudes de imágenes incluidas en el POS son: Tomografía Axial Computarizada (TAC), resonancias nucleares magnéticas, radiografías, electrocardiograma (EKG) y colonoscopia total. Respecto a lo no POS se encuentra la tomografía óptica coherente, impedanciometría, resonancia nuclear magnética contrastada, pet scan y la Phmetría esofágica.

Contenidos POS y no POS en exámenes paraclínicos

Las principales solicitudes en las tutelas por exámenes paraclínicos están relacionadas con las especialidades de oncología, neurología, endocrinología, ginecoobstetricia y hematología.

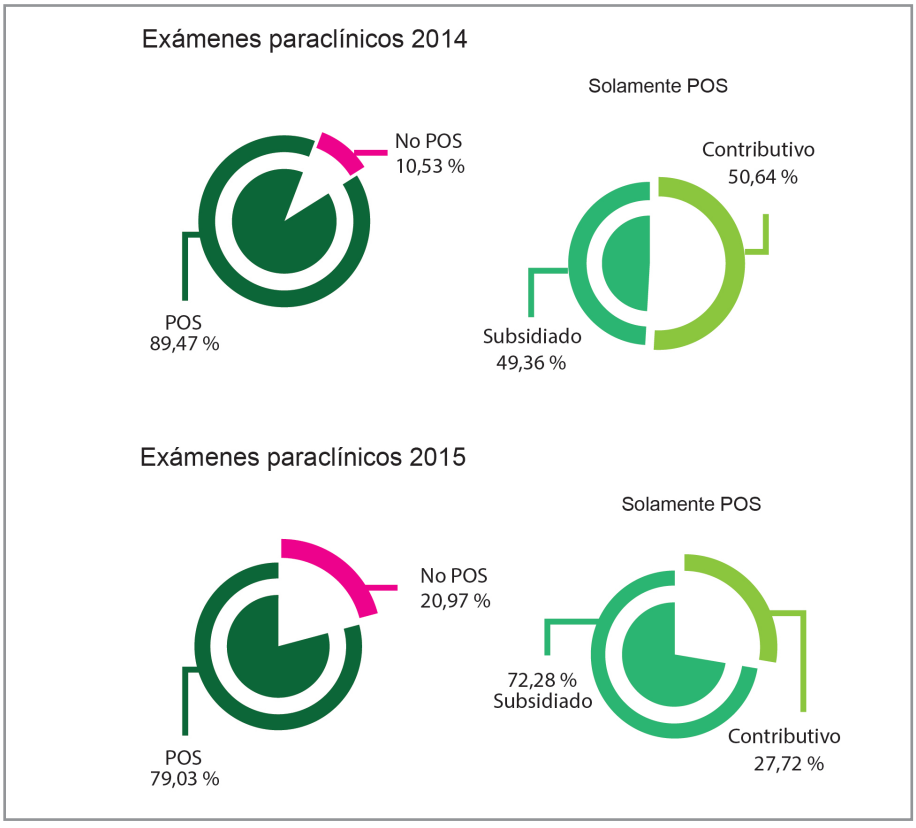
En general, las solicitudes por exámenes paraclínicos continúan con la tendencia decreciente de los últimos años y en 2015 se presenta una disminución del 16,71 por ciento principalmente en solicitudes POS, cuya disminución es de 26,44 por ciento; sin embargo, estas concentran el 79,03 por ciento de las mismas (Tabla 61) (Gráfica 16).

Tabla 61. Distribución de los exámenes paraclínicos en POS y no POS. Periodo 2014-2015

	2014		2015		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	8.661	89,47	6.371	79,03	-26,44
No Pos	1.019	10,53	1.691	20,97	65,95
Total	9.680	100,00	8.062	100,00	-16,71

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 16. Contenido POS en exámenes paraclínicos. Periodo 2014-2015



Al observar la distribución al interior de los regímenes, las solicitudes de servicios POS es superior en el subsidiado con el 90,12 por ciento (Tabla 62).

Tabla 62. Distribución de los exámenes paraclínicos según régimen. Periodo 2015

	RÉGIMEN						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%
Pos	1.766	59,82	27,72	4.605	90,12	72,28	6.371	79,03	100,00
No Pos	1.186	40,18	70,14	505	9,88	29,86	1.691	20,97	100,00
Total	2.952	100,00	36,62	5.110	100,00	63,38	8.062	100,00	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el régimen contributivo, las solicitudes de exámenes paraclínicos incluidos en el POS corresponden a: Urocultivo con antibiograma, bilirrubinas, hormona estimulante de la tiroides (TSH), hemogramas y citoquímico de orina. Con re-

lación a lo no POS se encontró prueba genética 21 genes (oncotype), el Breast cáncer (brca1), serología Ig G para chikunguña, secuencia genética para el gen fav y agregación plaquetaria inducida por ristocetina cofactor risocetna.

Es de anotar el cambio que se da respecto a los exámenes paraclínicos con la disminución de los básicos y el aumento de las solicitudes de exámenes muy especializados.

En el régimen subsidiado, se encuentran la creatinina en suero, los hemogramas, las pruebas de coagulación, la hormona estimulante de la tiroides (TSH) y el nitrógeno ureico (BUN). Respecto a lo no POS lo más solicitado fue el test molecular gen FRN1.

Contenidos POS y no POS en procedimientos

Las principales solicitudes en las tutelas por procedimientos están relacionadas con las especialidades de oncología, gineco-obstetricia, urología, oftalmología y odontología.

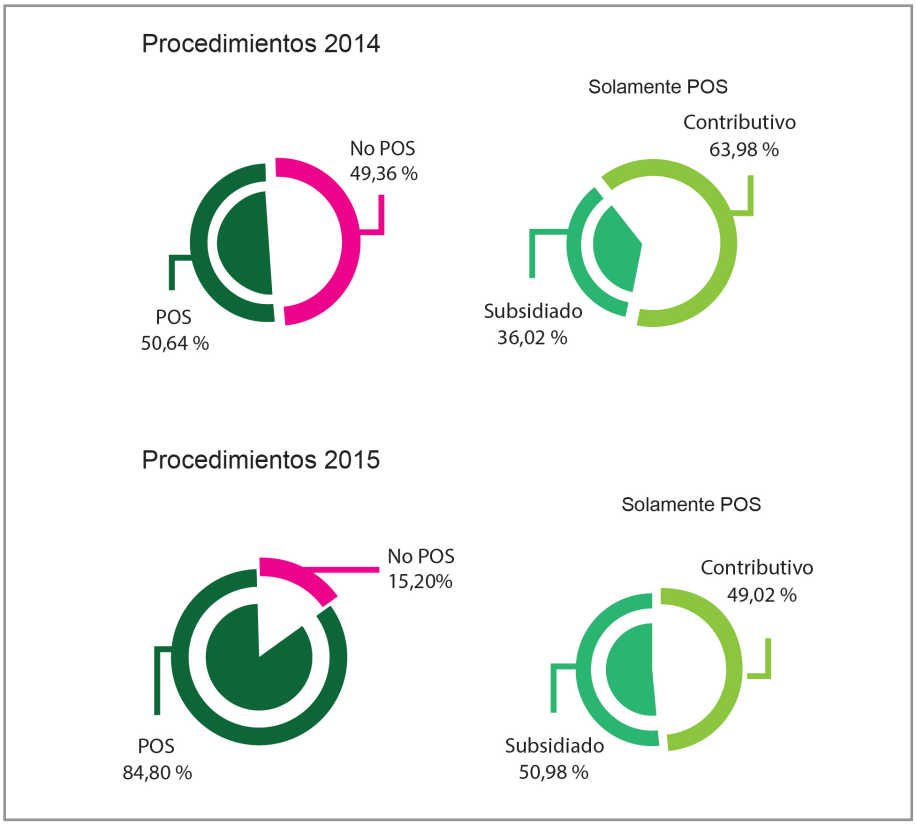
En general, las solicitudes por procedimientos presentaron cifras similares a las del periodo anterior, sin embargo en las solicitudes POS se observa un incremento del 66,84 por ciento, en contraste con la disminución del 69,52 por ciento de lo no POS. (Tabla 63). (Gráfica 17).

Tabla 63. Distribución de los procedimientos en POS y no POS. Periodo 2014-2015

	2014		2015		Variación %
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	1.351	50,64	2.254	84,80	66,84
No Pos	1.317	49,36	404	15,20	-69,32
Total	2.668	100,00	2.658	100,00	-0,37

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica 17. Contenido POS en procedimientos. Periodo 2014-2015



Al observar la distribución en cada régimen, las solicitudes POS por procedimientos son superiores en el régimen contributivo, contrario a lo sucedido en 2014 en donde la mayoría de estas solicitudes correspondían al régimen subsidiado (Tabla 64).

Tabla 64. Distribución de los procedimientos según régimen. Periodo 2015

	RÉGIMEN						Total		
	Contributivo			Subsidiado					
	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%	Solicitudes	Part V%	Part H%
Pos	1.105	91,93	49,02	1.149	78,91	50,98	2.254	84,80	100,00
No Pos	97	8,07	24,01	307	21,09	75,99	404	15,20	100,00
Total	1.202	100,00	45,22	1.456	100,00	54,78	2.658	100,00	100,00

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el régimen contributivo, las mayores solicitudes de procedimientos incluidos en el POS corresponden a biopsias, infiltraciones, litotripcia extracorpórea, coni-

zación y colposcopias. Con relación a lo no POS, la aplicación de medicamentos biológicos y los procedimientos odontológicos, son las solicitudes más frecuentes.

En el régimen subsidiado, las mayores solicitudes de procedimientos incluidos en el POS son las biopsias, curaciones e iridotomia con láser. Respecto a lo no POS priman los procedimientos odontológicos como el raspaje radicular y la aplicación de medicamentos biológicos.

Es de resaltar que muchos de los procedimientos de subespecialidades odontológicas, no se encuentran en el POS, por lo que la única manera de acceder a ellos es a través de la acción de tutela.

La tutela y el derecho a la seguridad social

El derecho a la seguridad social ha sido reconocido por la Corte Constitucional como derecho fundamental. Su propósito es proteger a los integrantes de la sociedad contra contingencias que se presenten ocasionadas por la enfermedad, los accidentes, la maternidad o el desempleo, entre otros.

A continuación se presentan los resultados de las tutelas que invocan el derecho a la seguridad social en 2015. Durante este periodo, el derecho a la seguridad social es el sexto más invocado en las tutelas y su participación dentro de las mismas es de 8,45 por ciento, con una disminución en su frecuencia en 3,98 por ciento (Tabla 65). El 51,8 por ciento de estas tutelas también invocan el derecho a la salud, razón por la cual el derecho a la seguridad social se analiza excluyendo dichas tutelas por lo que se centra en 25.013.

Tabla 65. Participación de las tutelas en Seguridad Social. Periodo 2011- 2015

Año	Tutelas	Seguridad Social*		Seguridad Social**	
	Total	Tutelas	Part.en tutelas %	Tutelas	Part.en tutelas %
2011	405.359	48.883	12,06	19.061	4,70
2012	424.400	53.537	12,61	21.646	5,10
2013	454.500	50.073	11,02	20.709	4,56
2014	498.240	54.055	10,85	21.118	4,24
2015	614.520	51.901	8,45	25.013	4,07
TOTAL	2.397.019	258.449	10,78	107.547	4,49

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Tutelas en seguridad social según departamento

De las 25.013 tutelas que invocan el derecho a la seguridad social y no invocan el derecho a la salud, el 21,96 por ciento se originan en la ciudad de Bogotá y su variación respecto de 2014 es de 28,36 por ciento. Le siguen los departamentos de Antioquia (15,2 por ciento), Valle del Cauca (14,72 por ciento), Santander (6,4 por ciento) y Atlántico (4,64 por ciento). Los incrementos porcentuales más altos con relación a 2014, se presentan en Meta, San Andrés, Córdoba, Caquetá y Arauca; mientras que en Vichada, Guainía, Putumayo, Chocó y Casanare se presentaron las disminuciones más significativas (Tabla 66).

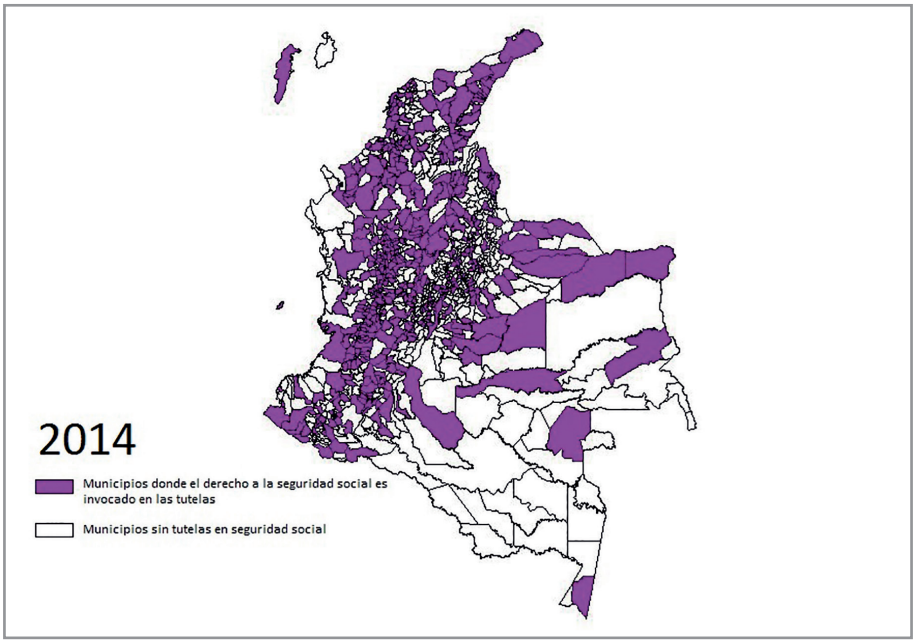
El número de municipios en donde se interpuso al menos una tutela que invocaba el derecho a la seguridad social en 2015 es de 523, cinco (5) más que en 2014. (Mapa 7 y 8).

Tabla 66. Tutelas de seguridad social según departamento. Periodo 2014 – 2015

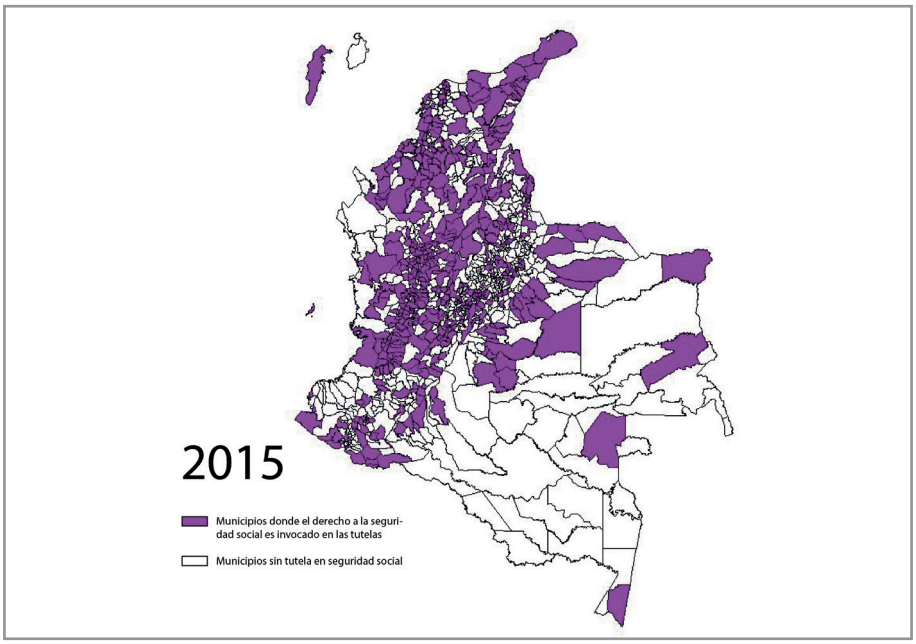
	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Bogotá D.C	4.279	20,26	5.493	21,96	28,37
Antioquia	3.239	15,34	3.803	15,20	17,41
Valle	3.059	14,49	3.683	14,72	20,40
Santander	1.438	6,81	1.602	6,40	11,40
Atlántico	1.132	5,36	1.161	4,64	2,56
Risaralda	948	4,49	1.058	4,23	11,60
Norte de Santander	737	3,49	916	3,66	24,29
Meta	437	2,07	856	3,42	95,88
Caldas	662	3,13	757	3,03	14,35
Bolivar	709	3,36	752	3,01	6,06
Tolima	529	2,50	581	2,32	9,83
Huila	406	1,92	514	2,05	26,60
Magdalena	453	2,15	469	1,88	3,53
Quindío	426	2,02	459	1,84	7,75
Córdoba	313	1,48	450	1,80	43,77
Cesar	373	1,77	408	1,63	9,38
Cundinamarca	372	1,76	377	1,51	1,34
Boyacá	283	1,34	341	1,36	20,49
Cauca	308	1,46	318	1,27	3,25
Nariño	266	1,26	286	1,14	7,52
Sucre	264	1,25	233	0,93	-11,74
La Guajira	129	0,61	124	0,50	-3,88
Caquetá	81	0,38	107	0,43	32,10
Chocó	82	0,39	71	0,28	-13,41
Casanare	77	0,36	67	0,27	-12,99
Arauca	28	0,13	36	0,14	28,57
Putumayo	38	0,18	28	0,11	-26,32
San Andrés	19	0,09	28	0,11	47,37
Amazonas	16	0,08	21	0,08	31,25
Vaupés	2	0,01	5	0,02	150,00
Guaviare	1	0,00	5	0,02	400,00
Vichada	7	0,03	2	0,01	-71,43
Guainia	5	0,02	2	0,01	-60,00
Total	21.118	100,00	25.013	100,00	18,44

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Mapa 7. Municipios con tutelas en seguridad social. Periodo 2014



Mapa 8. Municipios con tutelas en seguridad social. Periodo 2015



Despachos judiciales y decisión en primera instancia de las tutelas en seguridad social

El porcentaje de favorecimiento en primera instancia a los ciudadanos que invocan el derecho a la seguridad social en Colombia es de 61,02 por ciento, porcentaje similar al observado en 2014 (Tabla 67). Los indicadores de favorecimiento más altos se presentan en los Juzgados de familia del circuito (67,88 por ciento), Juzgados penales municipales (67,57 por ciento) y Juzgados civiles municipales (67,35 por ciento). Los más bajos se observan en la Corte Suprema de Justicia (10,42 por ciento), Consejo de Estado (27,03 por ciento) y Tribunales Superiores (34,6 por ciento).

Tabla 67. Despachos judiciales y decisión en primera instancia. Tutelas en seguridad social. Periodo 2014 – 2015

	2014			2015		
	N° de Tutelas	Part. %	Concedidas en Primera Instancia %	N° de Tutelas	Part. %	Concedidas en Primera Instancia %
Juzgado Civil Municipal	4.225	20,01	67,53	4.711	18,83	67,35
Juzgado Penal Municipal	3.901	18,47	69,37	4.121	16,48	67,56
Juzgado Penal del Circuito	2.083	9,86	61,40	2.664	10,65	59,98
Juzgado Civil del Circuito	1.861	8,81	62,65	2.327	9,30	57,71
Juzgado Laboral del Circuito	1.754	8,31	59,86	2.241	8,96	56,31
Juzgados Administrativos	1.493	7,07	64,23	1.976	7,90	61,49
Juzgado Promiscuo Municipal	1.324	6,27	65,33	1.331	5,32	62,81
Juzgado Penal para adolescentes	1.006	4,76	69,68	1.169	4,67	66,72
Juzgado de Familia	777	3,68	68,73	900	3,60	63,78
Tribunal Superior	554	2,62	31,77	896	3,58	34,60
Juzgado de Ejecución de penas	453	2,15	61,59	574	2,29	60,10
Tribunal Administrativo	281	1,33	33,81	433	1,73	40,42
Juzgado Promiscuo de familia	243	1,15	70,37	286	1,14	64,69
Juzgado Penal del Circuito Especializado	248	1,17	67,34	256	1,02	56,64
Juzgado de pequeñas causa laboral	153	0,72	60,13	236	0,94	62,29
Corte Suprema de Justicia	245	1,16	8,57	192	0,77	10,42
Consejo Seccional de la Judicatura	75	0,36	33,33	156	0,62	41,67
Juzgado Civil del Circuito Especializado	122	0,58	62,30	144	0,58	63,19
Juzgado familia del circuito	95	0,45	67,37	137	0,55	67,88
Consejo de Estado	76	0,36	21,05	111	0,44	27,03
Juzgado Promiscuo del Circuito	109	0,52	62,39	109	0,44	60,55
Juzgado de Menores	40	0,19	75,00	43	0,17	60,47
Total	21.118	100,00	63,42	25.013	100,00	61,02

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Los juzgados que más tramitan tutelas en seguridad social son los Juzgados Civiles Municipales (18,83 por ciento), Juzgados Penales Municipales (16,48 por ciento) y Juzgados Penales del Circuito (10,65 por ciento).

El derecho a la seguridad social y su relación con otros derechos

El derecho a la seguridad social es invocado en conjunto con otros derechos económicos sociales y culturales en el 34,12 por ciento de los casos, le sigue los derechos de petición (18,18 por ciento), vida digna y dignidad humana (8,18 por ciento), y debido proceso y defensa (4,73 por ciento) como los más importantes (Tabla 68).

Tabla 68. El derecho a la seguridad social en asocio con otros derechos. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015	
	N° Tutelas	% en Tutelas	N° Tutelas	% en Tutelas
Seguridad Social	21.118	100,00	25.013	100,00
Otros derechos económicos, sociales y culturales	8.254	39,09	8.534	34,12
Petición	3.327	15,75	4.548	18,18
Vida digna y Dignidad humana	2.647	12,53	2.047	8,18
Debido proceso y defensa	1.331	6,30	1.184	4,73
Igualdad	1.096	5,19	986	3,94
Vida	974	4,61	815	3,26
Trabajo	908	4,30	784	3,13
Integridad física	127	0,60	117	0,47
Personalidad jurídica	52	0,25	60	0,24
Protección al menor y mujer embarazada	74	0,35	48	0,19
Intimidad, buen nombre y honra	38	0,18	29	0,12
Libertad de enseñanza, educación, investigación	28	0,13	22	0,09
Libertad individual	10	0,05	11	0,04
Libre desarrollo de la personalidad	10	0,05	10	0,04
Libertad de expresión e información	10	0,05	9	0,04
Derechos colectivos y del medio ambiente	6	0,03	3	0,01
Otros	28	0,13	108	0,43
Total tutelas de seguridad social interpuestas	21.118		25.013	

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Entidades más demandadas en las tutelas que invocan el derecho a la seguridad social

El ISS/Colpensiones, es la entidad más demandada por este derecho y su crecimiento con relación a 2014 es de 26,57 por ciento, le siguieron las EPS Coomeva, SaludCoop y la UGPP. En el caso de las EPS del régimen contributivo, las principales reclamaciones se presentan por pagos de licencias de maternidad y pagos de incapacidad, a pesar de las reiteradas jurisprudencias expedidas por la Honorable Corte Constitucional (Tabla 69).

Tabla 69. Entidades más tuteladas en derecho a la seguridad social. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Seguro Social Pensiones-Colpensiones	6.424	30,39	8.131	32,36	26,57
Coomeva	1.777	8,41	1.550	6,17	-12,77
Saludcoop	1.467	6,94	1.372	5,46	-6,48
Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Parafiscal UGPP	505	2,39	974	3,88	92,87
Fondo de pensiones y cesantias Porvenir - Horizonte	575	2,72	780	3,10	35,65
Salud Total	743	3,51	723	2,88	-2,69
Ministerios	382	1,81	646	2,57	69,11
Servicio Occidental de Salud S.O.S	473	2,24	633	2,52	33,83
Nueva EPS	553	2,62	591	2,35	6,87
Alcaldías	453	2,14	561	2,23	23,84
Fondo de pensiones y cesantias Protección -ING	425	2,01	528	2,10	24,24
Sura EPS	552	2,61	526	2,09	-4,71
Juzgados, Cortes,Tribunales	473	2,24	519	2,07	9,73
ARL Positiva	299	1,41	433	1,72	44,82
Fuerzas Militares y de policía	278	1,31	369	1,47	32,73
Juntas de Calificación de Invalidez	135	0,64	264	1,05	95,56
Colfondos-Citi	187	0,88	243	0,97	29,95
Sánitas	184	0,87	237	0,94	28,80
Gobernaciones	203	0,96	226	0,90	11,33
Cafesalud	226	1,07	218	0,87	-3,54
Seguros del Estado	0	0,00	186	0,74	
Famisanar	211	1,00	180	0,72	-14,69
Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	206	0,97	172	0,68	-16,50
Comfenalco Valle	125	0,59	162	0,64	29,60
ARL Sura	0	0,00	148	0,59	
Compensar	104	0,49	138	0,55	32,69
Caprecom	193	0,91	138	0,55	-28,50
Empresas de servicios públicos - Telefonía celular	164	0,78	135	0,54	-17,68
La Previsora Seguros	0	0,00	134	0,53	
Secretarías de Educación	139	0,66	128	0,51	-7,91
Fiduprevisora	102	0,48	118	0,47	15,69
Otros	3.584	16,95	3.962	15,77	10,55
Total	21.142	100,00	25.125	100,00	18,84

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Tipo de entidad demandada

El 44,24 por ciento de las tutelas que invocan el derecho a la seguridad social se dirigen contra las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), con un incremento del 31,29 por ciento respecto de 2014 (Tabla 70).

Tabla 70. Tutelas en seguridad social según tipo de entidad demandada. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Administradoras de Fondos de Pensiones	8.467	40,05	11.116	44,24	31,29
EPS	7.258	34,33	7.019	27,94	-3,29
Otras Entidades del Estado	1.460	6,91	2.000	7,96	36,99
Entidades particulares	1.486	7,03	1.536	6,11	3,36
Administradoras de Riesgos Laborales y Compañias de seguros	738	3,49	1.502	5,98	103,52
Entes Territoriales	859	4,06	990	3,94	15,25
Regímenes de excepción	310	1,47	415	1,65	33,87
Instituciones Prestadoras de Salud - IPS	186	0,88	268	1,07	44,09
Empresas de servicios Públicos - Telefonía celular	162	0,77	135	0,54	-16,67
Otros	216	1,02	144	0,57	-33,33
Total	21.142	100,00	25.125	100,00	18,84

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En el grupo de AFP, el ISS /Colpensiones es la entidad más demandada con el 73,15 por ciento de las tutelas. Adicionalmente a la invocación del derecho a la seguridad social, la mayoría de ellas solicitan el derecho de petición, las cuales no se analizan en este aparte.

La segunda entidad en número de tutelas de este grupo corresponde a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensiones y Parafiscal -UGPP- (8,76 por ciento), le sigue el Fondo de pensiones y cesantías Porvenir – Horizonte, (6,89 por ciento) (Tabla 71). Es de destacar el incremento en el número de tutelas de la UGPP (92,87 por ciento) y del FOPEP (96,36 por ciento).

Tabla 71. Tutelas en seguridad social contra los Fondos de Pensiones. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Seguro Social Pensiones-Colpensiones	6.424	75,87	8.131	73,15	26,57
Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensiones y Parafiscal UGPP	505	5,96	974	8,76	92,87
Fondo de pensiones y cesantias Porvenir - Horizonte	575	6,79	766	6,89	33,22
Fondo de pensiones y cesantias Protección -ING	425	5,02	528	4,75	24,24
Colfondos-Citi	187	2,21	243	2,19	29,95
Fiduprevisora	102	1,20	118	1,06	15,69
Fondo de pensiones públicas FOPEP,FONCEP/ Fondos territoriales/	55	0,65	108	0,97	96,36
Fondo de Previsión del Magisterio	80	0,94	90	0,81	12,50
Consorcio Prosperar - Colombia Mayor	23	0,27	37	0,33	60,87
Cajanal/Buen Futuro	53	0,63	29	0,26	-45,28
Otros	38	0,45	92	0,83	142,11
Total	8.467	100,00	11.116	100,00	31,29

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

El segundo grupo con el mayor número de tutelas en seguridad social está conformado por las EPS que prestan servicios en el régimen Contributivo y en el régimen subsidiado con el 27,94 por ciento, en el que las principales reclamaciones son por pago de licencias de maternidad y pago de incapacidades médicas contra las EPS del régimen contributivo. Las EPS con más tutelas por estos conceptos son Coomeva, SaludCoop, Salud Total, SOS, Nueva EPS y Sura. Durante 2015 estas tutelas se disminuyeron en 3,29 por ciento con relación a 2014. (Tabla 72)

Tabla 72. Tutelas en seguridad social contra EPS. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Coomeva	1.777	24,48	1.550	22,08	-12,77
Saludcoop	1.467	20,21	1.372	19,55	-6,48
Salud Total	743	10,24	723	10,30	-2,69
Servicio Occidental de Salud S.O.S	473	6,52	633	9,02	33,83
Nueva EPS	553	7,62	591	8,42	6,87
Sura EPS	552	7,61	526	7,49	-4,71
Sánitas	184	2,54	237	3,38	28,80
Cafesalud	226	3,11	218	3,11	-3,54
Famisanar	211	2,91	180	2,56	-14,69
Comfenalco Valle	125	1,72	162	2,31	29,60
Compensar	104	1,43	138	1,97	32,69
Cruz Blanca	84	1,16	77	1,10	-8,33
Otras	759	10,46	612	8,72	-19,37
Total	7.258	100,00	7.019	100,00	-3,29

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Otro grupo que aumenta el número de tutelas es el conformado por las Administradoras de Riesgos laborales (ARL), cuyo incremento con relación a 2014 es de 103,52 por ciento, en donde la ARL Positiva es la entidad con el mayor número de acciones que invocan el derecho a la seguridad social, con una participación del 28,83 por ciento. (Tabla 73).

Tabla 73. Tutelas en seguridad social contra Administradoras de Riesgos Laborales y Compañías de Seguros. Periodo 2014 – 2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
ARL Positiva	299	40,51	433	28,83	44,82
Seguros del Estado S.A	33	4,47	186	12,38	463,64
ARL Sura	80	10,84	148	9,85	85,00
La previsora Seguros	18	2,44	134	8,92	644,44
Seguros de Vida Colpatria	66	8,94	102	6,79	54,55
QBE Seguros	15	2,03	94	6,26	526,67
Compañia de Seguros Colmena	62	8,40	82	5,46	32,26
La Equidad Seguros de Vida	36	4,88	56	3,73	55,56
Compañia de Seguros Bolívar	33	4,47	49	3,26	48,48
Liberty Seguros	31	4,20	43	2,86	38,71
Maphre Seguros	24	3,25	28	1,86	16,67
Seguros de Vida Alfa	14	1,90	22	1,46	57,14
Allianz seguros	7	0,95	11	0,73	57,14
BBVA seguros	6	0,81	7	0,47	16,67
Otras compañias de seguros	14	1,90	107	7,12	664,29
Total	738	100,00	1.502	100,00	103,52

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Solicitudes más frecuentes en las tutelas de seguridad social

El análisis de esta sección se hace sobre una muestra representativa de 1.500 tutelas que invocan el derecho a la seguridad social y no invocan el derecho a la salud, seleccionada a través de un muestreo aleatorio estratificado por departamento con una confiabilidad del 95 por ciento y un error del 2,1 por ciento. Los resultados que se presentan, utilizan un factor de expansión en función de la misma variable de estratificación.

La información se registra en el anexo 2 de acuerdo con el relato del accionante en la tutela seleccionada. La cuantificación se hace con todas las solicitudes en cada una de las tutelas, en razón de que en una misma acción se puede presentar más de una solicitud con requerimientos diferentes.

Igual que el año anterior, las solicitudes más frecuentes en las tutelas que invocan el derecho a la seguridad social son por pago de incapacidades de las EPS del régimen contributivo con el 15,78 por ciento las cuales tienen un incremento de 10,42 por ciento con relación a 2014 (Tabla 71).

Al respecto y como se mencionó previamente en el capítulo de jurisprudencia, el sistema de salud estableció que el pago de este auxilio puede estar a cargo del empleador, de la EPS o del fondo de pensiones, dependiendo del periodo en el que se presente la incapacidad médica. Es así como al primero le corresponde el pago de los dos primeros días de la incapacidad, a partir del tercer día, la EPS a la que se encuentra afiliado el trabajador, asume esta obligación hasta que se cumplan 180 días de incapacidad, en cuyo periodo, la EPS debe emitir, antes de que cumpla 120 días, concepto de rehabilitación o no del afiliado, y enviarlo al fondo de pensiones antes de que se cumplan 150 días.

Si dicho concepto es favorable, el fondo de pensiones deberá continuar pagando al trabajador el auxilio económico por concepto de las incapacidades que prescriba el médico tratante, por un término no mayor a 540 días sumando los primeros 180 días. Pero si el concepto es desfavorable, la administradora de pensiones deberá remitir el caso a la junta de calificación de invalidez para la determinación del porcentaje de pérdida de la capacidad laboral.

Si la calificación es igual o superior al 50 por ciento y el afiliado cumple con los requisitos, el fondo deberá reconocer la pensión de invalidez, pero si es inferior, el trabajador deberá ser reintegrado a su cargo con las recomendaciones respectivas de conformidad con su situación.

En todo caso, el tiempo que transcurra en el trámite del reconocimiento de la pensión de invalidez, el fondo de pensiones deberá continuar efectuando el pago de las incapacidades laborales.

La segunda solicitud en las tutelas que invocan el derecho a la seguridad social es el reconocimiento de pensión de vejez con el 11,06 por ciento y un crecimiento del 47,41 por ciento respecto a 2014. En tercer lugar aparece la solicitud de calificación de invalidez cuyo crecimiento es del 365,03 por ciento, dirigido especialmente a Administradoras de Riesgos laborales –ARL- y compañías de seguros.

En cuarto lugar se ubican las solicitudes de pago de mesadas pensionales con el 10,23 por ciento y un incremento del 16,96 por ciento respecto al año anterior. Adicionalmente hay que destacar la disminución de solicitudes para pago de licencias de maternidad a cargo de las EPS del régimen contributivo (Tabla 74), las cuales en 2014 eran las segundas solicitudes más frecuentes cuando se invocaba ese derecho.

Tabla 74. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de seguridad social. Periodo 2014-2015

	2014		2015		Variación %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part. %	
Pago de Incapacidades	3.715	16,99	3.643	14,01	-1,94
Reconocimiento de pensión de vejez	1.951	8,92	2.876	11,06	47,41
Calificación de invalidez/V	572	2,62	2.660	10,23	365,03
Pago de mesadas pensionales	2.123	9,71	2.483	9,55	16,96
Reliquidación pensional	1.256	5,74	1.939	7,46	54,38
Pago de licencias de maternidad	3.191	14,59	1.678	6,45	-47,41
Pensión de sobreviviente	880	4,02	1.449	5,57	64,66
Reconocimiento de pensión de invalidez	885	4,05	1.311	5,04	48,14
Servicios médicos	1.161	5,31	1.216	4,68	4,74
Traslado de régimen pensional	865	3,96	1.156	4,45	33,64
Reintegro laboral	1.021	4,67	804	3,09	-21,25
Indemnización sustitutiva	436	1,99	709	2,73	62,61
Pago de salarios	370	1,69	552	2,12	49,19
Pago de aportes a seguridad social	329	1,50	493	1,90	49,85
Corrección historia laboral	385	1,76	373	1,43	-3,12
Devoluciones de dinero	300	1,37	315	1,21	5,00
Pago de otras prestaciones económicas	392	1,79	250	0,96	-36,22
Ayuda humanitaria	265	1,21	180	0,69	-32,08
Afiliación a Salud	241	1,10	173	0,67	-28,22
Certificaciones	202	0,92	163	0,63	-19,31
Otros	1.327	6,07	1.579	6,07	18,99
Total	21.867	100,00	26.002	100,00	18,91

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Life Scope
113
109
155/115
91
21
NIHON KOHDEN
En espera

CAPÍTULO IV.

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tutelas en general

Una vez más, la Defensoría del Pueblo encuentra que la acción de tutela se constituye como el mecanismo judicial por excelencia utilizado por los usuarios para lograr la protección de sus derechos fundamentales cuando les han sido vulnerados.

Por tal motivo, esta entidad reitera la necesidad de mantener el propósito básico de la tutela, actualizando sus artículos a los preceptos constitucionales vigentes, de tal forma que los ciudadanos puedan seguir acudiendo a ella cuando cualquier entidad, pública o privada, intente amenazar o vulnerar un derecho fundamental. Antes de pensar en la limitación de esta figura constitucional, resulta necesario que las entidades respondan oportunamente los derechos de petición, se mejore la prestación de los servicios de salud mediante mecanismos resolutivos de los problemas persistentes y se cumpla, por parte del Estado, con la normatividad vigente.

Crecimiento sostenido del número de tutelas

Entre el año 2014 y 2015 se presenta el incremento porcentual más alto en los últimos 11 años (23,34 por ciento) y la cifra absoluta más alta de la serie (614.520) desde que se creó esta figura en la Constitución Política de 1991. Lo anterior indica que actualmente en Colombia, cada 51 segundos un usuario interpone una tutela para reclamar algún derecho fundamental.

Varios aspectos influyen en este crecimiento. En primer lugar y más significativo es el incremento exagerado de tutelas contra la unidad de víctimas, entidad que se creó "con la finalidad de liderar acciones del Estado y la sociedad para atender y reparar integralmente a las víctimas para contribuir a la inclusión social y a la paz", lo cual no se ha cumplido. Esta entidad acumula el 29,76 por ciento de las tutelas en Colombia y la mayoría de ellas se presentan por la necesidad de acceder de forma rápida a los beneficios de la ley de víctimas y restitución de tierras. Lo anterior no se compadece que en pleno proceso de paz, cuando se pretende que la sociedad repare a las víctimas, una institución del Estado las ignore y deban acudir a la acción de tutela.

Otro aspecto tiene que ver con el derecho a la salud que abarca el 24,61 por ciento de las tutelas, las cuales se presentan por la crisis acumulada, institucional y financiera del sector.

El tercer aspecto se da por violación del derecho de petición, el cual está presente en el 46,83 por ciento de las tutelas y que involucra, entre otras entidades, al ISS/ Colpensiones y a la unidad de víctimas.

Las entidades se han venido acostumbrando a no responder o a dilatar su respuesta, cuando su deber es responder de manera efectiva, esto es, de fondo y oportunamente; y abstenerse de dar respuesta en formatos preestablecidos, en los que no se incluye un análisis particular de los casos planteados por los ciudadanos.

Congestión de los juzgados y decisiones

El hecho que en el último año se haya presentado la cifra más alta de tutelas interpuestas en el país desde la creación de la Tutela, hace que en los juzgados se presente congestión, dilación en los trámites judiciales, sobrecarga laboral y sobrecostos en los procesos jurídicos, adicional al poco tiempo con que cuentan los jueces para realizar el seguimiento de los fallos de tutela, con el consabido desacato. Es de anotar que a pesar de que la Corte Constitucional, por solicitud previa de la Defensoría del Pueblo, estableció como tiempo de respuesta a los incidentes de desacato el mismo establecido para resolver la acción de tutela (10 días), esto en la práctica no sucede, según las quejas que a diario se reciben en esta entidad.

Respecto a las decisiones de los juzgados, el 71,93 por ciento como promedio general le da la razón a los peticionarios, aunque hay entidades como la unidad de víctimas con un porcentaje del 90,2 por ciento, SaludCoop 86,3 por ciento y Colpensiones con el 85,9 por ciento. Igualmente, existen derechos más protegidos (decisiones favorables) como son, otros derechos económicos sociales y culturales con el 88,8 por ciento, salud 83,59 por ciento y petición con el 76,8 por ciento. Contrario a lo anterior, el derecho al debido proceso y defensa, tiene una favorabilidad del 26,9 por ciento.

Todo lo anterior, desgasta la acción de tutela, genera incluso intentos legales por limitarla, en lugar de desarrollar políticas públicas efectivas para que las entidades respeten los derechos fundamentales.

La Corte Constitucional encontró una notable mejoría en la situación de los derechos fundamentales de los usuarios de Colpensiones, luego de contrastar el panorama actual con el escenario que motivó su intervención, declarando superado el estado de cosas inconstitucional en la transición del administrador del régimen de prima media. Pero, como igualmente lo señaló la Corte, ello no quiere decir

que se suprimieron las violaciones a los derechos fundamentales de los usuarios de la entidad, (Corte Constitucional, T-774, 2015), las 50.382 tutelas presentadas durante 2015 en su contra, así lo ratifican.

Cobertura territorial

Respecto de la distribución por entidades territoriales de las acciones de tutela, en 1.066 municipios, de los 1.122 que existen en el país, se interpuso al menos una tutela por violaciones a uno o más derechos fundamentales.

Tradicionalmente el departamento de Antioquia concentra el mayor número absoluto y relativo de tutelas en el país. En el año 2015 se interpusieron 204.116 que corresponde al 33,2 por ciento de ellas, para una tasa de 316 tutelas por cada 10.000 habitantes, las cuales, en su gran mayoría se presentan por la no respuesta a los derechos de petición. Medellín, como la primera ciudad del país en la interposición de acciones de tutela, conserva el mismo comportamiento del departamento.

Las dificultades, las carencias, las barreras de acceso para los derechos ciudadanos son semejantes en los municipios y en las grandes ciudades, en la medida en que, en ambos, los motivos que invocan las tutelas, son iguales y en el mismo orden.

Derecho a la salud

La tutela y el derecho a la salud.

El año 2015 ostenta el mayor número de tutelas (151.213) desde que este mecanismo se instituyó en la Constitución Política de 1991, para reclamar servicios de salud, presentando el mayor incremento anual desde 2008 (27,84 por ciento) año en el que la Corte Constitucional emitió la Sentencia T-760. Lo anterior indica que cada 3 minutos y medio se interpone una tutela por violación al derecho a la salud.

A la Defensoría del Pueblo le preocupa este resultado por cuanto no se ha cumplido con el objetivo de la Sentencia T-760 (2008), en el sentido que su objetivo era la disminución de las tutelas, al garantizarse el goce efectivo del derecho a la salud. Así mismo, se espera que con la Ley Estatutaria en Salud (LES) mejore el acceso a los servicios en salud de los usuarios, situación que en principio le da mayor exigencia a su reglamentación.

La tendencia creciente del número de tutelas en salud registrada en los informes de la serie "La Tutela y el Derecho a la Salud" de la Defensoría del Pueblo, reflejan las fallas en el funcionamiento del Sistema de Salud, específicamente, se evidencia la vulneración sistemática por parte de las entidades aseguradoras, al imponer barreras en el acceso a los servicios y obligando a los ciudadanos a in-

terponer tutelas, incluso por servicios que se encuentran dentro del POS, que ya han sido cancelados mediante el pago de la UPC.

Así las cosas, la Defensoría del Pueblo considera importante explicar que la acción de tutela no es un problema en sí misma con relación al derecho a la salud, sino la permanente necesidad de su utilización como medio cada vez más necesario para el acceso a los servicios en salud.

Las cifras indican la existencia de un claro desequilibrio entre la capacidad del Estado para inspeccionar, vigilar y controlar a los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud y la falta de atención que los usuarios de los servicios evidencian en el contacto diario y directo con las entidades que deben suministrárselos. Es evidente que las personas accionan la tutela por causa de las negaciones de servicios y la ineficacia del aparato estatal para controlar que dichas prestaciones tengan como fuente resolutiva los mandatos constitucionales y legales (Ley 1751, 2015) que garantizan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Respecto a las intervenciones realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), el gran volumen de ellas, refleja y agrava el equilibrio financiero del SGSSS. Sobre todo las liquidaciones de EPS, que generan trastornos graves de continuidad en la atención de salud durante el tránsito de la EPS liquidada a la elegida o asignada, lo que causan nuevas tutelas.

Con corte a 31 de diciembre de 2015, treinta y tres (33) entidades se encuentran con medidas especiales, de las cuales 12 cuentan con intervención forzosa administrativa para liquidar, 9 con intervención forzosa administrativa para administrar, 8 con vigilancia especial y 4 en programa de recuperación. (Superintendencia Nacional de Salud, 2015)

Respecto a las entidades con Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar se encontraban en proceso 12 EPS: SaludCoop, Salud Colombia, Comfenalco Antioquia (los dos regímenes), Cafaba, Cajasan, Comfaoriente, Famisalud, Comfanorte, Comfenalco Tolima, Salud Cóndor, Humana Vivir (los dos regímenes) y la ESE Hospital Departamental de Cartago.

Casos especiales para mencionar está el de SaludCoop EPS OC (organización cooperativa) en liquidación, en donde se realizó el traslado de 4,6 millones de población afiliada que fue asignada excepcionalmente a Cafesalud EPS; y, la liquidación de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones Caprecom EICE EPSS en liquidación, donde se presentaron muchos trastornos durante la distribución de afiliados. Estos hechos ocasionaron graves traumatismos en la atención de los usuarios, debido a que no se generaron estrategias eficaces que permitieran el acceso real y oportuno a los servicios de salud, en especial para pacientes de altos costo y crónicos.

El proceso fue igualmente traumático al ocurrido en otros traslados masivos por liquidación. Se presentaron quejas, protestas (algunos usuarios, incluso se encadenaron a las puertas de la Defensoría), derechos de petición y el número de tutelas contra estas entidades aumentó considerablemente; al punto que, SaludCoop se constituyó en 2015 como la entidad de salud más tutelada con 18.690 acciones, con incremento del 51,04 por ciento, con relación al año anterior que sumadas a las de Cafesalud, serían 25.889 tutelas.

Con relación a las entidades con intervención forzosa administrativa para administrar, se encuentran siete (7) ESE y dos (2) IPS privadas. Respecto a las entidades en vigilancia especial, las cuales se encuentran en medidas preventivas de toma de posesión, que son alternativas a la intervención, implican la presentación de un plan de acción y un monitoreo por parte de la SNS, sin remover la administración ni limitar las competencias y responsabilidades de los propietarios de las entidades vigiladas, como son: Cruz Blanca, Cafesalud, Emdisalud, Asociación de Cabildos Indígenas y La Guajira Dusakawi, Capital Salud, Ecoopsos ESS EPS-S, Salud Vida EPS y la ESE Hospital Eduardo Santos.

Tutelas en salud - entidades territoriales.

El departamento de Antioquia continúa generando el mayor número de tutelas en salud con 32.540, que equivale al 21,52 por ciento. No obstante Norte de Santander con 8.171 tutelas ingresó entre los primeros 5 departamentos con mayor número de ellas, ocasionado, entre otros motivos por el cierre de la frontera con Venezuela y los problemas en salud pública (Zika, Chicungunya).

A pesar de que en algunos departamentos como La Guajira y Chocó donde se evidencian graves problemas en salud, según los informes de la Defensoría del Pueblo (Resoluciones Defensoriales N° 064 de 2014 y 065 de 2015), el uso de la tutela para proteger el derecho a la salud no es muy frecuente, presentando los indicadores más bajos del número de tutelas por cada 10.000 habitantes (7,5 y 10,26 respectivamente), ocasionado entre otras razones, por el desconocimiento de este mecanismo constitucional, por su cultura y por las barreras geográficas de acceso a los servicios de salud y a la justicia.

Entidades con más tutelas en salud

Las cinco EPS con mayor tutelas en el país son: SaludCoop, Nueva EPS, Coomeva, Caprecom y Grupo Comfama/Alianza Medellín/Savia Salud, de las cuales, dos de ellas (SaludCoop y Caprecom) ya fueron liquidadas, sin embargo el orden cambia cuando se calcula el número de tutelas en salud por cada 10.000 afiliados

quedando de la siguiente manera: Coomeva, Nueva EPS, Servicio Occidental de Salud, Grupo Comfama/Alianza Medellín/Savia Salud y SaludCoop.

Es así como el número de entidades de aseguramiento ha disminuido notablemente durante los últimos años, sin que se hayan adoptado medidas que garanticen que los usuarios afiliados a las EPS liquidadas continúen con sus tratamientos y tengan mejores oportunidades de acceso a los servicios en salud, de tal manera que no se incremente el número de tutelas.

Atención en salud de la población privada de la libertad

Los problemas de salud que tiene la población privada de la libertad, se agravaron durante 2015 por la deficiente prestación de servicios en salud incluidos en el Plan Obligatorio del Régimen Subsidiado (POSS), a cargo de la EPS Caprecom. Por su parte, la USPEC, debe garantizar la atención de los servicios no incluidos en el POS, a través de una póliza de salud suscrita con prestadores externos, lo cual se ha cumplido parcialmente. Así mismo, se presentan inconvenientes administrativos por parte del INPEC en el traslado de los internos cuando requieren atención médica fuera del centro de reclusión.

La Defensoría del Pueblo en sus informes periódicos de la "La Tutela y el Derecho a la Salud", ha evidenciado el crecimiento, año tras año de estas tutelas. Es así como, en el último informe especial de seguimiento se encontró que más de 7.300 internos de 23 establecimientos de reclusión en el territorio nacional carecen de cualquier tipo de atención médica, agravado por las condiciones de hacinamiento y las patologías que allí se presentan. Así mismo dio a conocer en visitas de inspección a terreno que de 20.945 procedimientos solicitados por los pacientes privados de la libertad, sólo fueron autorizados 8.531, es decir apenas el 40,7 por ciento.

El estudio señala que en 84 de 132 establecimientos analizados, lo cual equivale a más del 63 por ciento, no hay entrega de medicamentos a los enfermos y que en 109 de ellos (82,5 por ciento) se incumple en el suministro de insumos médicos, hospitalarios y odontológicos.

Como lo había precisado en su momento, la Defensoría del Pueblo concluye que tan sólo hay un médico por cada 797 internos en el país, que no existen regentes de farmacia y que tampoco hay auxiliares a cargo del archivo de historias clínicas dentro de los establecimientos.

Lo anterior refleja la persistencia en la problemática y la evidente necesidad de definir reglas específicas para lograr el acceso a los servicios de salud para esta población, que a pesar de la expedición de la Ley 1709 de 2014, su reglamen-

tación mediante el Decreto 2245 de 2015 y la Resolución 5159 de 2015, no ha logrado el restablecimiento del derecho a la salud.

Regímenes de excepción

A pesar de que estos regímenes fueron creados con la finalidad de privilegiar a algunos sectores de la población constituidos antes de la Ley 100 de 1993, ellos no se escapan de la caótica situación de salud que enfrenta Colombia. Es así como en el año 2015, el acceso a los servicios de salud por parte de esta población también se presentó a través del mecanismo constitucional de la acción de tutela.

Movilidad en regímenes

El número de afiliados al régimen subsidiado es mayor que los afiliados al régimen contributivo, cifra que se incrementó en el último año, lo que se evidencia en datos entregados por el MSPS donde 1.163.491 usuarios, que en algún momento estaban cotizando o eran beneficiaros, pasaron a engrosar esta lista, contrario a lo sucedido en el régimen subsidiado, donde solo pasaron al contributivo, 157.888 usuarios.

El régimen subsidiado y el acceso a la tutela

A pesar de que los afiliados al régimen subsidiado es superior los del contributivo, esto no sucede en el número de tutelas, ocasionado en gran parte por las dificultades de acceso geográfico, el menor conocimiento de este mecanismo de acción constitucional y a la creencia generalizada de que este servicio es gratuito por lo que no se le debe reclamar nada al Estado.

Diagnósticos más frecuentes en las tutelas

De los usuarios más afectados en el sistema de salud, se encuentran aquellos que padecen enfermedades crónicas y de alto costo (salud mental, hipertensión arterial y cáncer, entre otras), ya que deben acudir constantemente a la Tutela con la finalidad de que se les garantice su derecho a la salud. Sin embargo, a pesar de que los jueces fallan a su favor, estos no son cumplidos a cabalidad por las entidades demandadas, razón por la cual recurren al desacato, el cual tampoco se cumple, quedando sin otro medio de defensa judicial que los proteja en su derecho fundamental a la salud, a pesar de que existe normatividad vigente que, en teoría los ampara.

Solicitudes POS y no POS

Aunque la Defensoría del Pueblo en sus últimos estudios ha denunciado la violación sistemática de los derechos de los usuarios en cuanto a la constante negativa de acceso a las tecnologías en salud incluidas en el POS, el porcentaje de las mismas en las tutelas aún continúa alto (64,03 por ciento), con el agravante de que algunas de las entidades de aseguramiento que los niegan, recobran estas al FOSYGA, lo que resulta insólito, que en la actualidad se interpongan tutelas por oxígeno, citas médicas, exámenes e imágenes diagnósticas básicas.

Así mismo se resalta como causa de las tutelas, la solicitud de los kit de colostomía y de glucometría para pacientes con patologías diferentes a cáncer de colon y diabetes insulinodependientes. Esta situación se subsanaría si se incluyeran en el plan de beneficios para todas las patologías.

Los viáticos, transporte y alojamiento no fueron incluidos en la clasificación POS de este estudio, a pesar de que el MSPS ha ratificado su inclusión y de los debates llevados a cabo con ocasión al parágrafo del Artículo 8 del proyecto de Ley Estatutaria, donde dicho ministerio pretendía que estos servicios no fueran cubiertos con recursos del sistema de salud, situación declarada inexequible por la Corte Constitucional. En el último año, estas solicitudes han aumentado en un 42,7 por ciento.

Camas hospitalarias y capacidad instalada

El SGSSS ha logrado avances en lo relacionado con cobertura y acceso; se ha evidenciado una lenta expansión en la oferta nacional de los servicios de salud con crecimiento predominante en el sector privado y en el segmento de mayor complejidad tecnológica. No obstante, según lo establece el Ministerio de Salud y Protección Social (2016) el crecimiento en la oferta es insuficiente frente a la demanda.

Respecto a la capacidad instalada, en los últimos años se observa un incremento general del 9 por ciento, donde el número de camas aumentó en un 8,5 por ciento, especialmente en los prestadores privados (16,9 por ciento). Sin embargo, se presenta una reducción en su capacidad instalada especialmente en salas de parto, quirófanos y servicios de pediatría. Para el primer caso, la disminución es del 14,1 por ciento, mayoritariamente en prestadores privados (28,1 por ciento); en el segundo, del el 3,5 por ciento, especialmente en los prestadores públicos (12,0 por ciento) y, en los últimos con ocasión a su baja rentabilidad económica.

Adicionalmente, se presenta alta obsolescencia tecnológica, deficiencia en cantidad, pertinencia y calidad del personal de salud y de infraestructura en niveles de atención básicos para el sector público, en donde la inversión es muy escasa.

En síntesis, concluye el MSPS, se evidencia obsolescencia tecnológica en el primer nivel, reducción de la capacidad instalada en el segundo y crecimiento en la capacidad instalada de alta complejidad con ampliación de la participación de la oferta privada sobre la oferta pública. Lo anterior se traduce en falta de oferta de camas hospitalarias, insuficiencia de red, dificultades en la operación del sistema de referencia y contrarreferencia, sobre todo cuando se presentan estas necesidades en hospitales de primer nivel en municipios aislados que no encuentran camas en las IPS de alta complejidad.

Para la Defensoría del Pueblo en todo el país se presenta dificultad en la consecución de camas, con sobreocupación en los servicios de urgencias, teniendo que utilizar camillas, sillas, y otros, buscando ubicar a los usuarios, los cuales pueden durar en este sitio durante días, especialmente en IPS de alta complejidad.

Seguridad social

En este aparte, las conclusiones corresponden a tutelas que invocan el derecho a la seguridad social, sin invocar el derecho a la salud.

Durante 2015 las tutelas contra Colpensiones se mantienen en los mismos niveles del año anterior. Es de anotar que la Corte Constitucional mediante sentencia T-774 de 2015 levantó la medida del Estado de Cosas Inconstitucional que pesaba sobre Colpensiones. Adicionalmente, se observan incrementos en el número de tutelas contra la UGPP ocasionado por la obligación del pago de las pensiones de las entidades públicas liquidadas y, en contra de las Administradoras de Fondos de Pensiones privados (AFP) y del Ministerio de Hacienda en la medida en que los primeros empezaron a asumir los pagos pensionales, requiriendo del segundo la emisión de los bonos pensionales, los cuales se demoran en su expedición.

La solicitud de pago de incapacidades contra las EPS se constituye como la primera causa de las tutelas por seguridad social y se mantiene en las mismas frecuencias del año anterior, a diferencia de la solicitud del pago de licencias de maternidad que presentaron una disminución del 47,41 por ciento con ocasión al acatamiento de la reiterada jurisprudencia emitida por la Corte Constitucional.

Las solicitudes en las tutelas por calificación de invalidez que están a cargo de las juntas, ya sean regionales o nacionales, se incrementaron en un 365 por ciento, ocasionado por la falta de oportunidad en la demora de la calificación.

Las Administradoras de Riesgos laborales (ARL), presentan un incremento de 103,52 por ciento con relación a 2014, siendo la ARL Positiva la que concentra el mayor número de acciones. Sin embargo, hay que anotar que hay administradoras cuya variación sobrepasa el 100 por ciento, como es el caso de la Previsora, Seguros del Estado y QBE seguros.

Defensoría
del Pueblo
COLOMBIA

Recomendaciones

Exhortar al Congreso de la República para que tenga en cuenta la iniciativa legislativa propuesta por la Defensoría del Pueblo (2015), por medio de la cual se reforma el Decreto Ley 2591 de 1991 que reglamenta la acción de tutela definida en el Artículo 86 de la Constitución Política.

Exigir al Gobierno Nacional y a la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, adoptar medidas para mejorar la calidad de la atención y la oportunidad del trámite de las solicitudes de las víctimas reconocidas del conflicto armado, como parte del cumplimiento de los acuerdos del proceso de paz.

Recomendar al Gobierno Nacional y al Ministerio de Salud y Protección Social que con base en las reiteradas causas de las Acciones de Tutelas y aprovechando el desarrollo de la Ley Estatutaria en Salud, se tomen las medidas de fondo para mejorar la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud para que los ciudadanos no tengan que continuar acudiendo a este mecanismo constitucional para proteger el derecho fundamental a la salud.

Instar a todas las autoridades competentes y demás actores involucrados para que den respuesta oportuna y de fondo a los derechos de petición, considerando la particularidad de cada circunstancia y no como actualmente se acostumbra, en formatos preestablecidos.

Exhortar al Gobierno Nacional para que desarrolle políticas públicas efectivas y coercitivas para que todas las entidades garanticen los derechos fundamentales de los ciudadanos, como mecanismo de descongestión de los juzgados.

Instar a Colpensiones para que continúe en el proceso de mejoramiento, respecto a la calidad y oportunidad de los actos administrativos y optimizar las respuestas a los derechos de petición, evitando que los usuarios accedan a instancias judiciales.

Solicitar a las autoridades territoriales y en especial a aquellas que presentan el mayor número de tutelas, fortalecer la gestión preventiva para evitar las conductas violatorias de derechos fundamentales, con el fin de optimizar la acción de tutela.

Invitar al Ministerio de Salud y Protección Social a reglamentar la LES como una oportunidad para eliminar las barreras de acceso, desplegar acciones positivas para los factores determinantes de la salud, implementar un modelo de atención centrado en el usuario y desarrollar el plan de beneficios por prestaciones implícitas, entre otros, como mecanismos para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Sugerir al Gobierno Nacional, en cabeza del MSPS que en ejercicio de su rectoría, desarrolle políticas públicas preventivas y coercitivas para minimizar las barreras

de acceso administrativas, financieras, geográficas y culturales, como causales de las acciones de tutelas.

Solicitar al Congreso Nacional separar administrativamente a la SNS del MSPS con la finalidad de que ejerza de manera autónoma sus funciones de inspección, vigilancia y control en el sector salud. Así mismo, revisar normativamente la competencia de intervenir para administrar entidades del sector para evitar la doble condición de administrador y vigilado.

Instar a la SNS a establecer límites administrativos y temporales a las intervenciones que realizan, en función a la garantía del derecho fundamental a la salud. Así mismo, en el caso de liquidaciones de entidades del sector, adoptar medidas para evitar trastornos y falta de continuidad en los tratamientos, especialmente de pacientes con patologías crónicas o de alto costo.

Exigir a las EPS que atienden poblaciones especiales en zonas geográficas dispersas o de difícil acceso, para que faciliten el acceso a los servicios de salud con oportunidad y calidad.

Solicitar al Ministerio de Justicia y del Derecho, al Ministerio de Salud y la Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y al Departamento Nacional de Planeación, realizar acciones coordinas con el INPEC y la USPEC, tendientes a desarrollar plenamente el sistema de salud para la población privada de la libertad de que trata la Ley 1709 de 2014.

Requerir a la SNS para que fortalezcan las funciones de IVC de las EAPB (incluidos los regímenes de excepción y especiales) para que garantice el efectivo goce del derecho a la salud. Así mismo a las responsables del aseguramiento de esta población, evitar barreras de acceso y mejorar la oportunidad en la atención.

Exhortar al Gobierno Nacional para que genere políticas públicas de formalización del empleo, con el fin de que se incremente los afiliados aportantes al régimen contributivo.

Instar a las EPS a crear unidades de gestión de riesgo, para mejor el acceso, la calidad y la oportunidad de atención de los pacientes con enfermedades de alto costo y crónicos.

Exigir a la SNS para que en uso de sus competencias, investigue y sancione a las EPS que niegan tecnologías en salud POS.

Solicitar al MSPS incluir en el POS los kit de colostomía y de glucometría para patologías diferentes al cáncer de colon y pacientes diabéticos no insulinodependientes.

Instar al MSPS para que aplique la normatividad vigente así como la jurisprudencia constitucional, en lo relacionado con los servicios complementarios (transporte, alojamiento y viáticos) y solicitar al FOSYGA el no reconocimiento y

pago de estos servicios, por cuanto ya se encuentran financiados con la UPC diferencial.

Solicitar al Ministerio de Salud y Protección social que con base en un estudio de costos reales revise el sistema tarifario establecido para los servicios que por falta de equilibrio financiero están siendo cerrados a nivel nacional; tales como: pediatría, medicina interna, salas de parto, salud mental y quirófanos. Así mismo, fortalecer los servicios de urgencias y la capacidad resolutiva del primer nivel.

Conminar a las entidades obligadas, para que en cumplimiento de la jurisprudencia vigente, pague con oportunidad las incapacidades generadas por causa de una enfermedad o de un accidente laboral sufrido por el trabajador.

Requerir al Ministerio de Trabajo con el fin de reglamentar los términos establecidos para la calificación de la invalidez por parte de las juntas, tanto de las regionales como de la nacional.

Solicitar a los jueces de la república, verificar el cumplimiento de las acciones de tutela en los términos establecidos y de los incidentes de desacato, interponiendo sanciones severas a las entidades infractoras.

Reiterar al Ministerio de Salud y Protección Social, que en virtud de los principios de equidad y progresividad, fije más categorías de cuotas moderadoras y copagos, de manera proporcional a la capacidad de pago de los cotizantes, dada la barrera de acceso que estos gastos están ocasionando en los usuarios.

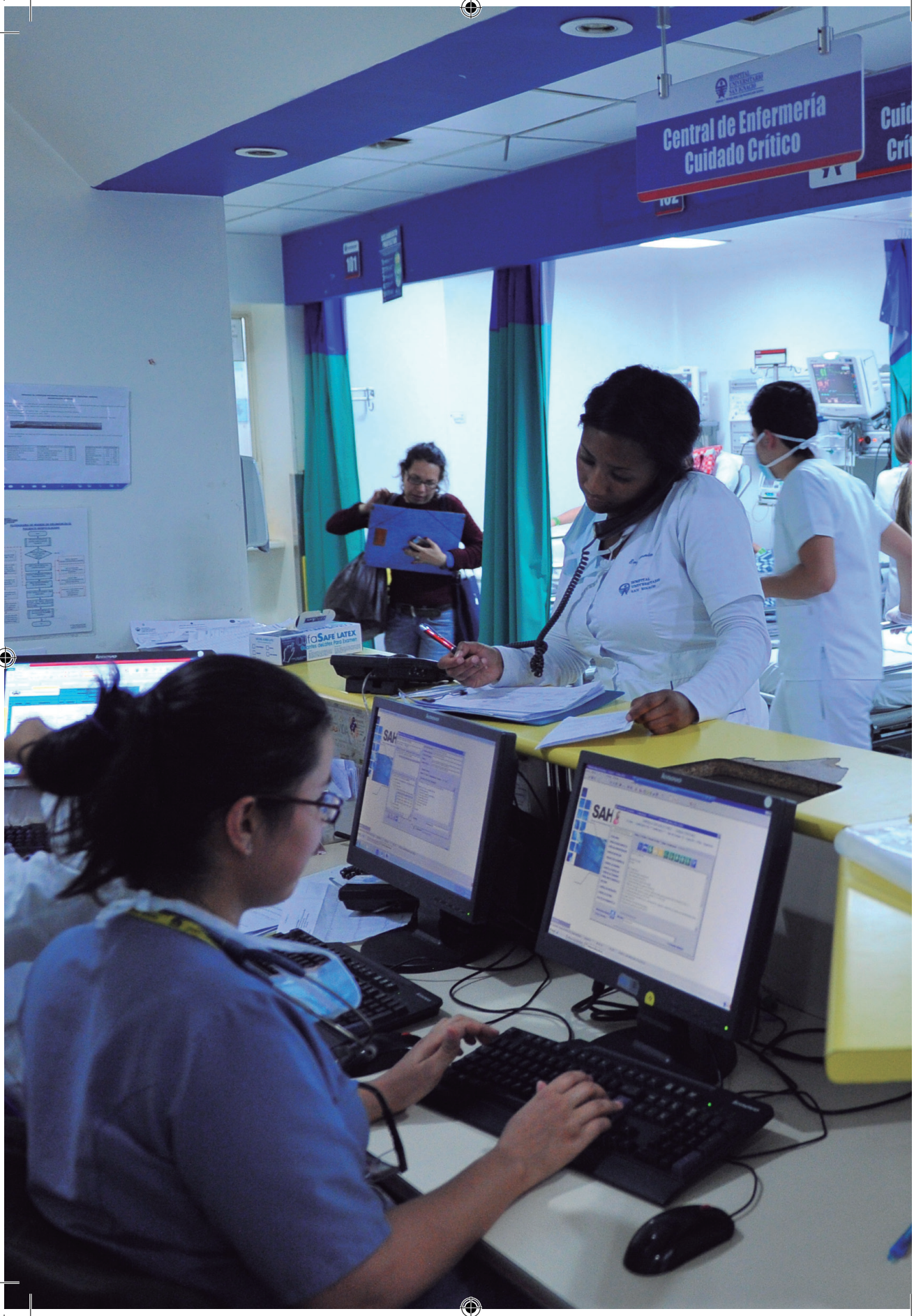
Insistir a la Superintendencia Nacional de Salud para que investigue a las IPS que nieguen servicios habilitados con el argumento del no pago por parte de las EPS.

Exigir a las IPS la prestación de los servicios de salud habilitados a los usuarios que lo requieran, sin pretextos de presuntos incumplimientos de pagos por parte de las EPS.

Solicitar al Ministerio de Trabajo, que elabore el manual sancionatorio para el Control de la ARL en concordancia con la Ley 1562 de 2012, y que defina los términos de respuesta de las Juntas Regionales de Calificación de invalidez.

Exigir a la EPS que cumplan oportunamente con la calificación de origen de la enfermedad y/o accidente de trabajo y trasladen a la ARL en los términos estipulados en la normatividad vigente.

Solicitar a las ARL, la ampliación de la red de prestación de servicios y la oportunidad en la atención de sus afiliados.


Central de Enfermería
Cuidado Crítico
SAFE LATEX
SAH

REFERENCIAS

Alcalde-Rabanal, JE., Lazo, O. & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. Salud Pública de México, volumen (53). Recuperado de http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/19.pdf

Aran, D. & Laca, H. (2011). Sistema de salud de Uruguay. Salud Pública de México, volumen (53). Recuperado de http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/21.pdf

Asociación Médica Mundial (2005), Declaración de Madrid de la AMM sobre la Autonomía y Autorregulación profesionales. Recuperado de http://www.wma.net/es/30publications/10policies/20archives/a21/

Becerril, V., Medina, G. y Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. Salud Pública de México, volumen (53). Recuperado de http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/08.pdf

Becerril, V., Reyes, J. y Annick, M. (2011). Sistema de salud de Chile. Salud Pública de México, volumen (53). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/09.pdf

Belló, M. y Becerril, V. (2011). Sistema de salud de Argentina. Recuperado de http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/06.pdf

Código Sustantivo del Trabajo. (05 de agosto de 1950). Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_sustantivo_trabajo.html

Castell, S., Gispert, E. y Lozano, A. (2015). Revista Cubana de Salud Pública. Cobertura universal de salud y conciliación de criterios en base a la experiencia cubana. Volumen (41). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500006

CEPAL, (2013). Análisis de experiencias internacionales sobre sistemas nacionales de salud: El caso de Costa Rica. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27173/1/M20130037_es.pdf

CEPAL, (2013). Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: México. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4035/1/S2013010_es.pdf

CEPAL, (2013). Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Perú. Recuperado de http://archivo.cepal.org/pdfs/2013/S2013058.pdf

Consejo de Estado. (25 de febrero de 2016). Referencia 4683-2013 expediente 25000234200020130154101. [CP Gerardo Arenas Monsalve]

Corte Constitucional. (02 de octubre de 1992). Sentencia T-548. [MP Ciro Angarita Barón]

Corte Constitucional. (12 de septiembre de 1994) Sentencia T-401. [MP Eduardo Cifuentes Muñoz]

Corte Constitucional. (15 de julio de 1995). Sentencia C-259. [MP Hernando Herrera Vergara]

Corte Constitucional. (31 de julio de 2008). Sentencia T-760. [MP Manuel José Cepeda Espinosa]

Corte Constitucional. (13 de noviembre de 2012). Sentencia T-940. [MP Nilson Pinilla Pinilla]

Corte Constitucional. (29 de mayo de 2014) Sentencia C-313. [MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo]

Corte Constitucional. (16 de febrero de 2015). Sentencia T-067. [MP Gloria Stella Ortiz Delgado]

Corte Constitucional. (11 de marzo de 2015) Sentencia T-100. [MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo]

Corte Constitucional. (25 de febrero de 2015). Sentencia T-108. [MP Jorge Iván Palacio]

Corte Constitucional. (16 de abril de 2015). Sentencia T-175. [MP Jorge Iván Palacio]

Corte Constitucional. (30 de abril de 2015). Sentencia T-239. [MP Martha Victoria Sáchica Méndez]

Corte Constitucional. (30 de abril de 2015). Sentencia T-248. [MP María Victoria Calle Correa]

Corte Constitucional. (21 de mayo de 2015). Sentencia SU-298. [MP Gloria Stella Ortiz Delgado]

Corte Constitucional. (22 de mayo de 2015). Sentencia T-313. [MP Jorge Iván Palacio]

Corte Constitucional. (22 de mayo de 2015) Sentencia T-318. [MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo]

Corte Constitucional. (01 de junio de 2015) Sentencia T-332. [MP Alberto Rojas Ríos]

Corte Constitucional. (22 de junio de 2015). Sentencia T-372. [MP Myriam Ávila Roldán]

Corte Constitucional. (30 de junio de 2015). Sentencia T-400. [MP Gloria Stella Ortiz Delgado]

Corte Constitucional. (06 de julio de 2015). Sentencia T-421. [MP Myriam Ávila Roldán]

Corte Constitucional. (21 de julio de 2015). Sentencia T-455. [MP Myriam Ávila Roldán]

Corte Constitucional. (05 de agosto de 2015). Sentencia T-490. [MP Jorge Iván Palacio]

Corte Constitucional. (11 de agosto de 2015). Sentencia T-517. [MP Myriam Ávila Roldán]

Corte Constitucional. (24 de agosto de 2015) Sentencia T-547. [MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo]

Corte Constitucional. (2 de octubre de 2015). Sentencia T-631. [MP María Victoria Calle Correa]

Corte Constitucional. (13 de octubre de 2015) Sentencia T-648. [MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo]

Corte Constitucional. (13 de octubre de 2015). Sentencia T-650. [MP Jorge Iván Palacio]

Corte Constitucional. (23 de octubre de 2015). Sentencia T-662. [MP María Victoria Calle Correa]

Corte Constitucional. (18 de diciembre de 2015). Sentencia T-774. [MP Luis Ernesto Vargas Silva]

Corte Suprema de Justicia. (14 de enero de 2015). Sentencia 17494. [MP Margarita Cabello]

Congreso de Colombia. (24 de enero de 1979). Medidas sanitarias [Ley 9 de 1979]

Congreso de Colombia. (18 de febrero de 1981). Ética médica. [Ley 23 de 1981]

Congreso de Colombia. (10 de enero de 1990). Reorganización del Sistema Nacional de Salud. [Ley 10 de 1990]

Congreso de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Creación del Sistema de Seguridad Social Integral. [Ley 100 de 1993]

Congreso de Colombia. (21 de diciembre de 2001). Normas orgánicas en materia de recursos. [Ley 715 de 2001]

Congreso de Colombia. (26 de diciembre de 2003) [Ley 860 de 2003].

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). Modificaciones al SGSSS. [Ley 1122 de 2007]

Congreso de Colombia. (3 de octubre de 2007). Disposiciones en materia de talento humano. [Ley 1164 de 2007]

Congreso de Colombia. (19 de enero de 2011). Reforma al SGSSS. [Ley 1438 de 2011]

Congreso de Colombia. (16 de febrero de 2015). Ley Estatutaria en Salud. [Ley 1751 de 2015]

Congreso de Colombia. (09 de junio de 2015). Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. [Ley 1753 de 2015]

Congreso de Colombia. (30 de junio de 2015). Derecho de Petición. [Ley 1755 de 2015]

Constitución Federativa de Brasil [Const.] (1988). Recuperado de http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Brazil/esp88.html#mozTocId269400

Constitución Política de Bolivia [Const.] (1826). Recuperado de http://www.dircost.unito.it/cs/docs/Bolivia%201826.htm

Constitución Política de Colombia [Const.] (1991). Recuperado de http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion_General/constitucion_politica.pdf

Constitución Política de la República de Chile [Const.] (1980). Recuperado de http://www.oas.org/dil/esp/Constitucion_Chile.pdf

Constitución Política de la República de Cuba [Const.] (1976). Recuperado de http://www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm

Constitución Política de la República Oriental de Uruguay [Const.] (1967). Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_132656.pdf

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const.] (1917). Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm

Constitución Política del Perú [Const.] (1993). Recuperado de http://www4.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Constitu/Cons1993.pdf

Convención Americana de Derechos Humanos. (1969). Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm

Defensoría del Pueblo. (2015). Proyecto de Ley Estatutaria 038 Cámara de Representantes. Recuperado de http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=18&p_numero=038&p_consec=42384

Defensoría del Pueblo. (2016). Informe sobre sistema penitenciario. Recuperado de http://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/807/Informe-sobre-Sistema-Penitenciario-en-Iberoam%C3%A9rica-FIO-Penitenciario-Congreso-Colombia-C%C3%A1rceles-Derechos-Humanos.htm?tpid=101&tpl=35.

Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. (19 de noviembre de 1991). [Decreto 2591 de 1991]. DO: 40.165.

Domínguez, E. & Zacca, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. Salud Pública de México, volumen (53). Recuperado de http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/12.pdf

Flórez, R. (2011). El amparo en la República Oriental del Uruguay. Rev. IUS, Puebla, volumen (5), n. 27, Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472011000100012

Ganduglia, C. (2010). La reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802010000400017

Gómez, O. et al., (2011). Sistema de salud de México. Salud Pública de México, volumen (53). Recuperado de http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/17

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, (2012). Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Recuperado de http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb[8]ling[2]anx[9].pdf

Ledo, L. & Soria, R. (2011). Sistema de salud de Bolivia. Salud Pública de México, volumen (53). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800007

Legislación para el Sistema Nacional de Salud de Costa Rica (1999-2016). http://legislacion.sld.cu/index.php?P=Home&ResourceOffset=20

Ministerio de Salud de Argentina, (2015). Publicaciones sobre legislación en salud. Recuperado de http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/sitioPLS/leyesSanitariasNacionales/leyesLSN/L22127.html

Ministerio de Salud de Argentina, (2014). PubliCAPS RemediAR. Fortalecimiento de la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud, Año II Número 3. Recuperado de http://www.remediar.msal.gov.ar/files/publicaps_III_BAJA_WEB_compressed.pdf

Ministerio de Salud de Argentina (2015). Gasto Público en Salud en la provincia de Buenos Aires. Recuperado de http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/economiadelasalud/files/2015/06/Analisis-del-Gasto-en-Salud_2015_01.pdf

Ministerio de Salud de Perú, (2010). Marco normativo nacional. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/portada/def_mlegal.asp

Ministerio de Salud de Perú, (2011). Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/LeyMarco.pdf

Ministerio de Salud de Uruguay, (2016). Marco normativo nacional. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/archivo-de-marcos-normativos

Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social, (2015). Los contenidos del Plan Obligatorio de Salud al alcance de todos. Recuperado de http://pospopuli.minsalud.gov.co/pospopuli/Inicio20.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social, (2016). Política de Atención Integral en Salud. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social, (2015). Política de Atención Integral de Salud. p.25.

Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de diciembre de 2015). Actualización integral del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Resolución 5592 de 2015]

Ministerio de Salud y de Protección Social, (15 de abril de 2016), [Resolución 1328]. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201328%20de%202016.pdf

Ministerio de Trabajo. (23 de diciembre de 2015) [Decreto 2509 de 2015]. Recuperado de http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2015/Decretos2015/DECRETO%202509%20DEL%2023%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202015.pdf

La reforma de la financiación del sistema sanitario en Estados Unidos. Recuperado de

https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/25883/TaxPublicFinance-Law-1.pdf?sequence=1

Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, (2013). Perfil del sistema de salud de la República Argentina. Recuperado de http://www.mateina.com.uy/clientes/omss/sites/default/files/Observatorio_Argentina_06.2013.pdf

Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, (2013). Perfil del sistema de salud de la República Federativa de Brasil. Recuperado de http://studylib.es/doc/683298/espa%C3%B1ol---observatorio-mercosur-de-sistemas-de-salud

Observatorio MERCOSUR de sistemas de Salud, (2013). Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. Recuperado de http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/11/final-Giovanella-comparaci%C3%B3n-SSS-Argentina-Brasil-Uruguay-final-15-nov.pdf

Organización Internacional del Trabajo. (2013). El Sistema de salud del Perú. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015), Preguntas y respuestas sobre hipertensión. Recuperado de http://www.who.int/features/qa/82/es/

Organización Panamericana de la Salud, (2004). Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. Recuperado de http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/perfil.pdf

Organización Panamericana de la Salud, (2010). Redes Integradas de servicios de salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (4). Recuperado de http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250

Redondo, H. & Guzmán, F. (1999). La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia. El desastre de un modelo de desarrollo económico. Bogotá DC.

Sbárbaro, M. (2015). Evolución histórica de los modelos y sistemas sanitarios en Uruguay. Recuperado de http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/viewFile/967/462

Superintendencia Nacional de Salud, (2015). Informe de gestión 2015. Recuperado de http://www.supersalud.gov.co

Unicef-CEDES, (2014). Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina. Recuperado de http://www.unicef.org/lac/Documentos-trabajo-CEDES-Unicef-122-2014.pdf

Universidad de Chile, (2015). Provisión de servicios asistenciales de salud. Recuperado de http://www.ochisap.cl/index.php/atencion-de-salud/provision-de-servicios-asistenciales-de-salud

Wald, A. (s.f.). El mandato de seguridad. Recuperado de http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/indercom/cont/24/dtr/dtr3.pdf

Tenga en cuenta que :
Para la protección de sus derechos en salud, usted puede...

ANEXOS

Anexo 1.
Ficha de Recolección de información de tutelas en salud

CONSECUTIVO____

DEFENSORÍA DEL PUEBLO
Derechos humanos, para vivir en paz

FICHA PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE TUTELAS EN SALUD

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

Régimen al que pertenece el demandante:_____
Edad_____

HECHOS

Diagnóstico:_____
Nombre de los exámenes_____
Nombre de los medicamentos_____
Nombre de las cirugías_____
Nombre de los tratamientos_____
Nombre de las prótesis, órtesis e insumos_____
Nombre de los procedimientos_____
Nombre de las citas médicas_____
Descripción de otras solicitudes_____
Resumen de fallo en primera instancia:_____

Resumen de fallo en segunda instancia:

Observaciones

Magistrado:
Diligenciado por:_____ Fecha:_____

Anexo 2.
Ficha de Recolección de información de tutelas en seguridad social

CONSECUTIVO___

DEFENSORÍA DEL PUEBLO
Derechos humanos, para vivir en paz

FICHA PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE TUTELAS EN SEGURIDAD SOCIAL

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

Régimen al que pertenece el demandante:_____
Edad_____

HECHOS

Diagnóstico:_____
_____
Nombre de los exámenes_____
Nombre de Imágenes diagnósticas_____
Nombre de los medicamentos_____
Nombre de las cirugías_____
Nombre de los tratamientos_____
Nombre de las prótesis,órtesis e insumos_____
Nombre de los procedimientos_____
Nombre de las citas médicas_____

DESCRIPCIÓN DE OTRAS SOLICITUDES

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Resumen de fallo en primera instancia:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Resumen de fallo en segunda instancia:
_____
_____
_____

15. Observaciones
_____

Magistrado:
Diligenciado por:_____Fecha:_____

Anexo 3.
Tabla de capítulos y bloques de códigos de diagnósticos

Capítulo	Bloques de Códigos	DESCRIPCIÓN
I	A00 - B99	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
II	C00 - D48	TUMORES [NEOPLASIAS]
III	D50 - D89	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD
IV	E00 - E90	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS
V	F00 - F99	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
VI	G00 - G99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO
VII	H00 - H59	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS
VIII	H60 - H95	ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES
IX	I00 - I99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO
X	J00 - J99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO
XI	K00 - K93	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO
XII	L00 - L99	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO
XIII	M00 - M99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO
XIV	N00 - N99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO
XV	O00 - O99	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO
XVI	P00 - P96	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL
XVII	Q00 - Q99	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS
XVIII	R00 - R99	SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
XIX	S00 - T98	TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS
XX	V01 - Y98	CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD
XXI	Z00 - Z99	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD
XXII	U00 – U99	CÓDIGOS PARA SITUACIONES ESPECIALES

Otras publicaciones de la Delegada para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad

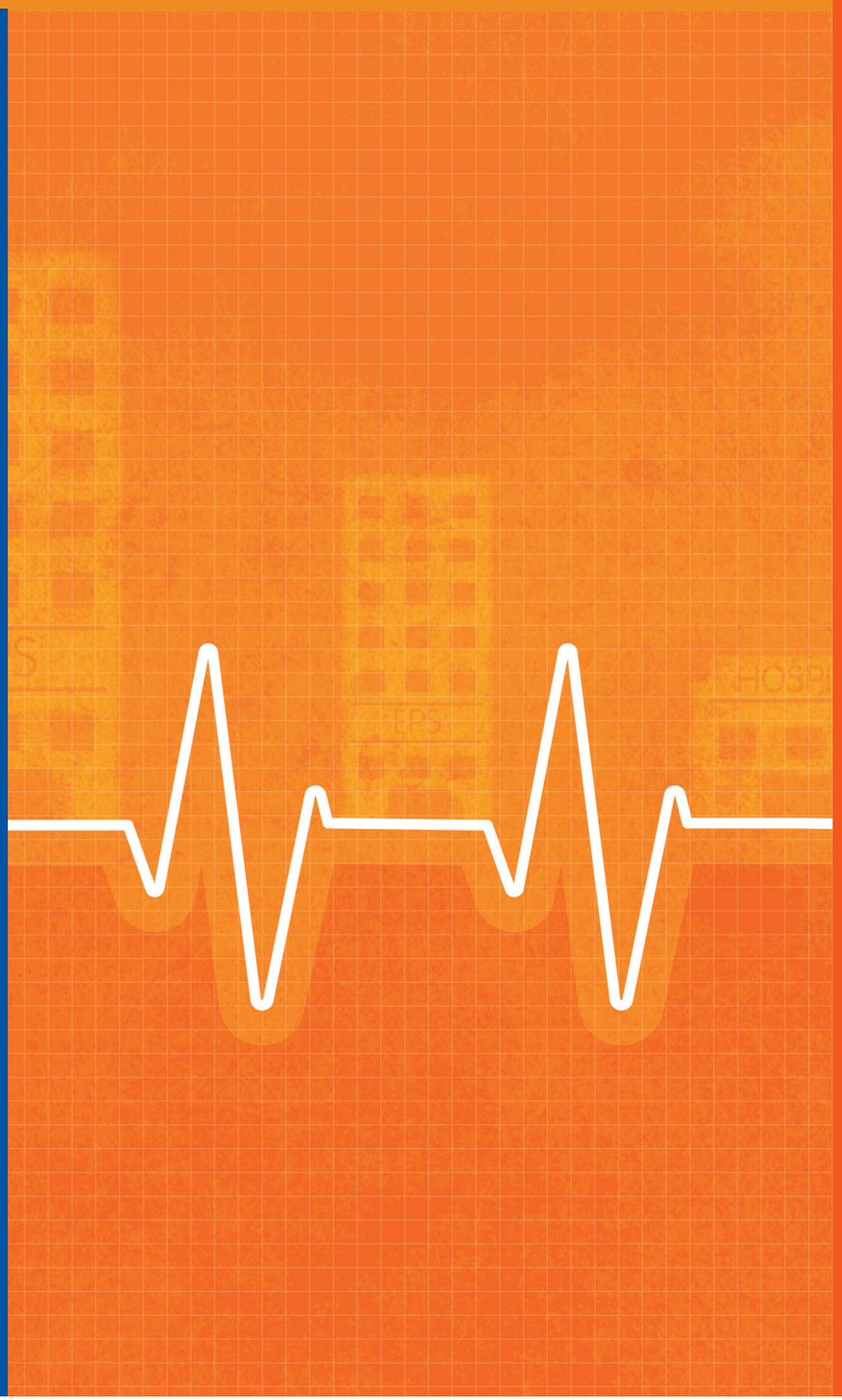
- Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de salud 2009 Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud –ISUS- (2010).
- Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud (2007).
- Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de salud 2005, Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud –ISUS- (2005).

Serie la tutela y el derecho a la salud

- La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2014 (2015)
- La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013 (2014).
- La tutela y el derecho a la salud 2012 (2013)
- La tutela y el derecho a la salud 2011, 20 años del uso efectivo de la tutela (2012)
- La tutela y el derecho a la salud 2010 (2011)
- La tutela y el derecho a la salud 2009 (2010)
- La tutela y el derecho a la salud 2006-2008 (2009)
- La tutela y el derecho a la salud 2003-2005 (2007)
- La tutela y el derecho a la salud 1999-2003 (2004)

Serie derechos de los usuarios de salud y seguridad social

- Derechos de los pacientes con enfermedades huérfanas en materia de salud (2016)
- Sistema General de Pensiones, régimen de prima media (2015)
- Derechos de los pacientes con cáncer en materia de salud (2015)
- Sistema General de Riesgos Laborales (2014)
- Formas de participación ciudadana (2011)
- Planificación familiar (2011)
- Cartilla sobre VIH/sida (2010)
- Aportes, copagos, cuotas moderadoras y cuotas de recuperación, segunda edición (2010).
- Derechos de los niños en materia de salud, segunda edición (2010)
- Cartilla de bioseguridad – atención en centros de estética (2009)
- Enfermedades huérfanas (2008)
- Acceso a medicamentos (2008)
- Derechos de los niños en materia de salud, primera edición (2008).
- Aportes, copagos, cuotas moderadoras y cuotas de recuperación, primera edición (2008)
- Servicios de urgencias (2007)

Defensoría del Pueblo
COLOMBIA

Calle 55 No. 10-32
Tel. 57+1 314 4000
57+1 314 7300
Bogotá D.C., Colombia