

Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2021, orden 30 de la sentencia T-760 de 2008

■ Ministerio de Salud y Protección Social.



Tabla de contenido

1. CONSIDERACIONES GENERALES	10
1.1 De las gestiones administrativas realizadas por este Ministerio para la consecución de una fuente autónoma de información, que brinde insumo para la elaboración del informe anual de tutelas	10
a. Solicitud al Consejo Superior de la Judicatura de compartir la información a que refiere la Circular PSAC08 – 104 de 2008, relacionada, precisamente con la orden trigésima de la sentencia T- 760 de 2008	10
b. Elaboración y publicación para comentarios del proyecto de resolución, encaminado a que las Entidades Promotoras de Salud – EPS, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, mediante auto – reporte, envíaran a este Ministerio la información relacionada con las acciones de tutela para la protección del derecho a la salud.....	10
c. Mesas de trabajo con la Superintendencia Nacional de Salud- SNS, para que, a través de una gestión articulada, se amplíen los requerimientos de información que dicha entidad efectúa a las EPS, respecto de las acciones de tutela en salud, en el marco de la Circular Externa 00017 del 2020, en pro de que este Ministerio disponga de fuente autónoma de información	12
1.2 De la persistencia de situaciones externas que han impactado en la obtención de la muestra para la consolidación del informe de tutelas 2021.....	13
2. PERMANENCIA DE LA ESTRUCTURA CON LA QUE SE PRESENTÓ EL INFORME DE ACCIONES DE TUTELA DEL 2020; LA MEDICIÓN DE DICHAS ACCIONES DESDE LA TOTALIDAD DE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS, Y LA AGRUPACION Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN CON BASE EN EL CRITERIO TÉCNICO DE ENFOQUE DE “ATENCIÓNES POR CURSO DE VIDA”	15
2.1 De la fusión de los problemas jurídicos Nos. 1 y 2, y la justificación de tal actuación.....	18
3. METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA Y VARIABLES EXTRAIDAS DE LOS EXPEDIENTES PARA CONSOLIDAR LA BASE DE DATOS ANALIZADA	20
3.1 Diseño de la muestra	21
3.2 Marco estadístico	21
3.3 Instrumento para la recolección de información.....	22
3.4 Comportamiento de las acciones de tutelas en salud 2000 a 2021	22
3.6 Análisis de las acciones de tutelas en 2021, en función del número total de personas atendidas por el SGSSS y del número de atenciónes en salud prestadas	25



3.7 Número de tutelas por cada 10.000 afiliados por EPS en 2021.....	28
3.8 Número de tutelas por cada 10.000 habitantes, por departamento en 2021	30
3.8 Tutelas por mes y por día.....	32
4. CARACTERIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE TUTELA EN SALUD.....	33
4.1 Documento de identidad.....	34
4.2 Sexo.....	35
4.3 Curso de vida.....	36
4.4 Régimen de afiliación.....	36
4.5 Mujer Gestante	37
4.6 Población en condición de discapacidad	38
4.7 Población migrante en condición irregular.....	39
4.8 Raza.....	40
4.9 Población víctima del conflicto armado	41
4.11 Condición Social	42
4.12 Condición Económica.....	43
4.12 Tipo de afiliado	44
5. PROBLEMAS JURÍDICOS.....	45
5.1 Problema Jurídico N°1	46
5.3 Problema Jurídico N°3	47
5.4 Problema Jurídico N°5	48
5.5 Problema Jurídico N°7	48
5.6 Problema Jurídico N°9	49
5.7 Problema Jurídico N°16	49
5.8 Problema Jurídico N°17	50
5.9 Problema Jurídico N°18	50
5.10 Fallo de tutela	51
5.11 Citas por especialidad requerida	51
5.11 Fuente de financiamiento	53
5.11 Causa de presentación	53
6. INFORME Y DETERMINACIÓN DE INDICADORES DE GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD.....	55
6.1 La Salud como Derecho Universal	55



6.2 Definición de Determinantes Sociales de la Salud.....	55
6.3 Metodología específica para efectuar la medición de Goce Efectivo del Derecho a la Salud	56
6.4 Contexto Demográfico	69
a. Índice de Juventud.....	69
b. Índice de Vejez	70
6.5 Contexto Socioeconómico	71
a. Índice de Pobreza Multidimensional.....	71
b. Índice de GINI	72
c. Necesidades Básicas Insatisfechas.....	73
6.6 Cobertura de afiliación.....	75
b. Afiliados que declaran ser desplazados.....	76
6.7 Capacidad Sanitaria instalada.....	77
a. Razón de camas	77
b. Razón de ambulancias.....	80
6.8 Atención en Salud	82
a. Nacidos vivos con cuatro consultas o más de control prenatal	82
b. Personas atendidas problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	83
c. Personas atendidas por trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.....	84
d. Personas atendidas por episodio depresivo	85
e. Indígenas, atendidos por trastornos mentales y del comportamiento	86
Personas atendidas por problemas relacionados con la educación y la alfabetización	86
f. Personas atendidas por problemas relacionados con el empleo y el desempleo	87
g. Personas atendidas por exposición a factores de riesgo ocupacional	88
h. Personas atendidas por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	89
i. Personas con profilaxis y control de placa.....	89
j. Tiempo entre la sospecha de cáncer y el diagnóstico	90
k. Proporción de mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de la mama	91
l. Proporción de hombres entre 50 años y 75 años con tamizaje para cáncer de próstata	92
m. Tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA.....	92



n. Personas NAIVE: (Persona que vive con el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con Terapia Antirretroviral (TAR) inicial de primera línea	93
6.9 Enfermedades de Interés en Salud Pública	94
a. Incidencia Dengue	94
b. Violencia intrafamiliar.....	94
c. Intento de Suicidio	95
d. Incidencia de intoxicaciones por sustancias psicoactivas	96
CONCLUSIONES FRENTE AL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD	97
7. MEDIDAS PARA LA RESOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS.....	99
7.1 Problema Jurídico No. 1 ¿Desconoce el derecho a la salud una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios ordenados por el médico tratante, cuando no autoriza a una persona un servicio que requiere y no puede costearlo por sí misma, por el hecho de que no se encuentra incluido en el Plan de Beneficios en Salud -PBS?.....	99
7.2 Problema jurídico No. 3 relacionado con la no garantía de los servicios de salud que requiere el usuario, y la ordenación de los mismos por parte de médicos especialistas no adscritos a la red de prestadores de servicios de salud de la EPS.....	101
7.3 Problema Jurídico No. 5 relacionado con la suspensión en la prestación de los servicios de salud requeridos por el usuario, como consecuencia del no pago por parte de este, de cuotas moderadoras fijadas normativamente, bajo el argumento de carecer de capacidad de pago	103
7.4 Problema jurídico No.7 relacionado con negativa de la entidad encargada de garantizar el acceso a una prestación económica (incapacidades laborales), derivada del estado de salud del usuario, bajo el argumento que no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes a salud dentro del plazo establecido para ello.....	105
7.5 Problema jurídico No.9 relacionado con el acceso a los servicios de salud contemplados en el PBS ya financiados de manera ex ante – falta de oportunidad	106
7.6 Problema jurídico No.16 relacionado con las acciones de tutela en la que se reclaman servicios, tecnologías e insumos expresamente excluidos	110
7.7 Problema jurídico No.17 relacionado con reconocimiento y pago de prestaciones económicas derivadas de las incapacidades médicas, licencia de maternidad, pese haber cotizado de manera oportuna	112
7.8 Problema jurídico No.18 relacionado con verificación de base de datos de afiliados por parte de las entidades aseguradoras, que constituyen en barreas, demoras e imposibilidad de traslado, movilidad y portabilidad	112



En el siguiente cuadro se relaciona el número de transacciones que se han venido efectuado en el SAT a diciembre 2021:..... 113

8. Promoción y divulgación del informe de tutelas en salud 114

Listado de gráficas

Gráfica 1 Tutelas como proporción del número total de personas atendidas por el SGSSS en 2021	26
Gráfica 2 Tutelas como proporción del número total de atenciones en salud	28
Gráfica 3 Mapa de calor de tutelas por cada 10.000 habitantes por departamento en 2021	31
Gráfica 4 Promedio de tutelas en salud por mes en 2021.....	32
Gráfica 5 Tutelas en salud por documento de identidad	34
Gráfica 6 Tutelas en salud por sexo del accionante.....	35
Gráfica 7 Tutelas en salud por curso de vida	36
Gráfica 8 Tutelas promovidas por régimen de afiliación.....	37
Gráfica 9 Tutelas promovidas por mujeres gestantes	38
Gráfica 10 Tutelas promovidas por personas en condición de discapacidad.....	38
Gráfica 11 Tutelas promovidas por población migrante en condición irregular	39
Gráfica 12 Tutelas promovidas por raza	40
Gráfica 13 Tutelas promovidas por raza por curso de vida	41
Gráfica 14 Tutelas promovidas por personas víctimas del conflicto armado.....	41
Gráfica 15 Caracterización de tutelas por condición social	42
Gráfica 16 Tutelas promovidas por condición económica	43
Gráfica 17 Tutelas promovidas por condición económica por curso de vida.....	44
Gráfica 18 Tutelas promovidas por tipo de afiliado	44
Gráfica 19 Tutelas promovidas por problema jurídico como porcentaje del total de tutelas.....	46
Gráfica 20 Índice de Juventud por Departamento, Colombia, 2018-2020	69
Gráfica 21 Índice de Vejez por Departamento, Colombia, 2018-2020	70
Gráfica 22 Índice de Pobreza Multidimensional por Departamento, Colombia, 2019-2020	71
Gráfica 23 Índice de GINI por Departamento, Colombia, 2015-2017	73
Gráfica 24 Porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas por Departamento, Colombia, 2019	73
Gráfica 25 Porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas por Componente por Departamento, Colombia, 2019.....	74
Gráfica 26 Cobertura de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por Departamento, Colombia, 2018-2020	76
Gráfica 27 Porcentaje de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que declararon ser desplazados por Departamento, Colombia, 2018-2020	76
Gráfica 28 Razón de camas por 1.000 habitantes por Departamento, Colombia, 2018-2020	78
Gráfica 29 Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes por Departamento, Colombia, 2018-2020	79



Gráfica 30 Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes por Departamento, Colombia, 2018-2020	79
Gráfica 31 Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes por Departamento, Colombia, 2018-2020	80
Gráfica 32 Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes por Departamento, Colombia, 2018-2020	81
Gráfica 33 Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal por Departamento, Colombia, 2017-2019	83
Gráfica 34 Porcentaje de personas atendidas problemas relacionados con hechos negativos en la niñez por Departamento, Colombia, 2018-2020.....	83
Gráfica 35 Porcentaje de personas atendidas por Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia por Departamento, Colombia, 2018-2020	84
Gráfica 36 Porcentaje de personas atendidas por episodios depresivos por Departamento, Colombia 2019-2020	85
Gráfica 37 Porcentaje de Indígenas atendidos por trastornos mentales y del comportamiento por Departamento, Colombia, 2019-2020.....	86
Gráfica 38 Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con la educación y la alfabetización por Departamento, Colombia, 2018-2020.....	86
Gráfica 39 Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con el empleo y el desempleo, por Departamento, Colombia, 2018-2020.....	87
Gráfica 40 Porcentaje de personas atendidas por exposición a factores de riesgo ocupacional, por Departamento, Colombia, 2018-2020	88
Gráfica 41 Porcentaje de personas atendidas por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales por Departamento, Colombia, 2018-2020	89
Gráfica 42 Proporción de personas con profilaxis y control de placa, por Departamento, Colombia, 2020.....	90
Gráfica 43 Tiempo que transcurre entre la sospecha de cáncer y el diagnóstico, Colombia, 2019	90
Gráfica 44 Proporción de mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de la mama en el último año por Departamento, Colombia, 2020.....	91
Gráfica 45 Proporción de hombres entre 50 años y 75 años con tamizaje para cáncer de próstata, por Departamento, Colombia, 2020.....	92
Gráfica 46 Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA, por año, Colombia, 2017-2020	92
Gráfica 47 Porcentaje de personas NAIVE: (Persona que vive con el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con Terapia Antirretroviral (TAR) inicial de primera línea, por año, Colombia, 2017-2020	93
Gráfica 48 Incidencia de Dengue por Departamentos, Colombia, 2018-2020	94
Gráfica 49 Tasa de Violencia Intrafamiliar por Departamento, Colombia, 2018-2020	95
Gráfica 50 Tasa de intento de Suicidio por Departamento, Colombia, 2017-2019	95
Gráfica 51 Tasa de incidencia de intoxicaciones por sustancias psicoactivas por Departamento, Colombia, 2018-2020	96



Listado de tablas

Tabla 1 <i>Definición de los Problemas Jurídicos objeto de análisis</i>	15
Tabla 2 <i>Definición causas de cada uno de los Problemas Jurídicos objeto de análisis</i>	17
Tabla 3 Comportamiento de acciones de tutela 2000 a 2021	22
Tabla 4 Entidades consideradas para el análisis de tutelas en salud 2021	24
Tabla 5 Entidades no consideradas para el análisis de tutelas en salud contenido en la Tabla 3.....	25
Tabla 6 Tutelas en salud y personas atendidas en el SGSSS en el periodo 2015- 2021	26
Tabla 7 Tutelas en salud y atenciones en salud periodo 2015-2021.....	27
Tabla 8 Número de tutelas por cada 10.000 afiliados por EPS en 2021	28
Tabla 9 Número de tutelas por cada 10.000 habitantes por departamento en 2021	30
Tabla 10 Depuración muestra de expedientes de tutelas año 2021.....	33
Tabla 11 Tutelas en salud por documento de identidad por curso de vida	35
Tabla 12 Tutelas en salud por sexo del accionante por curso de vida	36
Tabla 13 Tutelas promovidas por régimen de afiliación por curso de vida	37
Tabla 14 Tutelas promovidas por mujeres gestantes por curso de vida	38
Tabla 15 Tutelas promovidas por personas en condición de discapacidad por curso de vida.....	39
Tabla 16 Tutelas promovidas por población migrante en condición irregular por curso vida.....	40
Tabla 17 Tutelas promovidas por personas víctimas del conflicto armado por curso de vida.....	42
Tabla 18 Caracterización de tutelas por condición social por curso de vida	43
Tabla 19 Tutelas promovidas por tipo de afiliado por curso de vida.....	45
Tabla 20 Tutelas promovidas por problema jurídico por curso de vida	46
Tabla 21 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°1	47
Tabla 22 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°3	47
Tabla 23 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°5	48
Tabla 24 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°7	48
Tabla 25 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°9	49
Tabla 26 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°16	49
Tabla 27 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°17	50



Tabla 28 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°18	50
Tabla 29 Sentido del fallo de tutela en función del total de acciones impetradas .	51
Tabla 30 Principales especialidades solicitadas en acciones de tutelas	52
Tabla 31 Fuente de financiamiento de tutelas solicitadas	53
Tabla 32 Causas de presentación de tutelas como proporción del total	53
Tabla 33 Indicadores seleccionados para medir el Goce Efectivo del Derecho a la Salud	57
Tabla 34 Indicadores del Goce Efectivo del Derecho a la Salud según los Determinantes Sociales de la Salud y Elementos Esenciales de la Ley 1751 de 2015	64
Tabla 35 Transacciones en SAT 2018 - 2021	113



1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1 De las gestiones administrativas realizadas por este Ministerio para la consecución de una fuente autónoma de información, que brinde insumo para la elaboración del informe anual de tutelas

Atendiendo lo ordenado en los diferentes autos de seguimiento de la orden trigésima de la sentencia T-760 de 2008, en cuanto a la necesidad de que se acuda a fuentes de información para la elaboración del reporte anual de tutelas, diferentes a la emanada de la recolección de datos de los expedientes de tutela enviados a ese Alto Tribunal para su eventual revisión, este Ministerio ha venido adelantando las gestiones que se relacionan a continuación, algunas de las cuales, ya hemos puesto de presente ante esa Corporación, así:

- a. **Solicitud al Consejo Superior de la Judicatura de compartir la información a que refiere la Circular PSAC08 – 104 de 2008, relacionada, precisamente con la orden trigésima de la sentencia T-760 de 2008**

Con fundamento en el principio de colaboración entre entidades públicas, mediante oficio No. 202114000033131 del 12 de enero de 2021, este Ministerio solicitó al Consejo Superior de la Judicatura, compartir la información de que trata la Circular PSAC08 – 104 de diciembre del año 2008, en la que se instruyó a jueces y magistrados de las Salas Disciplinarias de los Consejos Seccionales de la Judicatura, Tribunales Superiores de Distrito Judicial y Administrativos del país, para que recolectaran la información relacionada con las acciones de tutela en salud, y la remitieran a la Unidad de Desarrollo y Análisis Estadístico de la referida entidad, o al correo electrónico udae@cendoj.ramajudicial.gov.co Es oportuno señalar que en esta circular se invocó precisamente la orden trigésima de la sentencia T-760 de 2008, como sustento de la información requerida.

Ante tal situación, con escrito No. 202214001164901, se está reiterando al Consejo Superior de la Judicatura, la precitada solicitud.

- b. **Elaboración y publicación para comentarios del proyecto de resolución, encaminado a que las Entidades Promotoras de Salud – EPS, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, mediante auto – reporte, envíaran a este Ministerio la información relacionada con las acciones de tutela para la protección del derecho a la salud**



En el mes de agosto del 2021, este Ministerio publicó para comentarios el proyecto de resolución *“Por la cual se habilita la plataforma de intercambio de información PISIS del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO para el cargue de los registros relacionados con las acciones de tutela en cumplimiento de la Orden Trigésima de la Sentencia T-760/2008”*, con el objeto de dar cumplimiento a lo que ese Alto Tribunal nos ha venido ordenando, en cuanto a consolidar una fuente autónoma de información para la elaboración del referido informe de tutelas.

Dicho proyecto buscaba que a través de auto – reporte, las EPS e IPS, remitieran los datos relacionados con las acciones de tutela e incidentes de desacato, que, como tal, le permitieran a esta Cartera Ministerial, contar con la referida fuente autónoma de información, y como parte de ello, con los datos, caracterizados según el nivel de desagregación exigido por ese Alto Tribunal.

A pesar de los esfuerzos y trámites realizados para impulsar hasta su publicación el proyecto de acto administrativo en cuestión, se recibieron una serie de observaciones por parte de agentes del SGSSS que agremian a los principales actores destinatarios de la obligación de reporte según dicho proyecto, observaciones que dejaban entrever que con el acto a expedir, se imponían indirectamente cargas económicas para tales agentes, y que además, claramente denotaban su desacuerdo con el mismo, por considerar que es la rama judicial, a través de sus despachos judiciales la fuente primaria de información.

Fue así como la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas – ACHC, mediante escrito con radicado No. 202142301582782, señaló que remitir información con el nivel de detalle exigido en la resolución que se proyectaba expedir, obligaba tanto a EPS, como IPS a *“hacer adaptaciones a las fuentes de información que tienen las diferentes áreas jurídicas para disponer la información que requiere el informe, tales como: etnia, condición económica, y otros datos demográficos y socioeconómicos, los cuales valga la pena aclarar, no están disponibles en las actuaciones de los tramites de tutelas, por lo tanto, las IPS deberán captar la información por otras fuentes, como por ejemplo: comunicación con los accionantes o revisión de la Historia Clínica”*.

También señaló que *“La propuesta de disponer de las EPS e IPS como fuente de información del Ministerio de Salud se hace innecesaria, dado que ya existe una fuente fidedigna y confiable de las acciones de tutela radicadas y falladas a nivel nacional, como lo son los Juzgados y Tribunales, encargados de reportar en su plataforma de información las acciones de tutela impetradas, con toda la información que esta resolución está solicitando.*

En este sentido, el Ministerio podría tener a disposición, toda la información que maneja la Rama Judicial, relacionadas con las acciones de tutelas que a diario se radican en el país, por lo tanto, obtener información de las EPS e IPS, puede significar un reproceso e inclusive que la información no sea coincidente con la totalidad de la realidad.”

Por su parte, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI, mediante escrito con radicado No. 202142301605382, manifestó, entre otros:



“(…) que la veracidad de la información se reporta de acuerdo con el contenido del expediente. Lo contrario permitiría interpretar que se debe certificar el contenido de información de los usuarios, para lo cual la EPS debe estar al contenido del expediente y de la información suministrada por este. Así mismo, en caso de que se establezca a futuro fraude o falsedad de documentos utilizados en la acción de tutela, la EPS se vería avocada a certificar información que escapa a su alcance de control. (…).

En el anexo se solicita información de difícil obtención en el trámite y seguimiento de la acción de tutela, la cual no siempre se encuentra disponible, y no es remitida en los oficios que remiten los jueces de tutela. En varias EPS la herramienta que utilizan para gestionar las acciones de tutela permite contar con cerca de la mitad de la información a reportar de acuerdo con el proyecto. La otra mitad tendría que ingresarse manualmente revisando uno a uno los expedientes, lo cual desborda la capacidad de las EPS dado el número de tutelas y la cantidad de información solicitada.

Se destaca entre otras las siguientes dificultades para obtención de información: Condición socioeconómica: Esta información no siempre se encuentra en la tutela, en sus anexos ni en los oficios que remite el juzgado. Cuando los accionantes aluden a sus condiciones económicas en la tutela, lo hacen para advertir que se encuentran en una situación precaria. No conocemos de la primera tutela en donde el accionante manifieste tener solvencia económica.

Etnia: Esta información no se encuentra con facilidad en la tutela, sus anexos, ni en los oficios que remiten los jueces de tutela. De hecho, a veces esta información ni siquiera esta reportada en las bases de datos de la EPS, a pesar de los esfuerzos de la EPS en caracterización de su población.

(…)

Justificación de por qué no se presta un servicio PBS: Es importante tener en cuenta que no existe una negación de un servicio por parte de la EPS para que el usuario interponga acción de tutela. Muchas veces se trata de criterios de oportunidad (...), o se trata de usuarios que ejercen la acción de tutela para no agotar el conducto regular, lo cual se conoce en el sector como “saltarse la fila”.

(…)”

Conforme con lo anterior, se evaluó nuevamente la conducencia en la expedición de dicho acto, evidenciando que al no existir una actitud receptiva por parte de los agentes del SGSSS, obligados al reporte, y estos, sustentar su inconformidad con la adaptación de procesos; fuentes de información, requerimientos de personal especializado para el cumplimiento de la labor, y consecuentemente, de recursos económicos, ello podrían tomarlo como justificación para afectar la calidad en la prestación del servicio, por lo que no se prosiguió con el trámite del proyecto en cuestión.

c. Mesas de trabajo con la Superintendencia Nacional de Salud- SNS, para que, a través de una gestión articulada, se amplíen los requerimientos de información que dicha entidad efectúa a las EPS, respecto de las acciones de tutela en salud, en el marco de la Circular Externa 00017 del 2020, en pro de que este Ministerio disponga de fuente autónoma de información

Este Ministerio, continuando con la labor de buscar diferentes alternativas para la construcción u obtención de información relacionada con las acciones de tutela en



salud, ha venido promoviendo espacios de trabajo y gestiones frente al particular, con la SNS.

Es así como en el contexto de estos espacios, solicitamos a la SNS, estudiar la posibilidad de ajustar el anexo técnico GT007 de la Circular Externa 017 de 2020, a través de la cual, dicha entidad en ejercicio de sus competencias de inspección, vigilancia y control que adelanta frente a los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, les requiere información atinente a las acciones de tutela en salud. El ajuste o modificación al referido anexo técnico, apuntaría a la inclusión de variables que nos permitan la desagregación de datos, con la caracterización de la información que ese Alto Tribunal nos ha venido requiriendo.

Para las discusiones y concertaciones del caso, se instaló una mesa técnica entre este Ministerio, y la SNS, en cuyo marco, hemos venido estudiando alternativas para la captura de la información, y los ajustes a la plataforma tecnológica, entre otros, lo que, sin duda, generará beneficios para la gestión de las dos entidades.

Consideramos que esta articulación permitirá celeridad en la actuación, y materializará el principio de economía, dada la capacidad técnica, operativa y funcional de la SNS, y de sus sistemas información, sumado a que, por tratarse de una entidad con facultades coercitivas y sancionatorias, entenderíamos, tiene mayor poder de coerción frente a sus vigilados, como es lo propio de las EPS, y por tanto, ello avizoraría, cuando menos, el éxito en el reporte.

Así las cosas, lo que pretendemos es que la SNS, modifique el anexo técnico GT007 de la Circular Externa 017 de 2020, para incluir las variables solicitadas por ese Alto Tribunal, que permitan la mayor caracterización posible respecto de los accionantes, y las razones que los llevan a hacer uso del mecanismo constitucional de la acción de tutela.

Al punto, debe anotarse que, pese a los avances en las gestiones, una vez logrados los consensos con la SNS, entenderíamos, es menester otorgar a las EPS un periodo de transición para que adapten sus procesos, sistemas de información, y requerimientos de talento humano, entre otros, que como tal, les permita asumir esta nueva tarea de auto – reporte de información de acciones de tutela en salud, con la seriedad y responsabilidad que el tema exige.

Sumado a estas gestiones, no puede perderse de vista, que como lo informamos en oportunidad anterior, igualmente acudimos a la Defensoría del Pueblo para que nos compartiera la información que recauda en el marco del convenio que tiene suscrito con ese Alto Tribunal, sin que obtuviéramos una respuesta positiva.

1.2 De la persistencia de situaciones externas que han impactado en la obtención de la muestra para la consolidación del informe de tutelas 2021



Como se observa de lo señalado líneas atrás, este Ministerio ha desplegado diferentes actividades orientadas a constituir una base de datos autónoma para la elaboración del informe anual de tutelas, en cuyo marco, ha solicitado a entidades que recaudan similar tipo de información, compartirla bajo los condicionamientos y protección de datos que estimen necesarios, sin obtener un resultado positivo, sumado, de un lado, a la gestión de auto – reporte que se preveía mediante el proyecto de acto administrativo antes referido, y de otro, a las actuaciones que se vienen desplegando con la SNS para la modificación del anexo técnico que acompaña la Circular Externa 0017 del 2020, todo lo cual, para el 2021, no nos permitió contar con esa base autónoma de datos.

Lo anterior confluyó en que debiéramos continuar acudiendo a ese Alto Tribunal para recolectar, directamente de los expedientes de tutela que le son enviados para su eventual revisión, los correspondientes datos.

Bajo este orden, no puede desconocerse la persistencia de los efectos de la pandemia por el Covid-19, que perduró durante una parte importante del 2021, y que, entre otros, privilegió el trabajo en casa, por lo que el personal de este Ministerio que recoge la información en cuestión, únicamente pudo ingresar a esa Corporación a partir del 27 de julio de dicha anualidad.

A lo precedente se sumó el hecho de que, durante los meses de abril a julio del 2021, el país enfrentó una gran cantidad de manifestaciones sociales que hicieron parte del paro nacional, lo que conllevó a que varias instituciones del Estado limitaran el ingreso a sus instalaciones como medidas de seguridad, y que, por tanto, también nos viéramos afectados en la recolección de los datos por tal situación.

Todo ello desencadenó en que al igual que lo sucedido frente al 2020, la muestra para la elaboración del informe de tutelas del 2021, se considere atípica, pues se enfatiza, este Ministerio únicamente pudo recoger información desde finales del mes de julio del 2021, y un corto período del 2022.

Otra dificultad avizorada en la recolección de la muestra, la constituyó la sistematización de los expedientes de tutela que viene haciendo esa Corporación, pues en algunos de los que nos fueron entregados, se constató que varios de los documentos y adjuntos de tales expedientes, presentaban falencias en su digitalización, lo cual, impedía la consulta completa y detallada para la recolección de dicha muestra, afectando la visualización en algunos casos del escrito de tutela, la contestación de la misma, el fallo o su impugnación.



2. PERMANENCIA DE LA ESTRUCTURA CON LA QUE SE PRESENTÓ EL INFORME DE ACCIONES DE TUTELA DEL 2020; LA MEDICIÓN DE DICHAS ACCIONES DESDE LA TOTALIDAD DE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS, Y LA AGRUPACION Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN CON BASE EN EL CRITERIO TÉCNICO DE ENFOQUE DE “ATENCIÓNES POR CURSO DE VIDA”

Para la presentación de este informe se mantendrá la estructura con la que se presentó el reporte de tutelas de la vigencia 2020, y, por tanto, a los problemas jurídicos se le adscribirán las diferentes causas que según la información recaudada motivan la presentación de las tutelas, atándolas al servicio o procedimiento específicamente reclamado, con algunos ajustes, producto del análisis de dicha información.

También se mantendrá la estructura en lo relacionado con los enfoques y criterios técnicos sobre “*atenciones por curso de vida*”.

En ese orden, a continuación, se muestran las tablas 1 y 2, en la primera de las cuales, se enlistan los problemas jurídicos, y en la segunda, las causas de la presentación de las tutelas, asociadas a cada problema jurídico, así:

Tabla 1 *Definición de los Problemas Jurídicos objeto de análisis*

Problema	Definición
1	1. ¿Desconoce el derecho a la salud una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios ordenados por el médico tratante, cuando no autoriza a una persona un servicio que requiere y no puede costearlo por sí misma, por el hecho de que no se encuentra incluido en el Plan de Beneficios en Salud -PBS?
2	Este problema se fusionó con el Problema Jurídico N°1. La justificación de tal actuación, se encuentra en la sección 2.1 del presente informe.
3	3. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle la prestación del servicio requerido cuando fue ordenado por un médico que no está adscrito a la entidad respectiva, pero es especialista en la materia y trataba a la persona?
4	4. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas al permitir que se mantenga la incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del plan obligatorio de salud, teniendo en cuenta las controversias que esta incertidumbre produce y su impacto negativo en el acceso oportuno a los servicios de salud?
5	5. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona una entidad que no le autoriza el acceso a un servicio de salud que aquella requiere, hasta tanto no cancele el pago moderador que corresponda reglamentariamente, incluso si la persona carece de la capacidad económica para hacerlo?
6	6. ¿Desconoce el derecho a la salud, especialmente, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios requeridos, cuando no autoriza a un niño o una niña un servicio que requiere y sus responsables no lo pueden costear, por el hecho



Problema	Definición
	de que no se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud o porque la vida o la integridad personal del menor no dependen de la prestación del servicio?
7	7. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle el acceso a una prestación social derivada de su estado de salud (incapacidades laborales), cuando se niega a autorizarlo porque en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello?
8	8. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud, al interrumpir el suministro de los mismos porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado?
9	9. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas, al permitir que la mayoría de las decisiones judiciales que protegen el acceso a los servicios de salud, tengan que ocuparse de garantizar el acceso a servicios contemplados en los planes obligatorios de salud, ya financiados? – falta de oportunidad
10	10. ¿Viola un órgano del Estado el derecho de petición de una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud así como el derecho a la salud de los afiliados y beneficiarios del sistema de protección, al negarse a responder de fondo una petición para remover un obstáculo en uno de los trámites necesarios para asegurar el adecuado flujo de los recursos y, por tanto, sostener las condiciones indispensables para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en razón a que el órgano estatal respectivo se considera incompetente?
11	11. ¿Desconoce el derecho a la salud una entidad que se niega a afiliarse a una persona, a pesar de haberse cumplido el tiempo necesario para poder trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica y, por tanto, debería esperar más tiempo para poder trasladarse?
12	12. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas que son beneficiarias del régimen subsidiado, por no haber tomado las medidas para garantizar que puedan acceder a un plan de servicios de salud que no difiera de los contenidos contemplados en el plan obligatorio de salud para el régimen contributivo?
13	13. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas que requieren con necesidad un servicio de salud, diferente a medicamentos, al no haber fijado y regulado un procedimiento mediante el cual la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio garantice el acceso efectivo al mismo?
14	14. ¿Desconoce el derecho a la salud una EPS o IPS al no prestar los servicios implícitamente incluidos en el nuevo POS?
15	15. ¿Se desconoce el derecho a la salud del paciente al no implementar en el nuevo sistema las reglas fijadas por la Ley para determinar las exclusiones?
16	16. Acciones de tutela en la que se reclaman servicios, tecnologías e insumos expresamente excluidos.
17	17. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud y al mínimo vital de un afiliado, la entidad aseguradora, encargada de garantizar el pago de las prestaciones económicas derivadas de las incapacidades médicas, licencia de maternidad y paternidad, cuando se niega a autorizarlas por trámites administrativos, pese haber cotizado de manera oportuna?



Problema	Definición
18	18. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud cuando la entidad aseguradora no verifica la información de sus afiliados en sus bases de datos, para reportarla a la BDUA, lo cual genera inconsistencias que posteriormente conllevan a barreras y/o demoras en los trámites administrativos de afiliación, traslado, movilidad o portabilidad?

Tabla 2 *Definición causas de cada uno de los Problemas Jurídicos objeto de análisis*

Problema	Causas de las acciones de tutela en salud
1	1. Solicitud de servicio o tecnología cuya prescripción por el médico tratante no se ordenó a través del aplicativo MIPRES
	2. Solicitud de servicio o tecnología no incluido dentro del aplicativo MIPRES
	3. Solicitud de servicio o tecnología cuyo uso prescrito por el médico tratante no está autorizado en el registro sanitario o por la autoridad competente.
	4. Solicitud de servicios complementarios no financiados por UPC, ni mediante MIPRES y tampoco excluidos
2	La causa asociada al problema jurídico No. 2, se incluyó dentro de las causas del problema jurídico No. 1. La justificación de tal actuación se encuentra en la sección 2.1 del presente informe.
3	1. Solicitud de servicios, tecnologías e insumos en salud prescritos por un médico particular.
4	1. Acción de tutela por incertidumbre en los servicios que financian los servicios de salud
5	1. Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos.
6	1. Acción de tutela por servicios negados por falta de oportunidad – Agrupado en el problema jurídico No.9
7	1. No reconocimiento y pago de prestaciones económicas por demora en el pago de los aportes de salud.
8	1. Solicitud de continuidad de prestación de servicios en salud cuando se dejó de cotizar al SGSSS. - actualmente existen medidas de protección para la persona desempleada.
9	1. Postergación en el agendamiento con médicos especialistas. 2. Postergación para la práctica de procedimientos médicos autorizados por la EPS. 3. Postergación para la práctica de exámenes de laboratorio autorizados por la EPS 4. Demora en la entrega de insumos o materiales quirúrgicos para la práctica de procedimientos autorizados por la EPS. 5. Demora en la entrega de insumos, dispositivos o materiales médicos que se encuentran financiados por la UPC y prescritos por el médico tratante. 6. Demora en la prestación de los servicios de salud por falta de convenio con un prestador en salud de la red de prestadores de la EPS. 7. Tutela por no autorización de prestador de servicios de salud seleccionado por el usuario, el cual no hace parte de la red de prestadores de la EPS.



Problema	Causas de las acciones de tutela en salud
	8. Demora en la entrega de medicamentos ya autorizados por la EPS, de los cuales el prestador manifiesta desabastecimiento. 9. Demora en el suministro de los servicios, tecnologías e insumos, prescritos por MIPRES.
10	1. Solicitud de respuesta de derecho de petición relacionado con el funcionamiento y flujo de los recursos para la atención y prestación de los servicios en salud
11	1. Solicitud de traslado de EPS, de usuarios con enfermedades catastróficas y de alto costo.
12	No aplica el problema jurídico , hoy en día la única diferencia es que uno cancela copagos y otras cuotas moderadoras, el PBS es igual para ambos
13	1. Tutela reclamando falta de procedimiento administrativo para acceder a un servicio en salud.
14	1. No hay servicios implícitos el MSPS maneja listados explícitos.
15	1. Tutela reclamando falta servicios que por acto administrativo del Ministerio están excluidos
16	16. Acciones de tutela en la que se reclaman servicios, tecnologías e insumos expresamente excluidos.
17	1. Reconocimiento y pago de las prestaciones económicas que no han sido autorizadas por incumplimiento en la documentación requerida por parte del afiliado. 2. Reconocimiento y pago de las prestaciones económicas que no han sido autorizadas por inconsistencias en la información del afiliado en las bases de datos de la entidad aseguradora. 3. Reconocimiento y pago de las prestaciones económicas que no han sido autorizadas por incongruencias en las firmas del médico prescriptor
18	1. Solicitud de afiliación a una EPS. 2. Solicitud de Traslado de EPS a elección del accionante 3. Solicitud de Movilidad o Portabilidad

2.1 De la fusión de los problemas jurídicos Nos. 1 y 2, y la justificación de tal actuación

El problema jurídico 2 se fusionó con el problema jurídico 1, teniendo en cuenta que según la sentencia T-760 de 2008, el contexto en el que se utilizó el concepto de “*insumo*”, en el problema primeramente citado, fue para referir al criterio finalista con el que debían interpretarse las inclusiones y exclusiones del entonces Plan Obligatorio de Salud - POS, cuyos servicios debían estar llamados a la recuperación de la salud de los usuarios, y estar inspirados por el principio de integralidad, en el marco de lo cual, se señaló en la mencionada sentencia que dicho criterio implicaba que en los casos en que un procedimiento, tratamiento o actividad, se encontrara incluido en el entonces POS, debía entenderse que también lo estaban “*los implementos y demás servicios de salud necesarios para su realización*”.



Conforme con ello, en pro de que el problema jurídico 1, quedara más amplio, y, por tanto, subsumiera al problema jurídico 2, al primero de ellos se le modificó la referencia que hacía a “*Plan Obligatorio de Salud*”, por “*Plan de Beneficios en Salud – PBS*”, y se adicionó una causa, relacionada con la solicitud de servicios o tecnologías no incluidas dentro del aplicativo MIPRES.

Lo anterior llevó a que dentro del problema jurídico 1 y sus causas, quedaran recogidas aquellas situaciones que pudieran generar una vulneración al derecho por situaciones como no inclusión del servicio o tecnología en el PBS, independientemente de su fuente de financiación.

Al respecto, es importante señalar que en la mencionada adición no se estimó necesario aludir a la acepción “*insumo*”, que traía el problema jurídico 2, dados los cambios generados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, y que tienen como punto de partida lo establecido en el artículo 8¹ de la Ley 1751 de 2015², a cuyo tenor, todos los servicios y tecnologías, **independientemente** del origen de la enfermedad, condición de salud, **cubrimiento, o financiación establecida por el legislador**, previstos para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, **incluyen lo necesario para su realización**, en pro de que se cumpla con la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante, lo cual, está materializado en el paquete de servicios que garantiza el SGSSS a los usuarios, independientemente de su fuente de financiación.

2.2 Enfoque de “atenciones por curso de vida”, como criterio técnico de agrupación y presentación de la información correspondiente a acciones de tutela en salud – vigencia 2021

Para la estructuración, agrupación y presentación de la información relacionada con las acciones de tutela en salud, año 2021, se acudió a enfoques y criterios técnicos regulados por este Ministerio en la Resolución 3280 de 2018, mediante la cual, se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, que hacen parte de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, y se establecieron las directrices para su operación, siendo estos los criterios establecidos para organizar la información del presente informe.

¹ “Artículo 8°. 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”.

² “POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”



Partiendo de tal finalidad, la resolución en cuestión contempla como enfoques de atención, entre otros: i) reconocer como sujetos de la atención en salud a las personas, familias y comunidades que viven y se desarrollan en un ámbito territorial (urbano, rural y rural disperso), con particularidades, condiciones y situaciones que deben considerarse como ejes contextuales del proceso de atención en salud; ii) alinear las necesidades territoriales identificadas en la planeación en salud con las respuestas que ofrecen los planes de beneficios (individual y colectivo), logrando obtener una oferta complementaria y suficiente que potencie la respuesta integral en salud durante todo el curso de vida; iii) organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las personas, familias y comunidades, lo cual implica trascender la gestión por programas o estrategias temáticas para avanzar hacia la gestión de la atención integral; iv) concretar las atenciones por momentos del curso de vida, recalcando que cada momento es interdependiente y que las exposiciones o experiencias se convierten en ventajas o desventajas que se acumulan con el tiempo e impactan la salud y el desarrollo en momentos posteriores.

Bajo este orden, el enfoque de atención establecido en la enunciada resolución, prevé que las intervenciones en salud se realicen de carácter individual, por lo que allí se contemplaron *“atenciones por momentos de curso de vida”*, así:

- Primera infancia: Inicia desde los 7 días hasta los 5 años, 11 meses y 29 días.
- Infancia: Va de 6 a 11 años, 11 meses y 29 días.
- Adolescencia: Va de los 12 años a los 17 años.
- Juventud: Va desde los 18 hasta los 28 años.
- Adultez: Comprende de los 29 a los 59 años.
- Vejez: De los 60 años en adelante.

Así las cosas, la presentación de la información, vale decir, caracterización de los accionantes, y demás análisis realizados frente a la muestra recaudada, se efectuará de conformidad con los momentos de *“curso de vida”*, en cuestión.

3. METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA Y VARIABLES EXTRAIDAS DE LOS EXPEDIENTES PARA CONSOLIDAR LA BASE DE DATOS ANALIZADA

Este Ministerio cuenta con una herramienta que permite la medición de las acciones de tutela en salud, la cual, contempla los problemas jurídicos que han sido objeto de análisis y estudio por parte de esta Cartera Ministerial en cumplimiento de la orden trigésima de la sentencia T-760 de 2008, y otros que fueron adicionados de conformidad con la información que se ha venido recaudando en el marco de la precitada orden.



Para los fines de este informe, es importante señalar que algunos problemas jurídicos han sido objeto de superación, y otros se han actualizado, teniendo en cuenta las reformas y avances en el SGSSS.

De otro lado, con el instrumento de recolección utilizado en el trabajo de campo para levantar la información relevante de cada uno de los expedientes de las acciones de tutela que hacen parte de la muestra, se busca resolver interrogantes relacionados con las características de los accionantes, el número de acciones de tutela asociadas a los distintos problemas jurídicos, y la razón de la interposición de la tutela, identificando el tipo de servicio solicitado.

3.1 Diseño de la muestra

La población objetivo para la muestra está constituida por quienes durante el año 2021 acudieron a la acción de tutela para la protección del derecho a la salud. A su vez, el marco de muestreo está representado por las tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional, durante el año 2021. Se utilizó un método de muestreo probabilístico estratificado, en donde los estratos son los departamentos. Para encontrar el tamaño total de la muestra (n) se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(z\alpha)^2 pqN}{e^2(N-1) + pq(z\alpha)^2}$$

La precisión de las estimaciones se mide en términos del error máximo esperados, que en este caso es inferior al 5%. Adicionalmente, se contempló un nivel de confianza (Z) del 95%.

Por su parte, se tomó una proporción de $P=50\%$, de esta manera se genera la mayor variabilidad y por ende el mayor tamaño de muestra, con lo cual Q es igual a 50%. Al asumir este tamaño de muestra que se está garantizando el cubrimiento para fenómenos de ocurrencia inferior.

Así las cosas, la muestra se recolectó como una encuesta continua a lo largo de las semanas del año, con lo cual, se fue acumulando para el período anual. La selección de la muestra se obtuvo con un criterio de fijación proporcional por departamento.

3.2 Marco estadístico

La base de datos suministrada por la Corte Constitucional, contiene los datos que se relacionan a continuación, a los cuales, se les agrega el departamento para los análisis frente a la muestra recolectada semanalmente:



- **Fecha en la secretaria:** Fecha en la cual, llega al despacho de la Corte Constitucional.
- **Demandante:** Quien interpuso la acción de tutela
- **Demandado:** Contra quien se interpone la acción de tutela
- **Juez de Primera Instancia.** Este campo involucra los siguientes factores: departamento, ciudad y juzgado, que fueron utilizados individualmente.
- **Juez de Segunda Instancia.** Este campo involucra los factores: ciudad y juzgado.
- **Primera Instancia.** Hace referencia a la decisión del juez de primera Instancia.
- **Segunda Instancia.** Hace referencia a la decisión del juez de segunda instancia.

3.3 Instrumento para la recolección de información

Una de las principales fortalezas metodológicas de este informe es la posibilidad de revisar de primera mano el expediente completo de cada una de las tutelas seleccionadas y el levantamiento de la información relevante a través de un formato estandarizado. El trabajo de campo (recolección de la información a partir de los expedientes físicos), fue realizado por personal contratado y supervisado por este Ministerio.

3.4 Comportamiento de las acciones de tutelas en salud 2000 a 2021

El comportamiento general de las acciones de tutelas en salud muestra una tendencia decreciente desde el año 2019, pues si bien, el 2020 fue un año atípico por la rudeza de la pandemia de Covid-19 y esto explica en buena medida que hayan disminuido casi a la mitad las tutelas en salud, es preciso señalar que en el año 2021 se mantuvo dicha tendencia, pese a que hubo menos restricciones por la pandemia, y regreso paulatino a la normalidad.

Tabla 3 Comportamiento de acciones de tutela 2000 a 2021

Año	Afiliados	Proyección poblacional	Total, tutelas en salud	Crecimiento tutelas en salud	Tasa-Afiliados	Tasa-Población
2000	23.017.680	40.295.563	24.843	16,60%	1,1	0,6
2001	23.806.139	40.813.541	34.319	38,10%	1,4	0,8
2002	24.194.854	41.328.824	42.734	24,50%	1,8	1,0
2003	25.413.865	41.848.959	51.944	21,60%	2,0	1,2
2004	30.040.650	42.368.489	72.033	38,70%	2,4	1,7
2005	33.881.988	42.888.592	81.017	12,50%	2,4	1,9



Año	Afiliados	Proyección poblacional	Total, tutelas en salud	Crecimiento tutelas en	Tasa-Afiliados	Tasa-Población
				salud		
2006	36.461.003	43.405.956	96.226	18,80%	2,6	2,2
2007	38.655.698	43.926.929	107.238	11,40%	2,8	2,4
2008	39.561.521	44.451.147	142.957	33,30%	3,6	3,2
2009	38.681.796	44.978.832	100.490	-29,70%	2,6	2,2
2010	40.047.220	45.509.584	94.502	-6,00%	2,4	2,1
2011	41.899.763	46.044.601	105.947	12,10%	2,5	2,3
2012	42.854.862	46.581.823	114.313	7,90%	2,7	2,5
2013	42.879.901	47.121.089	115.147	0,70%	2,7	2,4
2014	43.515.870	47.661.787	117.746	2,30%	2,7	2,5
2015	44.633.177	48.203.405	150.728	28,00%	3,4	3,1
2016	46.404.041	48.747.708	164.274	9,00%	3,5	3,4
2017	46.161.893	49.291.609	197.655	20,30%	4,3	4,0
2018	46.623.525	49.834.240	207.734	5,10%	4,5	4,2
2019	47.764.493	50.374.478	207.368	-0,18%	4,3	4,1
2020	44.797.533	50.912.429	109.940	-46,98%	2,5	2,2
2021	48.231.850	51.049.498	80.325*	-36,87%	1,6	1,5

Fuente: DANE, Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y base de datos de tutelas remitida por la Corte Constitucional el día 8 de marzo de 2022. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social

*Si bien la Corte Constitucional remitió una base de datos de 92.506 tutelas en salud, luego de una revisión y depuración se determinó que solamente 80.324, corresponden a acciones de tutela impetradas contra EPS o entidades pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS

Para llevar a cabo la depuración de la base de datos remitida por la Corte Constitucional y consecuentemente, determinar el total de tutelas en salud del año 2021 a que refiere la Tabla 3, se revisaron las diferentes entidades accionadas.

Después de este ejercicio se excluyeron del presente análisis las acciones de tutela dirigidas contra Administradoras de Riesgos Laborales-ARL, Administradoras de Fondos de Pensiones-AFP y Colpensiones, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario-INPEC, Regímenes Especiales y de Excepción, secretarías departamentales, distritales y municipales, diferentes a las de salud, y tutelas dirigidas contra empresas no relacionadas con el sector salud.

En ese orden, el criterio para excluir del análisis realizado en este informe tutelas que estaban incluidas en la base de datos entregada por ese Alto Tribunal, fue que estuvieran dirigidas únicamente contra cualquiera de las precitadas entidades. Contrario sensu, si como accionada figuraba una EPS u otra entidad del SGSSS,



este Ministerio, la Adres o la Superintendencia Nacional de Salud – SNS, las acciones de tutela se contabilizaron dentro del citado informe.

Como sustento de lo anterior, se remite en archivo Excel la depuración realizada a la base de datos entregada por esa Corporación el 8 de marzo de 2022.

Adicionalmente, en las siguientes tablas se resume el ejercicio de depuración, así:

Tabla 4 Entidades consideradas para el análisis de tutelas en salud 2021

Entidades Consideradas para el análisis	Número de tutelas
Nueva EPS	14.665
Secretarías de Salud e IPS	11.366
Medimas EPS	6.830
Coomeva EPS	5.441
Sanitas EPS	4.669
Sura EPS	4.527
Salud Total EPS	4.408
Savia Salud EPS	4.068
Asmet Salud EPS	3.371
Emssanar EPS	2.508
Famisanar EPS	2.177
Coosalud EPS	2.054
Comparta EPS*	2.034
Servicio Occidental de Salud EPS	1.948
Compensar EPS	1.311
Capital Salud EPS	1.217
Mutual Ser EPS	1.167
Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud	1.042
Cajacopi EPS	769
Ecoopsos EPS	741
Convida EPS	622
Comfamiliar Huila EPS	558
Ambuq EPS	558
Confenalco Valle EPS	441
Comfaoriente EPS	392
Aliansalud EPS	356
ADRES	203
Comfamiliar Nariño EPS*	154
Mallamas EPSI	145
Asociación Indígena del Cauca EPSI	145



Entidades Consideradas para el análisis	Número de tutelas
Capresoca EPS	141
Comfachocó EPS	90
Comfacundi EPS*	56
Pijaos EPS	44
Salud MIA EPS	38
Dusakawi EPSI	26
Confasucre EPS	24
Caja de Compensación Familiar de la Guajira	18
Anaswayu EPSI	1
Total general	80.325

Fuente: Base de datos de tutelas remitida por la Corte Constitucional el día 8 de marzo de 2022.
Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social

*Estas entidades pese haber sido liquidadas en 2021, se tuvieron en cuenta para el presente informe debido a que estaban en la base de datos remitida por la Corte Constitucional el 8 de marzo de 2022

Tabla 5 Entidades no consideradas para el análisis de tutelas en salud, contenido en la Tabla 3

Entidades Excluidas del análisis	Numero de tutelas
Régimen de Excepción	4.594
Empresas no relacionadas con el sector Salud	2.940
INPEC	2.055
Administradoras de Riesgos Laborales (ARL)	1.430
Fondos de Pensiones y Colpensiones	533
No cuenta con información de la entidad accionada	326
Instituciones educativas y secretarías de educación	151
Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles	117
Secretarías de Tránsito	35
Total general	12.181

Fuente: Base de datos de tutelas remitida por la Corte Constitucional el día 8 de marzo de 2022.
Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social

3.6 Análisis de las acciones de tutelas en 2021, en función del número total de personas atendidas por el SGSSS y del número de atenciones en salud prestadas

Para analizar el porcentaje de usuarios que presentaron tutelas en salud en el año 2021, es preciso tener en cuenta dos cifras importantes, a saber: (1) el número de personas atendidas por el SGSSS en el 2021, que fue de 30.894.524 (entre enero y diciembre de



2021 según el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud-RIPSS) y; (2) el número de acciones de tutela impetradas para la protección del derecho a la salud en dicha anualidad, según la información reportada por ese Alto Tribunal, y la depuración a tal información, efectuada por este Ministerio, que arrojó un total de 80.324 tutelas, presentadas contra actores del SGSSS.

Bajo este escenario se encuentra que el total de tutelas es relativamente bajo, 0,25% en 2021, respecto del número de personas atendidas por el SGSSS, tal como se ilustra en el siguiente cuadro:

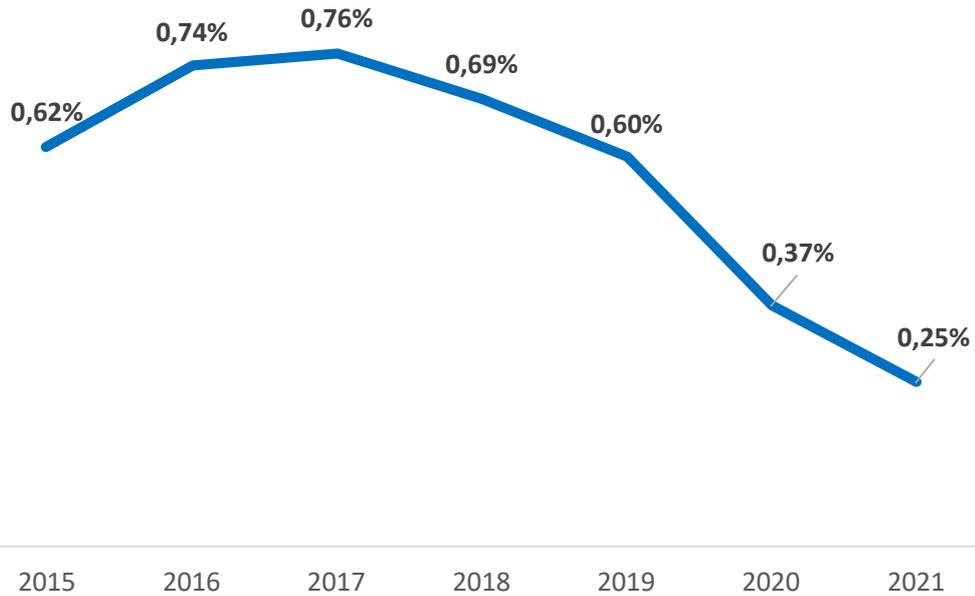
Tabla 6 Tutelas en salud y personas atendidas en el SGSSS en el periodo 2015-2021

Año	Número de personas atendidas en el SGSSS	Número de Tutelas	Tutelas como proporción del número de personas atendidas en salud
2015	24.466.239	150.728	0,62%
2016	22.231.530	164.274	0,74%
2017	26.027.982	197.655	0,76%
2018	30.181.394	207.734	0,69%
2019	34.653.545	207.368	0,60%
2020	29.792.721	109.940	0,37%
2021	31.933.521	80.325	0,25%

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPSS (consulta junio de 2022), y base de datos de tutelas, remitida por la Corte Constitucional el día 8 de marzo de 2022. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social

En la siguiente gráfica se observa que no solo las tutelas en salud representan un valor muy bajo sobre el número de personas atendidas anualmente, sino que, además, ha habido una reducción en los últimos años.

Gráfica 1 Tutelas como proporción del número total de personas atendidas por el SGSSS – periodo 2015 - 2021



Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPSS (consulta junio de 2022), y base de datos de tutelas, remitida por la Corte Constitucional el día 8 de marzo de 2022. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social

Otra forma de medir si el número de tutelas es alto o bajo, es mediante el número de atenciones en salud, dado que una persona puede presentar una inconformidad con varias atenciones en salud. Esto permite ver en términos relativos qué tanto pesan las tutelas en el número total de atenciones que presta el SGSSS. En el siguiente cuadro se muestra el número de tutelas por año y el número de atenciones en salud por año, según el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPSS.

Tabla 7 Tutelas en salud y atenciones en salud periodo 2015-2021

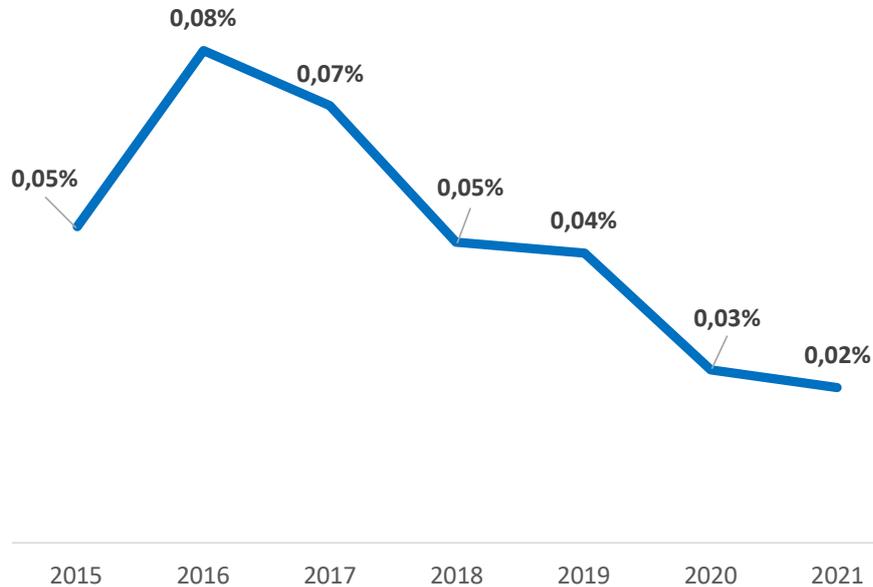
Año	Número de Atenciones en Salud	Número de Tutelas	Tutelas como proorción del número de atenciones en salud
2015	308.883.350	150.728	0,05%
2016	215.614.212	164.274	0,08%
2017	292.026.764	197.655	0,07%
2018	448.132.262	207.734	0,05%
2019	461.432.261	207.368	0,04%
2020	409.583.912	109.940	0,03%
2021	333.790.895	80.325	0,03%

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPSS (consulta junio de 2022), y base de datos de tutelas, remitida por la Corte Constitucional el día 8 de marzo de 2022. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social

En la siguiente gráfica se observa que no solo las tutelas en salud representan un valor muy bajo sobre el total de atenciones en salud que se prestan anualmente, sino que, además, ha habido una reducción en los últimos años.



Gráfica 2 Tutelas como proporción del número total de atenciones en salud



Fuente: RIPSS, y base de datos de tutelas remitida por la Corte Constitucional el día 8 de marzo de 2022. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social

3.7 Número de tutelas por cada 10.000 afiliados por EPS en 2021

Para el año 2021, las EPS más accionadas fueron: (1) Coomeva EPS con 47,8 tutelas por cada 10.000 afiliados; (2) Medimás EPS con 45,9 tutelas por cada 10.000 afiliados; (3) Servicio Occidental de Salud 25,5 tutelas por cada 10.000 afiliados. En este ejercicio solo se tuvo en cuenta tutelas dirigidas contra EPS, por dicha razón el total de tutelas es de 67.714.

Al respecto, debe señalarse que el número restante de tutelas se promovió contra otras entidades que, si bien hacen parte del sector salud, no fungen como aseguradoras (EPS), por lo que no posible tenerlas en cuenta, en cuanto este cálculo se realiza tomando en cuenta la población asegurada.

Tabla 8 Número de tutelas por cada 10.000 afiliados por EPS en 2021

EPS	Tutelas en 2021	Afiliados activos	Tasa de tutelas por cada 10.000 afiliados
Coomeva EPS	5.441	1.138.980	47,8
Medimas EPS	6.830	1.488.371	45,9
Servicio Occidental de Salud EPS	1.948	763.648	25,5



Savia Salud EPS	4.068	1.633.993	24,9
Ecoopsos EPS	741	336.289	22,0
Comfaoriental EPS	392	211.637	18,5
Nueva EPS	14.665	8.047.015	18,2
Confenalco Valle EPS	441	245.286	18,0
Asmet Salud EPS	3.371	1.934.877	17,4
Aliansalud EPS	356	229.311	15,5
Comparta EPS*	2.034	1.535.314	13,2
Emssanar EPS	2.508	1.945.133	12,9
Convida EPS	622	485.908	12,8
Salud Total EPS	4.408	3.595.225	12,3
Sanitas EPS	4.669	4.305.596	10,8
Capital Salud EPS	1.217	1.170.539	10,4
Ambuq EPS	558	543.933	10,3
Comfamiliar Huila EPS	558	543.933	10,3
Sura EPS	4.527	4.470.560	10,1
Comfamiliar Nariño EPS*	154	177.154	8,7
Famisanar EPS	2.177	2.566.910	8,5
Salud MIA EPS	38	46.504	8,2
Capresoca EPS	141	173.738	8,1
Compensar EPS	1.311	1.902.180	6,9
Coosalud EPS	2.054	3.109.258	6,6
Cajacopi EPS	769	1.400.812	5,5
Comfachocó EPS	90	178.968	5,0
Mutual Ser EPS	1.167	2.429.916	4,8
Pijaos EPS	44	102.300	4,3
Asociación Indígena del Cauca EPSI	145	352.066	4,1
Comfacundi EPS*	56	183.119	3,1
Mallamas EPSI	145	546.359	2,7
Confasucro EPS	24	117.886	2,0
Dusakawi EPSI	26	255.537	1,0
Caja de Compensación Familiar de la Guajira	18	261.689	0,7



Anaswayu EPSI	1	220.368	0,0
Total EPS a Nivel Nacional	67.714	48.650.312	13,9

Fuente: Base de datos de tutelas remitida por la Corte Constitucional el día 8 de marzo de 2022.
Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social

*Entidades liquidadas pero que registran tutelas según la base de datos enviada por la Corte Constitucional. Se tomó la población afiliada para el último año disponible en cada entidad.

3.8 Número de tutelas por cada 10.000 habitantes, por departamento en 2021

Para el año 2021, los departamentos donde más tutelas se interpusieron, fueron los siguientes: (1) Arauca con 69,0 tutelas por cada 10.000 habitantes; (2) Caldas con 52,1 tutelas por cada 10.000 habitantes; (3) Norte de Santander 39,8 tutelas por cada 10.000 habitantes.

Tabla 9 Número de tutelas por cada 10.000 habitantes, por departamento en 2021

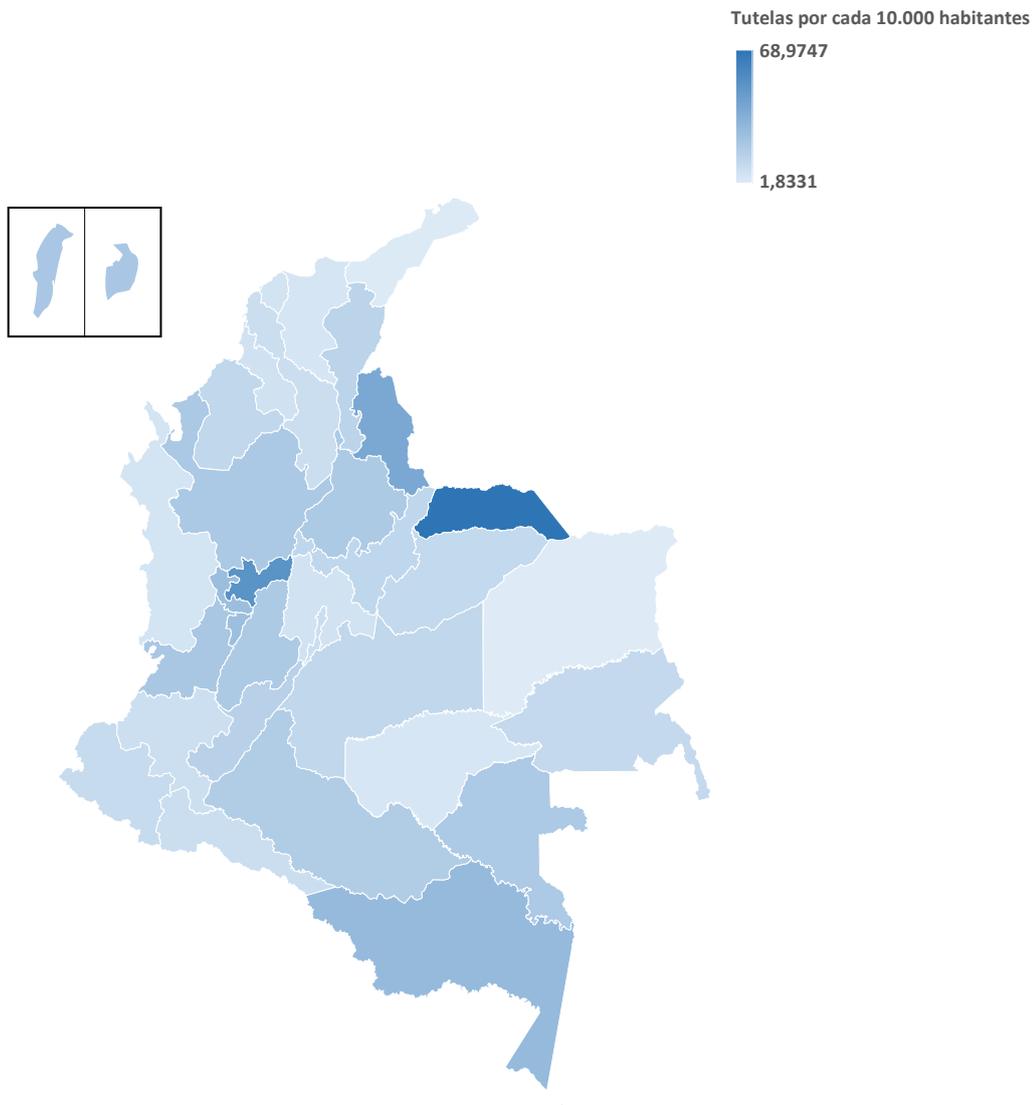
Departamento	Tutelas en salud	Población Dane	Tutelas por cada 10.000 habitantes
Arauca	2078	301.270	68,9747
Caldas	5350	1.027.314	52,0776
Norte de Santander	6531	1.642.746	39,7566
Amazonas	237	80.464	29,4542
Risaralda	2658	968.626	27,4409
Quindío	1499	562.117	26,6670
San Andrés y Providencia	167	64.672	25,8226
Valle del Cauca	10043	4.556.752	22,0398
Antioquia	14394	6.782.584	21,2220
Vaupés	98	46.808	20,9366
Tolima	2759	1.343.898	20,5298
Santander	4734	2.306.455	20,5250
Caquetá	791	414.841	19,0675
Huila	1868	1.131.934	16,5027
Cesar	2006	1.322.466	15,1686
Boyacá	1686	1.251.675	13,4700
Córdoba	2462	1.844.076	13,3509
Meta	1408	1.072.412	13,1293
Casanare	529	439.238	12,0436
Guainía	61	51.450	11,8562
Nariño	1803	1.627.386	11,0791
Putumayo	340	364.085	9,3385



Departamento	Tutelas en salud	Población Dane	Tutelas por cada 10.000 habitantes
Bogotá, D.C.	7242	7.834.167	9,2441
Bolívar	2024	2.213.061	9,1457
Cauca	1334	1.504.044	8,8694
Sucre	676	962.457	7,0237
Cundinamarca	2342	3.372.221	6,9450
Atlántico	1823	2.771.139	6,5785
Chocó	334	549.225	6,0813
Magdalena	730	1.449.087	5,0377
Guaviare	43	88.490	4,8593
La Guajira	248	987.781	2,5107
Vichada	21	114.557	1,8331
Total	80324	51.049.498	15,7345

Fuente: Base de datos de tutelas remitida por la Corte Constitucional el día 8 de marzo de 2022.
Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social

Gráfica 3 Mapa de calor de tutelas por cada 10.000 habitantes, por departamento en 2021

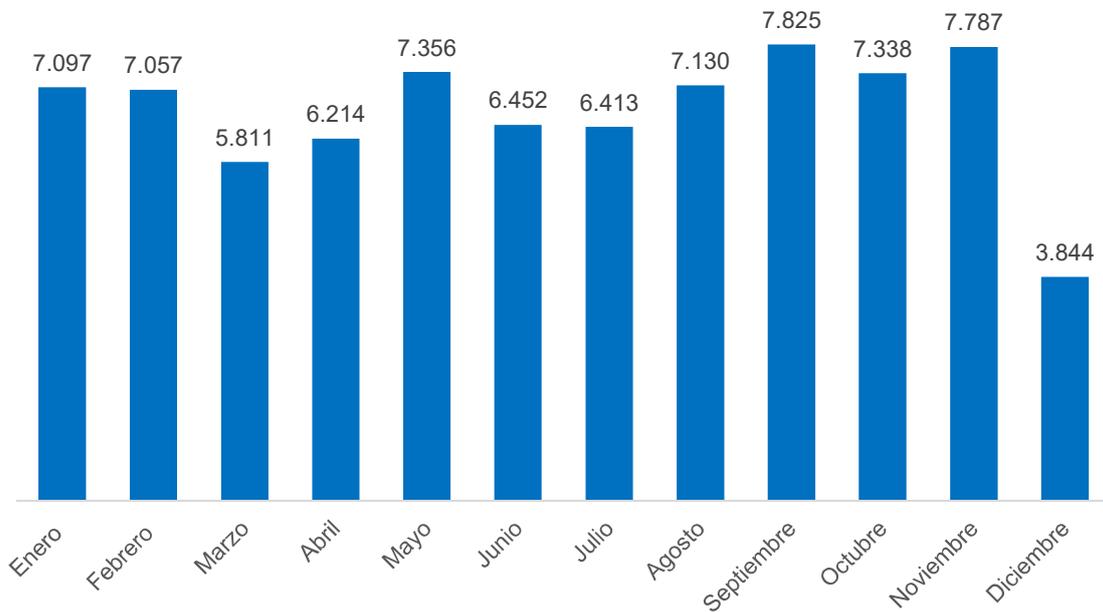


Fuente: Base de datos de tutelas remitida por la Corte Constitucional el día 8 de marzo de 2022. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social

3.8 Tutelas por mes y por día

El promedio de tutelas interpuestas por mes fue de 6.694, valor que se calcula sobre las 80.324 tutelas correspondientes al sector salud. El mes con mayor número de tutelas fue septiembre con 7.825 tutelas interpuestas, mientras que el mes de diciembre fue el que registró menos acciones de tutela, con 3844. El promedio diario de tutelas fue de 327 por día hábil.

Gráfica 4 Promedio de tutelas en salud por mes en 2021



Fuente: Base de datos de tutelas remitida por la Corte Constitucional el día 8 de marzo de 2022. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social

4. CARACTERIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE TUTELA EN SALUD

En el año 2021 se analizaron 1.561 expedientes de tutelas, de los cuales, fueron excluidos 280, puesto que eran tutelas que no estaban dirigidas contra el sector salud, o en las cuales, se accionaban a los Regímenes Especiales o de Excepción. Así las cosas, las tutelas objeto de análisis para el año 2021 fueron 1.282.

Tabla 10 Depuración muestra de expedientes de tutelas año 2021

Explicación	Número
Muestra recolectada de tutelas en el año 2021	1561
Tutelas recolectadas no correspondientes al sector salud: administradoras de riesgos laborales, administradoras de fondos de pensión, INPEC, Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares y de Policía, Otras entidades (empresas fuera del sector salud, secretarías distritales y departamentales diferentes del sector salud)	280
Tutelas válidas para analizar	1281

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.



En esta sección se presenta la caracterización de las acciones de tutela, de acuerdo con los criterios establecidos por esa Corporación para tal fin. De esta manera, la fuente de información para llevar a cabo este ejercicio fue la muestra de tutelas recogida, correspondiente al año 2021, y la información extraída de cada expediente. Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social buscó fuentes adicionales para subsanar las fallas de información de los expedientes de tutela, así como para corregir y ampliar la información de cada una de los accionantes. Entre las fuentes consultadas para el presente informe, están:

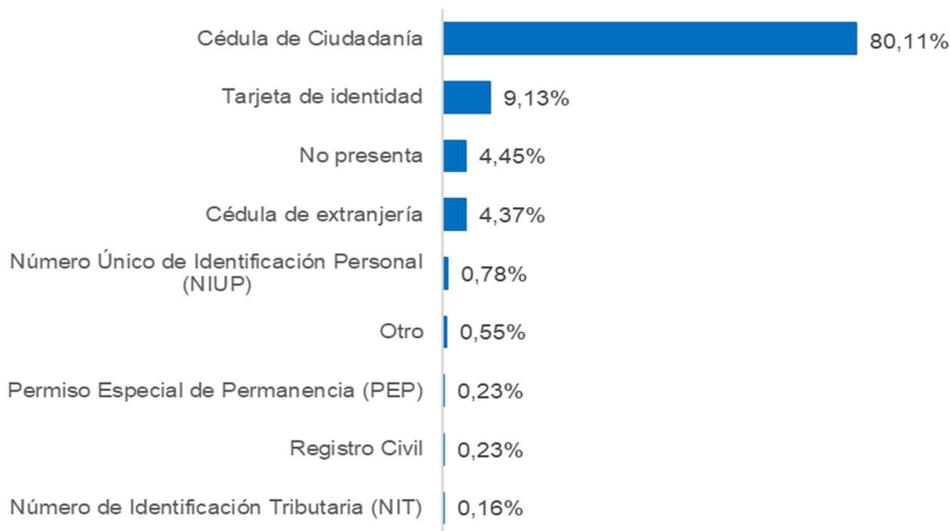
- Base de Datos Única de Afiliado - BDUA
- Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA
- Unidad para las Víctimas
- Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA

Así las cosas, para el presente informe se logró aumentar el número de criterios de caracterización, lo que permite establecer con mayor nivel de detalle, quienes recurren a la acción de tutela.

4.1 Documento de identidad

La caracterización de documento de identidad muestra que la mayor proporción de las acciones de tutelas corresponde a ciudadanos identificados con cédula de ciudadanía, esto es, un 80,09%.

Gráfica 5 Tutelas en salud por documento de identidad



Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.



Visto a través del análisis de curso de vida, se encuentra que, si bien, la mayor parte de los accionantes se identifican con cédula de ciudadanía, la mayoría está en la etapa de adultez y vejez, respectivamente.

Tabla 11 Tutelas en salud por documento de identidad, por curso de vida

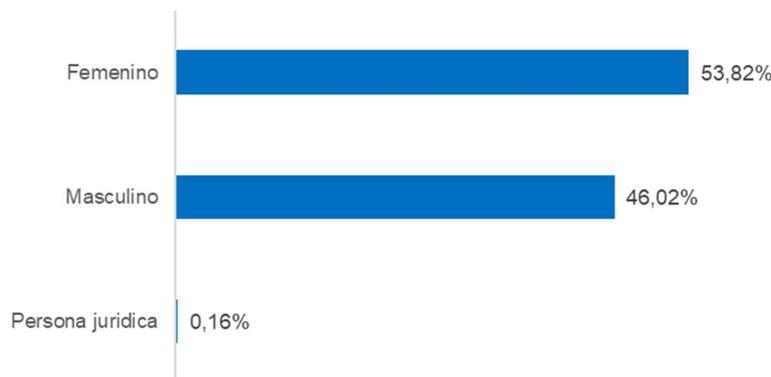
Documento de identificación	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez	No registra fecha para clasificación en curso de vida	Total general
Cédula de Ciudadanía	0	0	0	102	451	446	28	1027
Tarjeta de identidad	38	36	40	0	0	0	3	117
No presenta	0	1	0	0	0	2	54	57
Cédula de extranjería	0	1	4	10	16	7	18	56
Número Único de Identificación Personal (NIUP)	7	3	0	0	0	0	0	10
Otro	1	0	0	1	1	1	3	7
Registro Civil	0	3	0	0	0	0	0	3
Permiso Especial de Permanencia (PEP)	0	0	0	0	2	0	1	3
Número de Identificación Tributaria (NIT)	0	0	0	0	0	0	2	2
Total general	46	44	44	113	470	456	109	1282

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

4.2 Sexo

Para 2021 el 53,82% de las tutelas fueron interpuestas por mujeres, entre tanto, un 46,02%, correspondió a hombres. Por otra parte, 0,16% de las tutelas fueron interpuestas por personas jurídicas.

Gráfica 6 Tutelas en salud por sexo del accionante



Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

El análisis por curso de vida muestra que la mayor parte de las mujeres que acudieron a la acción de tutela, están en la etapa de vejez; en contraste, la mayor



parte de los hombres que hicieron uso de este mecanismo, se encuentran en la etapa de la adultez.

Tabla 12 Tutelas en salud por sexo del accionante, por curso de vida

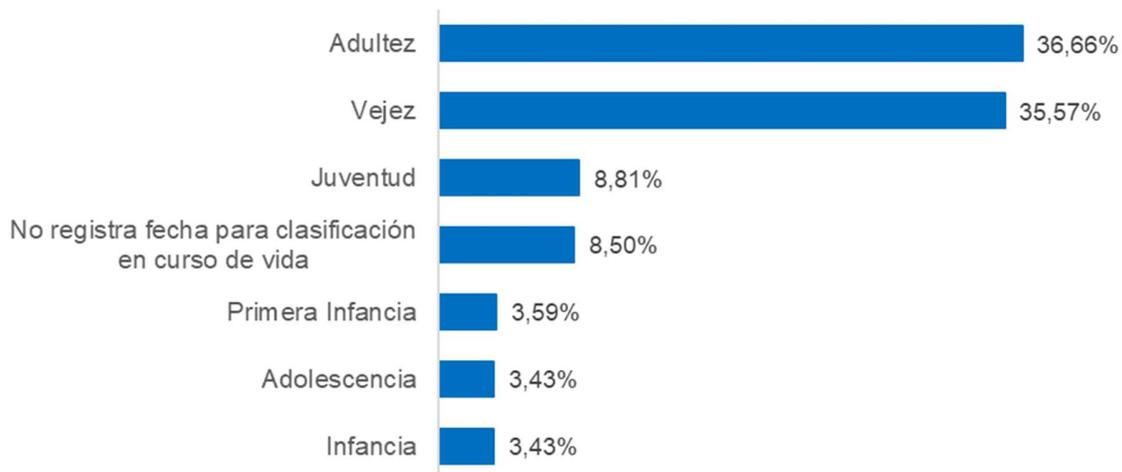
Documento de identificación	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez	No registra fecha para clasificación en curso de vida	Total general
Femenino	19	20	25	47	262	245	72	690
Masculino	27	24	19	66	208	211	35	590
Persona jurídica	0	0	0	0	0	0	2	2
Total general	46	44	44	113	470	456	109	1282

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

4.3 Curso de vida

Cuando se observa cómo se distribuyen las tutelas entre los diferentes grupos de edad, vale la pena destacar que el 36,66% son interpuestas por persona que se encuentran en la etapa de la adultez, el 35,57%, son interpuestas por personas en la etapa de la vejez, y un 8,81% en la etapa de la juventud.

Gráfica 7 Tutelas en salud por curso de vida



Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

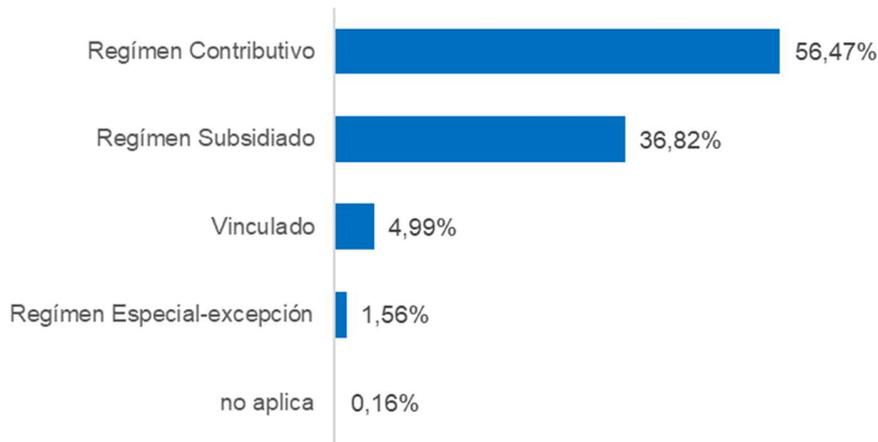
4.4 Régimen de afiliación

Del análisis de tutelas interpuestas según régimen de afiliación, se encuentra que el 56,47%, fueron presentadas por usuarios del régimen contributivo, mientras que el 38,82%, corresponde a usuarios del régimen subsidiado. Vale la pena anotar que un 4,99% de las tutelas fueron interpuestas por usuarios en la figura de vinculados.



Por otra parte, un 1,56% de las tutelas corresponde a usuarios del régimen de excepción, lo cual, se explica porque la entidad a la que accionaron, corresponde a una IPS, no exclusiva de dicho régimen, por lo que se tuvo en cuenta para el análisis de este informe.

Gráfica 8 Tutelas promovidas por régimen de afiliación



Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

Por momentos de curso de vida, las tutelas muestran una distribución similar que para otras categorías de análisis. Por ejemplo, la mayoría de tutelas de usuarios del régimen contributivo fueron interpuestas por personas en la etapa de adultez y para el régimen subsidiado, corresponde a persona en la etapa de vejez.

Tabla 13 Tutelas promovidas por régimen de afiliación, por curso de vida

Régimen de afiliación	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez	No registra fecha para clasificación en curso de vida	Total general
Regimen Contributivo	20	18	20	61	294	265	46	724
Regimen Subsidiado	26	24	19	41	154	174	34	472
Vinculado	0	2	4	9	15	8	26	64
Regimen Especial-excepción	0	0	1	2	7	9	1	20
no aplica	0	0	0	0	0	0	2	2
Total general	46	44	44	113	470	456	109	1282

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

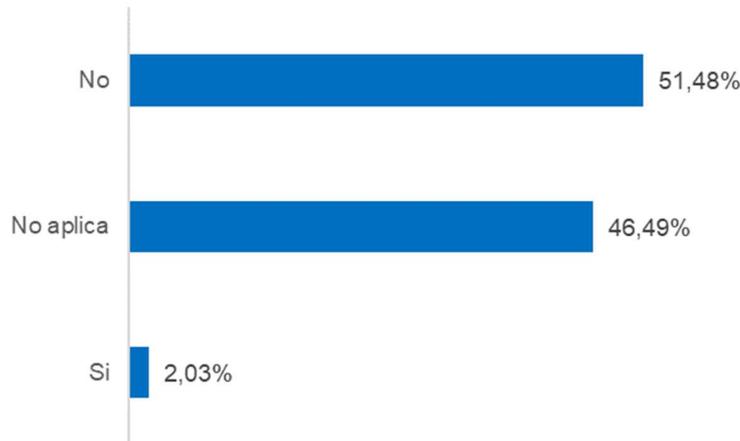
4.5 Mujer Gestante

Para la caracterización de mujeres en estado de gestación, se consideraron todas aquellas que, según la información recaudada, manifestaron encontrarse en dicho estado al momento de la fecha de presentación de tutela. De esta manera, del total



de tutelas interpuestas en 2021, el 2,11%, correspondió a mujeres en estado de gestación.

Gráfica 9 Tutelas promovidas por mujeres gestantes



Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

Tabla 14 Tutelas promovidas por mujeres gestantes, por curso de vida

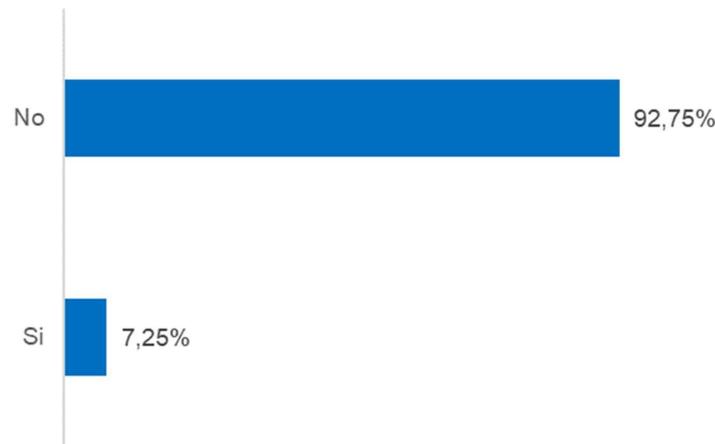
Mujer Gestante	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez	No registra fecha para clasificación en curso de vida	Total general
No	19	18	25	38	250	244	66	660
No aplica	27	25	19	66	211	212	36	596
Si	0	1	0	9	9	0	7	26
Total general	46	44	44	113	470	456	109	1282

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

4.6 Población en condición de discapacidad

Otro elemento importante de caracterización para las acciones de tutela es indagar si el accionante es una persona en condición de discapacidad. Para el 2021, el 7,25% de las acciones de tutela fueron interpuestas por personas con algún tipo de discapacidad.

Gráfica 10 Tutelas promovidas por personas en condición de discapacidad



Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

Tabla 15 Tutelas promovidas por personas en condición de discapacidad, por curso de vida

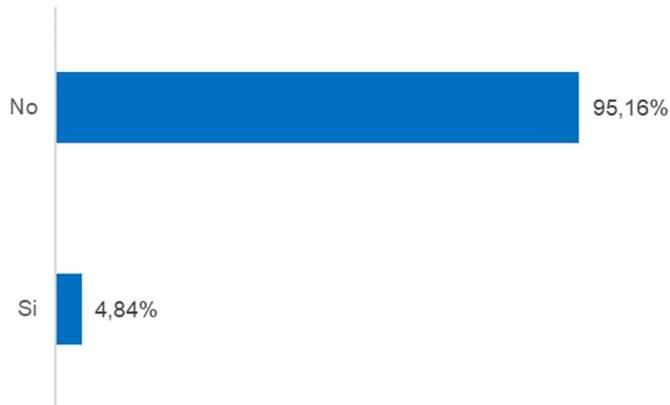
Persona en situación de discapacidad	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez	No registra fecha para clasificación en curso de vida	Total general
No	38	34	38	108	436	433	102	1189
Si	8	10	6	5	34	23	7	93
Total general	46	44	44	113	470	456	109	1282

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

4.7 Población migrante en condición irregular

Debido a la alta cantidad de migrantes, presentada en los últimos años, es imperativo conocer qué proporción de tutelas son interpuestas por este grupo poblacional, que se encuentra en condición irregular. Así las cosas, en 2021 el 4,84% de los accionantes fue población migrante en condición irregular.

Gráfica 11 Tutelas promovidas por población migrante en condición irregular



Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

Tabla 16 Tutelas promovidas por población migrante en condición irregular, por curso vida

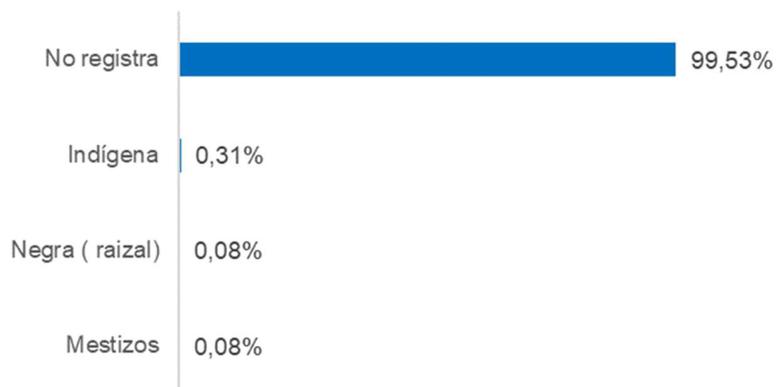
Población migrante irregular	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez	No registra fecha para clasificación en curso de vida	Total general
No	46	42	40	104	455	449	84	1220
Si	0	2	4	9	15	7	25	62
Total general	46	44	44	113	470	456	109	1282

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

4.8 Raza

En términos de raza, se observa una baja proporción de tutelas presentadas por personas auto reconocidas. De esa baja proporción se identifican indígenas, negros (raizales) o mestizos.

Gráfica 12 Tutelas promovidas por raza



Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

Gráfica 13 Tutelas promovidas por raza, por curso de vida

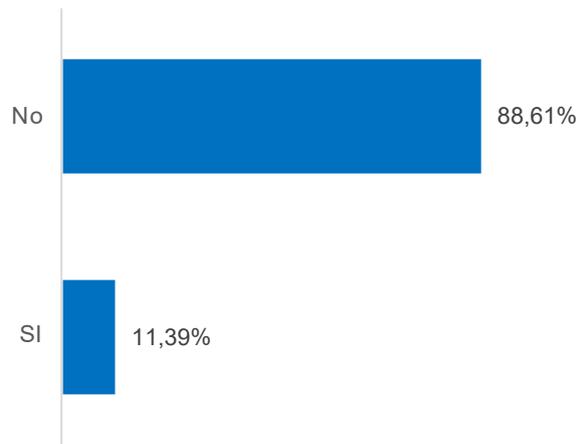
Raza	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez	No registra fecha para clasificación en curso de vida	Total general
No registra	45	44	44	111	468	455	109	1276
Indígena	1	0	0	1	1	1	0	4
Negra (raizal)	0	0	0	1	0	0	0	1
Mestizos	0	0	0	0	1	0	0	1
Total general	46	44	44	113	470	456	109	1282

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

4.9 Población víctima del conflicto armado

La caracterización de víctimas del conflicto armado muestra que el 11,39% de las tutelas fueron promovidas por personas que han sufrido este flagelo.

Gráfica 14 Tutelas promovidas por personas víctimas del conflicto armado



Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

Tabla 17 Tutelas promovidas por personas víctimas del conflicto armado, por curso de vida

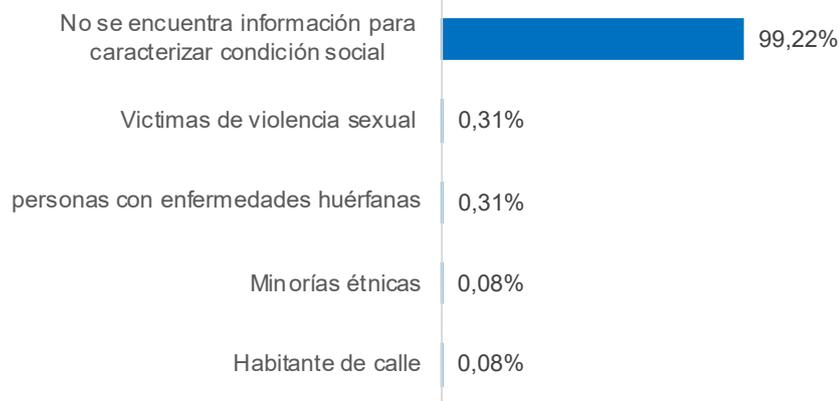
Víctima del conflicto armado	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez	No registra fecha para clasificación en curso de vida	Total general
No	42	36	35	96	413	405	109	1136
SI	4	8	9	17	57	51	0	146
Total general	46	44	44	113	470	456	109	1282

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

4.11 Condición Social

En condición social se agruparon distintos factores que, en principio, podrían tenerse en cuenta para la respectiva caracterización, sin embargo, del total de la muestra no se evidencia que respecto de los accionante pueda definirse una condición social concreta. De esta manera, se presenta el siguiente cuadro.

Gráfica 15 Caracterización de tutelas por condición social



Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

Tabla 18 Caracterización de tutelas por condición social, por curso de vida

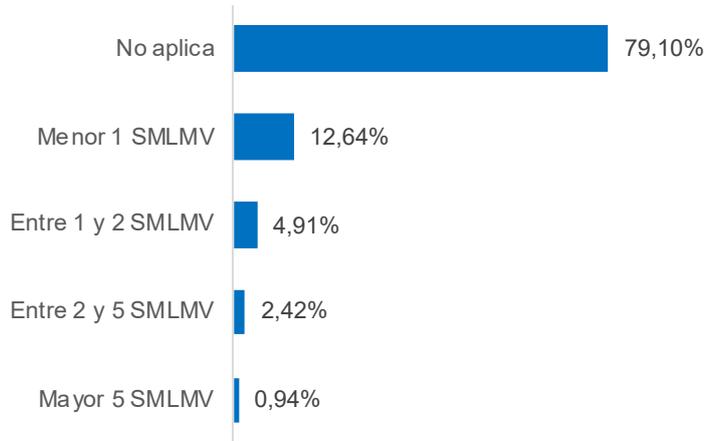
Condición social	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez	No registra fecha para clasificación en curso de vida	Total general
No se encuentra información para caracterizar condición social	46	44	43	109	466	456	108	1272
Victimas de violencia sexual	0	0	0	2	2	0	0	4
personas con enfermedades huérfanas	0	0	1	1	1	0	1	4
Indigenas y miorias etnicas	0	0	0	0	1	0	0	1
Habitante de calle	0	0	0	1	0	0	0	1
Total general	46	44	44	113	470	456	109	1282

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

4.12 Condición Económica

Para la caracterización de condición económica se tomó como variable de análisis el Ingreso Base de Cotización - IBC. De esta manera, se tiene que la mayoría de las tutelas son promovidas por personas que no registran IBC, no obstante, esto se debe a que pueden ser personas afiliadas al régimen subsidiado, y beneficiarios en el régimen contributivo. Entre los cotizantes que registran IBC, el 12,64%, están en un rango de un salario mínimo legal mensual vigente.

Gráfica 16 Tutelas promovidas según caracterización por condición económica



Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

Gráfica 17 Tutelas promovidas según caracterización por condición económica, por curso de vida

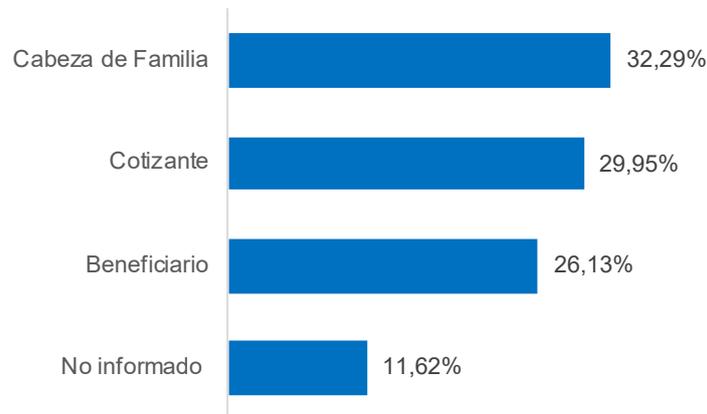
Rango IBC	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez	No registra fecha para clasificación en curso de vida	Total general
No aplica	46	44	44	81	297	393	109	1014
Menor 1 SMLMV	0	0	0	18	97	47	0	162
Entre 1 y 2 SMLMV	0	0	0	7	47	9	0	63
Entre 2 y 5 SMLMV	0	0	0	5	19	7	0	31
Mayor 5 SMLMV	0	0	0	2	10	0	0	12
Total general	46	44	44	113	470	456	109	1282

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

4.12 Tipo de afiliado

En la mayoría de tutelas se puede observar que son promovidas por personas cabeza de familia 32,29%, lo cual, corresponde a usuarios del régimen subsidiado. Por otra parte, el 29,95 son cotizantes, que corresponde a usuarios del régimen contributivo.

Gráfica 18 Tutelas promovidas por tipo de afiliado



Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

Tabla 19 Tutelas promovidas por tipo de afiliado, por curso de vida

Agente oficioso	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez	No registra fecha para clasificación en curso de vida	Total general
Cabeza de Familia	22	15	13	38	159	167	0	414
Cotizante principal	0	0	1	27	190	166	0	384
Beneficiario	21	21	21	32	94	100	46	335
No informado	3	8	9	16	27	23	63	149
Total general	46	44	44	113	470	456	109	1282

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

5. PROBLEMAS JURÍDICOS

En esta sección se realiza un análisis del comportamiento de los diferentes problemas jurídicos, sus causas y el tipo de servicio o tecnología solicitada, según las acciones de tutela impetradas. Para el año 2021 de la muestra recogida en la Corte Constitucional, se encontró que las tutelas impactaron en 8 de la totalidad de los problemas jurídicos.

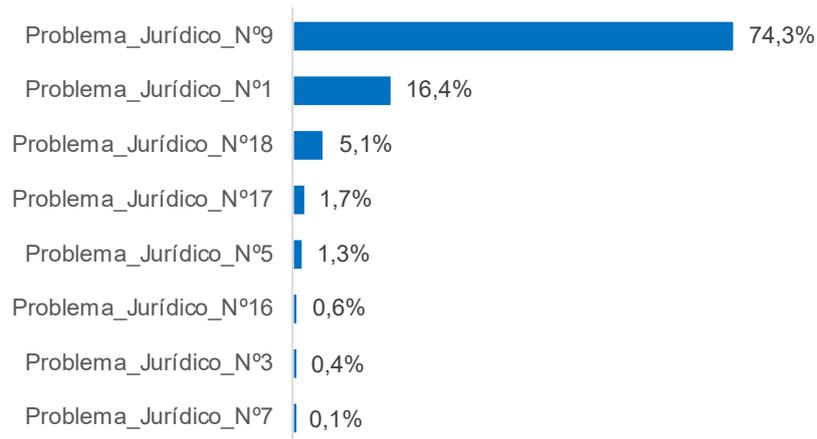


Tabla 20 Tutelas según problema jurídico, por curso de vida

Problema Jurídico	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez	No registra fecha para clasificación en curso de vida	Total general
Problema Jurídico N°9	30	27	32	89	346	350	79	953
Problema Jurídico N°1	12	9	9	11	71	80	18	210
Problema Jurídico N°18	3	5	2	7	28	14	7	66
Problema Jurídico N°17				4	16	1	1	22
Problema Jurídico N°5		1	1	1	7	5	2	17
Problema Jurídico N°16	1	2		1		4		8
Problema Jurídico N°3					2	2	1	5
Problema Jurídico N°7							1	1
Total general	46	44	44	113	470	456	109	1282

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

Gráfica 19 Tutelas según problema jurídico, y su porcentaje dentro del total de la muestra



Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

5.1 Problema Jurídico N°1



Tabla 21 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°1

Tipo de servicio y/o tecnología	Solicitud de servicio y/o tecnología, cuyo uso prescrito por el médico tratante no está autorizado en el registro sanitario o por la autoridad competente.	Solicitud de servicios complementarios o no financiados con la UPC, ni mediante MIPRES y tampoco excluidos.	Solicitud de servicios cuya prescripción por el médico tratante no se ordenó a través del aplicativo MIPRES.	Solicitud de servicio o tecnología no incluido dentro del aplicativo MIPRES	Total general
Servicio de transporte - Viáticos		135			135
Atención domiciliaria		2	30		32
Otras razones		9	14		23
Medicamento	9				9
Servicio complementario		7			7
Soporte Nutricional		4			4
Total general	9	157	44	0	210

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

5.3 Problema Jurídico N°3

¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle la prestación del servicio requerido cuando fue ordenado por un médico que no está adscrito a la entidad respectiva, pero es especialista en la materia y trataba a la persona?

Tabla 22 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°3

Tipo de servicio y/o tecnología	Solicitud de servicios, tecnologías e insumos en salud prescritos por un médico particular.	Total general
Procedimiento	2	2
Servicios complementarios	3	3
Total general	5	5

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.



5.4 Problema Jurídico N°5

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

Tabla 23 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°5

Tipo de servicio y/o tecnología	Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos	Total general
Exoneración de copagos y cuotas moderadoras	17	17
Total general	17	17

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

5.5 Problema Jurídico N°7

¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle el acceso a una prestación social derivada de su estado de salud (incapacidades laborales), cuando se niega a autorizarlo porque en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello?

Tabla 24 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°7

Tipo de servicio y/o tecnología	No reconocimiento y pago de prestaciones económicas por demora en el pago de los aportes de salud.	Total general
Prestaciones Económicas	1	1
Total general	1	1

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.



5.6 Problema Jurídico N°9

Tabla 25 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°9

Tipo de servicio y/o tecnología	Postergación en el agendamiento con médicos especialistas.	Postergación de procedimientos médicos y ayudas diagnósticas autorizadas por la EPS	Demora en la entrega de insumos o materiales quirúrgicos para la práctica de procedimientos autorizados por la EPS.	Demora en la entrega de insumos, dispositivos o materiales médicos que se encuentran financiados por la UPC y prescritos por el médico tratante.	Demora en la prestación de los servicios de salud por falta de convenio con un prestador en salud de la red de prestadores de la EPS.	Demora en la entrega de medicamentos ya autorizados por la EPS, de los cuales el prestador manifiesta desabastecimiento.	Demora en el suministro de los servicios, tecnologías, insumos, servicios complementarios o soporte nutricional, financiado por MIPRES.	Tutela por no autorización de prestador de servicios de salud seleccionado por el usuario, el cual no hace parte de la red de prestadores de la EPS.	Postergación en la práctica de procedimientos médicos y ayudas diagnósticas autorizadas por la EPS2	Total general
Procedimiento		255	3		11		5		8	282
Citas médicas	244									244
Medicamento						197	40			237
Servicio complementario							52			52
Solicitud de IPS a elección del usuarios, ajena a la red de la EPS					26			24		50
Terapias		18			4		1			23
Servicio de transporte - Viáticos							22			22
Cuidado en casa							19			19
Exámenes de Laboratorio		11								11
Soporte Nutricional							9			9
Dispositivo Médico				2						2
Servicios y tecnologías expresamente excluidos		1								1
Otras razones							1			1
Total general	244	285	3	2	41	197	149	24	8	953

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

5.7 Problema Jurídico N°16

Acciones de tutela en la que se reclaman servicios, tecnologías e insumos expresamente excluidos.

Tabla 26 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°16

Tipo de servicio y/o tecnología	Solicitud de servicios, tecnologías e insumos expresamente excluidos.	Total general
Servicios y tecnologías expresamente excluidos	8	8
Total general	8	8

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.



5.8 Problema Jurídico N°17

¿Desconoce el Estado el derecho a la salud y al mínimo vital de un afiliado, la entidad aseguradora, encargada de garantizar el pago de las prestaciones económicas derivadas de las incapacidades médicas, licencia de maternidad y paternidad, cuando se niega a autorizarlas por trámites administrativos, pese haber cotizado de manera oportuna?

Tabla 27 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°17

Tipo de servicio y/o tecnología	Reconocimiento y pago de las prestaciones económicas que no han sido autorizadas por incongruencias en las firmas del médico prescriptor.	Reconocimiento y pago de las prestaciones económicas que no han sido autorizadas por inconsistencias en la información del afiliado en las bases de datos de la entidad aseguradora.	Reconocimiento y pago de las prestaciones económicas que no han sido autorizadas por incumplimiento en la documentación requerida por parte del afiliado.	Total general
Contingencias económicas	1	12	9	22
Total general	1	12	9	22

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

5.9 Problema Jurídico N°18

¿Desconoce el Estado el derecho a la salud cuando la entidad aseguradora no verifica la información de sus afiliados en sus bases de datos, para reportarla a la BDU, lo cual genera inconsistencias que posteriormente conllevan a barreras y/o demoras en los trámites administrativos de afiliación, traslado, movilidad o portabilidad?

Tabla 28 Causas y tipo de tecnología o servicio solicitado Problema Jurídico N°18

Tipo de servicio y/o tecnología	Solicitud de afiliación a una EPS.	Solicitud de Movilidad o Portabilidad	Solicitud de Traslado de EPS a elección del accionante	Total general
Afiliación a EPS	29	6	9	44
Traslado de EPS			13	13
Otras razones	3	3		6
Movilidad		3		3
Total general	32	12	22	66

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.



5.10 Fallo de tutela

Tabla 29 Sentido del fallo de tutela en función del total de acciones impetradas

Fallo de Tutela	Tutelas	Proporción del total
Concede todo lo solicitado	846	65,99%
Niega lo solicitado	350	27,30%
Concede parcialmente lo solicitado	77	6,01%
No se pudo acceder a la desición por problemas en su digitalización	9	0,70%
Total general	1282	100,00%

Fuente: Datos de la muestra de tutelas recogida de la Corte Constitucional. Cálculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

5.11 Citas por especialidad requerida



Tabla 30 Especialidades solicitadas en acciones de tutelas

Especialidad	Tutelas	Proporción del total
Ginecología y ginecobtetricia	25	10,25%
Neurología y Neurocirugía	21	8,61%
Ortopedia	20	8,20%
Medicina Interna	18	7,38%
Cirugía General	16	6,56%
Psiquiatría	13	5,33%
Medicina General	12	4,92%
Oftalmología	10	4,10%
Fisioterapia	9	3,69%
Medicina Laboral	8	3,28%
Cardiología	8	3,28%
Oncología	7	2,87%
Odontología	7	2,87%
Urología	7	2,87%
Otorrinolaringología	7	2,87%
Nutrición	7	2,87%
Pediatría	6	2,46%
Reumatología	6	2,46%
Anestesiología	6	2,46%
Nefrología	4	1,64%
Neumología	3	1,23%
Medicina del dolor	3	1,23%
Psicología	2	0,82%
Endocrinología	2	0,82%
Retinología	2	0,82%
Dermatología	1	0,41%
Otología	1	0,41%
Elergiolgia	1	0,41%
Radioterapia	1	0,41%
Mastología	1	0,41%
Periantología	1	0,41%
Epileptología	1	0,41%
Hemodinamia	1	0,41%
Coloproctologo	1	0,41%
Tomografía	1	0,41%
Gastroenterología	1	0,41%
Hematología	1	0,41%
Fisiatría	1	0,41%
Genética	1	0,41%
Oncología	1	0,41%
Total general	244	100,00%



5.11 Fuente de financiamiento

Tabla 31 Fuente de financiamiento de tutelas solicitadas

Fuente de financiamiento	Concede parcialmente lo solicitado	Concede todo lo solicitado	Niega lo solicitado	No se pudo acceder a la decisión por problemas en su digitalización	Total general
Financiado con UPC	37	480	243	6	766
Financiado con presupuesto máximo - MIPRES	35	301	69	1	406
Tutela por trámite administrativo no sujeto a financiación	4	54	31	2	91
Prestaciones económicas (su financiación se realiza con recursos diferentes al aseguramiento)	1	11	7		19
Total general	77	846	350	9	1282

5.11 Causa de presentación

Tabla 32 Causas de presentación de tutelas como proporción del total

Causas de presentación de tutela	Tutelas	Proporción del total
· Postergación para la práctica de procedimientos médicos autorizados por la EPS.	286	22,31%
· Postergación en el agendamiento con médicos especialistas.	244	19,03%
· Demora en la entrega de medicamentos ya autorizados por la EPS, de los cuales el prestador manifiesta desabastecimiento.	180	14,04%
· Solicitud de servicios complementarios no financiados con la UPC, ni mediante MIPRES y tampoco excluidos.	157	12,25%
· Demora en el suministro de los servicios, tecnologías e insumos, prescritos por MIPRES.	148	11,54%
· Solicitud de servicios cuya prescripción por el médico tratante no se ordenó a través del aplicativo MIPRES.	69	5,38%



Causas de presentación de tutela	Tutelas	Proporción del total
· Demora en la prestación de los servicios de salud por falta de convenio con un prestador en salud de la red de prestadores de la EPS.	41	3,20%
· Solicitud de afiliación a una EPS.	32	2,50%
· Tutela por no autorización de prestador de servicios de salud seleccionado por el usuario, el cual no hace parte de la red de prestadores de la EPS.	24	1,87%
· Solicitud de Traslado de EPS a elección del accionante	22	1,72%
· Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos	17	1,33%
· Solicitud de Movilidad o Portabilidad	12	0,94%
· Reconocimiento y pago de las prestaciones económicas que no han sido autorizadas por inconsistencias en la información del afiliado en las bases de datos de la entidad aseguradora.	12	0,94%
· Reconocimiento y pago de las prestaciones económicas que no han sido autorizadas por incumplimiento en la documentación requerida por parte del afiliado.	9	0,70%
· Solicitud de servicio y/o tecnología, cuyo uso prescrito por el médico tratante no está autorizado en el registro sanitario o por la autoridad competente.	9	0,70%
· Solicitud de servicios, tecnologías e insumos expresamente excluidos.	8	0,62%
· Solicitud de servicios, tecnologías e insumos en salud prescritos por un médico particular.	5	0,39%
· Demora en la entrega de insumos, dispositivos o materiales médicos que se encuentran financiados por la UPC y prescritos por el médico tratante.	3	0,23%
· Demora en la entrega de insumos o materiales quirúrgicos para la práctica de procedimientos autorizados por la EPS.	3	0,23%
· Reconocimiento y pago de las prestaciones económicas que no han sido autorizadas por incongruencias en las firmas del médico prescriptor.	1	0,08%
Total general	1282	100,00%



6. INFORME Y DETERMINACIÓN DE INDICADORES DE GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD

6.1 La Salud como Derecho Universal

Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud en el año 2014 generaron una estrategia para el acceso y cobertura universal a la salud, la cual se basó en que los sistemas de salud deben contribuir a mejorar el nivel o condición de salud de personas y población con los recursos de la sociedad, lo cual se logra con la gobernabilidad y el desarrollo de los países, mediante los derechos políticos, el aseguramiento de niveles de justicia social y equidad en el ámbito de protección social al ofrecer a la población acceso a la salud, educación, vivienda, empleo digno, seguridad financiera ante los diferentes ciclos vitales y condiciones diferenciales (Artaza & Méndez, 2022), (Restrepo, Casas, & Espinal, 2018).

Por tanto, es responsabilidad de los Estados garantizar el derecho a la salud por medio del acceso a los bienes y servicios sin distinción por género, raza, etnia, condición socioeconómica, entre otras (Artaza & Méndez, 2022).

6.2 Definición de Determinantes Sociales de la Salud

La Organización Mundial de la Salud define los Determinantes Sociales de la Salud como todas aquellas circunstancias en las que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen en los diferentes contextos económicos, sociales, políticos y culturales (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2022).

Las condiciones disimiles de la población dan resultado a diferentes procesos de salud enfermedad de estas. En cuanto, a estas condiciones que determinan el estado de salud si son diferentes pero inevitable cambiarlas son consideradas desigualdades, mientras que si estas diferencias son evitables e innecesarias se consideran inequidades (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2022).

Los Determinantes Sociales de la Salud se clasifican en determinantes estructurales e intermedios. Los Determinantes estructurales están relacionados con la estructura de la sociedad como lo es el contexto socioeconómico y político, así como los mecanismos que determina la posición socioeconómica de los diferentes grupos sociales, mientras que los Determinantes Intermedios se refieren a las condiciones materiales en que las personas desarrollan su vida cómo lo es las circunstancias psicosociales, socio-ambientales, factores comportamentales y sistema de salud (Torre Ugarte & Oyola García, 2014).



Para medir el Goce Efectivo del Derecho a la Salud se hace énfasis en aquellos indicadores que se acercan a la medición de los Determinantes Sociales de la Salud.

En cuanto a los Determinantes Estructurales se abordaron desde categorías como educación, ingreso, estrato socioeconómico, ocupación, etnia, género, poblaciones especiales, ciclo de vida y conflicto armado; y para Determinantes Intermedios se abordó desde las condiciones de vida, disponibilidad de alimentos, condiciones de trabajo, factores conductuales y sistema sanitario.

6.3 Metodología específica para efectuar la medición de Goce Efectivo del Derecho a la Salud

Para medir el Goce Efectivo del Derecho a la Salud, en el Marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y los Determinantes Sociales de la Salud, se llevó a cabo una revisión de la literatura previa a la selección y descripción de los indicadores, lo cual permitió consolidar y establecer la batería inicial de indicadores como una estrategia que permite describir el cumplimiento del Goce Efectivo del Derecho a la Salud.

Entre los documentos revisados y que fundamentan los indicadores seleccionados se encuentra la guía conceptual y metodológica para la construcción de Análisis de Situación de Salud en las entidades del Ministerio de Salud y Protección social, esta guía incluye el apartado del Modelo conceptual de determinantes sociales en salud (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2014).

Adicional al presente informe se dispone del Análisis de Situación de Salud (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2020-colombia.pdf>) y el Sistema de Evaluación y Calificación de Actores (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/sea-2022-oficina-calidad-msps.pdf>). Estos documentos tienen indicadores que permiten dar cuenta del Goce Efectivo del Derecho a la Salud.

Para llevar a cabo el Informe del año 2022, se tomaron datos obtenidos de 30 indicadores medidos desde al año 2017 al 2020. La recolección de los datos cuenta con dos o tres años de rezago asociado a la obtención, análisis, validación y calidad del dato por parte de Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación y las diferentes fuentes de información.

La información es obtenida de fuentes secundarias obtenidas de la Base única de Afiliados, Cuenta de Alto Costo, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Estadísticas Vitales, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Registro Individual de Prestación de Servicios, Registro único de Víctimas.



Los indicadores seleccionados tienen una periodicidad anual con una desagregación nacional y departamental de acuerdo con la fuente de información.

Para consolidar el informe se realizó un análisis descriptivo de los resultados de los indicadores seleccionados (Tabla 33) por departamento y año, teniendo como referencia los tres últimos años de datos obtenidos.

En la siguiente tabla se describen los indicadores, cálculo y fuente de información (Tabla 33).

Tabla 33 Indicadores seleccionados para medir el Goce Efectivo del Derecho a la Salud

Indicador	Cálculo			Fuente		
	Numerador		Denominador	Numerador	Denominador	
Contexto Demográfico						
Índice de vejez	Número de personas de 65 y más años	de	Población total	Proyecciones de población Departamento o Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	Proyecciones de población Departamento o Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	
Índice de juventud	Número de personas de 15 a 29 años	de	Población total	Proyecciones de población Departamento o Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	Proyecciones de población Departamento o Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	
Contexto socioeconómico						
Índice de pobreza multidimensional	La fuente define numerador	no	La fuente no define el denominador	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	
Coefficiente de Gini	La fuente define numerador	no	La fuente no define el denominador	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	

**Necesidades Básicas Insatisfechas**

Departmento Administrativo o Nacional de Estadística (DANE)
 Departmento Administrativo o Nacional de Estadística (DANE)
 Departmento Administrativo o Nacional de Estadística (DANE)

Cobertura de afiliación

Cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) Número de personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Población total al Base Única de Afiliados (BDUA) Proyecciones de población Departmento Administrativo o Nacional de Estadística (DANE)

Porcentaje de afiliados que declaran ser desplazados Número de afiliados que declaran ser desplazados de Población total de afiliados Registro Único de Víctimas (RUV) cruzado con Base Única de Afiliados (BDUA) Base Única de Afiliados (BDUA)

Capacidad sanitaria instalada

Razón de camas por 1.000 habitantes Número total de camas de Población total Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) Proyecciones de población Departmento Administrativo o Nacional de Estadística (DANE)

Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes Número total de camas de cuidado intermedio de Población total Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) Proyecciones de población Departmento Administrativo o Nacional de Estadística (DANE)

Razón de camas de cuidado intensivo por Número total de camas de cuidado intensivo de Población total Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) Proyecciones de población Departmento Administrativo o Nacional de Estadística (DANE)



1.000 habitantes				de Salud (REPS)	Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	Número total de ambulancias básicas	Población total	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)	Proyecciones de población Departamento o Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	Número total de ambulancias medicalizadas	Población total	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)	Proyecciones de población Departamento o Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	
Atención en salud					
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	Número de nacidos vivos que recibieron 4 o más controles prenatales	Total de nacidos vivos que tienen diligenciada la variable Número de controles prenatales	Estadísticas Vitales (EEVV)	Proyecciones de población Departamento o Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	
Porcentaje de personas atendidas problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	Número de personas atendidas por problemas relacionados con hechos negativos en la niñez económicas	Población total	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Proyecciones de población Departamento o Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	
Porcentaje de personas atendidas por Trastornos emocionales y del comportamiento	Número de personas atendidas en los servicios de salud por Trastornos emocionales y	Número de personas atendidas por todas las causas	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	



to que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia				
Porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo	Número de personas atendidas por Episodio depresivo	de personas por	Total de personas atendidas por todas las causas	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)
Porcentaje de indígenas, atendidos por trastornos mentales y del comportamiento	Número de indígenas atendidos en los servicios de salud con dx CIE 10: F00-F99	de personas en los servicios de salud con dx CIE 10: F00-F99	Número de personas indígenas atendidas por todas las causas	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)
Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con la educación y la alfabetización	Número de personas atendidas por problemas relacionados con la educación y la alfabetización	de personas por	Población total	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Proyecciones de población Departament o Administrativ o Nacional de Estadística (DANE)
Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con el empleo y el desempleo	Número de personas atendidas por problemas relacionados con el empleo y el desempleo	de personas por	Población total	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Proyecciones de población Departament o Administrativ o Nacional de Estadística (DANE)
Porcentaje de personas atendidas por exposición a factores de riesgo ocupacional	Número de personas atendidas por exposición a factores de riesgo ocupacional	de personas por	Población total	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Proyecciones de población Departament o Administrativ o Nacional de Estadística (DANE)
Porcentaje de personas atendidas por riesgos	Número de personas atendidas por riesgos	de personas por	Población total	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Proyecciones de población Departament o



potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales		Servicios (RIPS)	Administrativo o Nacional de Estadística (DANE)
Proporción de personas con profilaxis y control de placa	Número de personas atendidas en los servicios de salud por procedimientos en salud con profilaxis y control de placa	Población total / Número total de afiliados	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) cruzado con BDUA	Proyecciones de población Departamental o Administrativo o Nacional de Estadística (DANE) EAPB: Base Única de afiliados (BDUA)
Tiempo que transcurre entre la sospecha de cáncer y el diagnóstico	Diferencia en días calendario entre la Fecha de informe histopatológico válido y la Fecha de la nota de remisión del médico o institución general hacia la institución que hizo el diagnóstico	No aplica	Cuenta de Alto Costo (CAC) - Registro Cáncer	No aplica
Proporción de mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de la mama en el último año	Número de mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de mama en el último año	Población total de mujeres entre 40 y 69 años / Número total de mujeres afiliadas entre 40 y 69 años	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Proyecciones de población Departamental o Administrativo o Nacional de Estadística (DANE) EAPB: Base Única de



					afiliados (BDUA)
Proporción de hombres entre 50 años y 75 años con tamizaje para cáncer de próstata	Número de hombres entre 50 años y 75 años con tamizaje para cáncer de próstata	Población total de hombres entre 50 y 75 años	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) cruzado con BDUA		Proyecciones de población Departament o Administrativ o Nacional de Estadística (DANE) EAPB: Base Única de afiliados (BDUA)
Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA	Total de personas infectadas por VIH que cumplen criterios para recibir TAR y lo están recibiendo	Número total de personas infectadas por VIH que cumplen criterios de inicio de tratamient o.	Cuenta de Alto Costo (CAC) - Virus de Inmunodefici encia Humana (VIH)		Cuenta de Alto Costo (CAC) - Virus de Inmunodefici encia Humana (VIH)
Porcentaje de personas NAIVE: (Persona que vive con el Virus de la inmunodeficie ncia humana (VIH)/Síndrom e de Inmunodeficie ncia Adquirida (SIDA) con Terapia Antirretroviral (TAR) inicial de primera línea	Número de personas con Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con tratamiento antirretroviral Terapia Antiretroviral (TAR) inicial de primera línea	Número de personas con VIH/SIDA que actualment e reciben TAR	Cuenta de Alto Costo (CAC) - Virus de Inmunodefici encia Humana (VIH)		Cuenta de Alto Costo (CAC) - Virus de Inmunodefici encia Humana (VIH)

Enfermedades de Interés en Salud Pública



Incidencia de Dengue	Número de casos nuevos de dengue	No Aplica	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	No aplica
Tasa de violencia intrafamiliar-FORENSIS	La fuente define numerador	no el denominador	FORENSIS Datos para la vida - Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses	FORENSIS Datos para la vida - Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses
Tasa de intento de suicidio	Número de personas únicas, atendidas con diagnóstico principal CIE10: X60-X84, que en el diagnóstico de egreso se encuentran vivas	Población total	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	Proyecciones de población Departament o Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Tasa de incidencia intoxicaciones por sustancias psicoactivas	Número de casos nuevos de Intoxicaciones agudas por sustancias psicoactivas en periodo de tiempo	población expuesta al riesgo de enfermar por esa causa en el período	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	Proyecciones de población Departament o Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

El proceso de selección de los Indicadores se hace en el marco de la Ley 1751 de 2015 en conformidad con el artículo 6, el cual incluye los elementos esenciales para el Goce a la Salud como disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad (Tabla 2).

Además, se hace un análisis desde los Determinantes Sociales de la Salud estructurales e intermedios. Los Determinantes Estructurales se abordaron desde categorías como educación, ingreso, estrato socioeconómico, ocupación, etnia, género, ciclo de vida y conflicto armado; y los Determinantes Intermedios se abordaron desde las condiciones de vida, condiciones de trabajo, factores conductuales y sistema sanitario (Tabla 2).

A continuación, se describen los indicadores seleccionados de acuerdo con el elemento esencial y Determinantes Sociales de la Salud (Tabla 2).



Tabla 34 Indicadores del Goce Efectivo del Derecho a la Salud según los Determinantes Sociales de la Salud y Elementos Esenciales de la Ley 1751 de 2015

Indicador	Elementos Esenciales				DSS Intermedios		DDS Estructurales								
	Disponibilidad	Aceptabilidad	Accesibilidad	Calidad	Condiciones de vida	Condiciones de trabajo	Factores conductuales, psicológicos y Sistema Sanitario	Ingresos	Educación	Estrato	Ocupación	Etnia	Género	Ciclo vital	Víctimas Violencia
Contexto Demográfico															
Índice de vejez															x
Índice de juventud															x
Contexto socioeconómico															
Índice de pobreza multidimensional								x	x						
Coefficiente de Gini									x						
Necesidades Básicas Insatisfechas															
Cobertura de afiliación															
Cobertura de afiliación al Sistema	x	x	x	x				x							



General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)							
Porcentaje de afiliados que declaran ser desplazados			x				x
Capacidad sanitaria instalada							
Razón de camas por 1.000 habitantes	x	x	x	x			x
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	x	x	x	x			x
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	x	x	x	x			x
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	x	x	x	x			x
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	x	x	x	x			x
Atención en salud							
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de	x	x	x	x			x



alfabetización									
n									
Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con el empleo y el desempleo	x	x	x	x	x	x		x	
Porcentaje de personas atendidas por exposición a factores de riesgo ocupacional	x	x	x	x				x	
Porcentaje de personas atendidas por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicológicas	x	x	x	x			x	x	x
Proporción de personas con profilaxis y control de placa	x	x	x			x	x		
Tiempo que transcurre entre la sospecha de cáncer y el diagnóstico	x	x	x				x		



Proporción de mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de la mama en el último año	X	X	X	X	X	X	X
--	---	---	---	---	---	---	---

Proporción de hombres entre 50 años y 75 años con tamizaje para cáncer de próstata	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---

Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA	X	X	X	X	X		
--	---	---	---	---	---	--	--

Porcentaje de personas NAIVE: (Persona que vive con el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con Terapia Antirretroviral (TAR) inicial de primera línea	X	X	X	X	X		
--	---	---	---	---	---	--	--

Enfermedades de Interés en Salud Pública							
---	--	--	--	--	--	--	--



Incidencia de Dengue	x		x	x	x		x	x
Tasa de violencia intrafamiliar-FORENSIS	x	x	x	x			x	x
Tasa de intento de suicidio	x	x	x	x			x	x
Tasa de incidencia intoxicaciones por sustancias psicoactivas	x	x	x	x			x	x

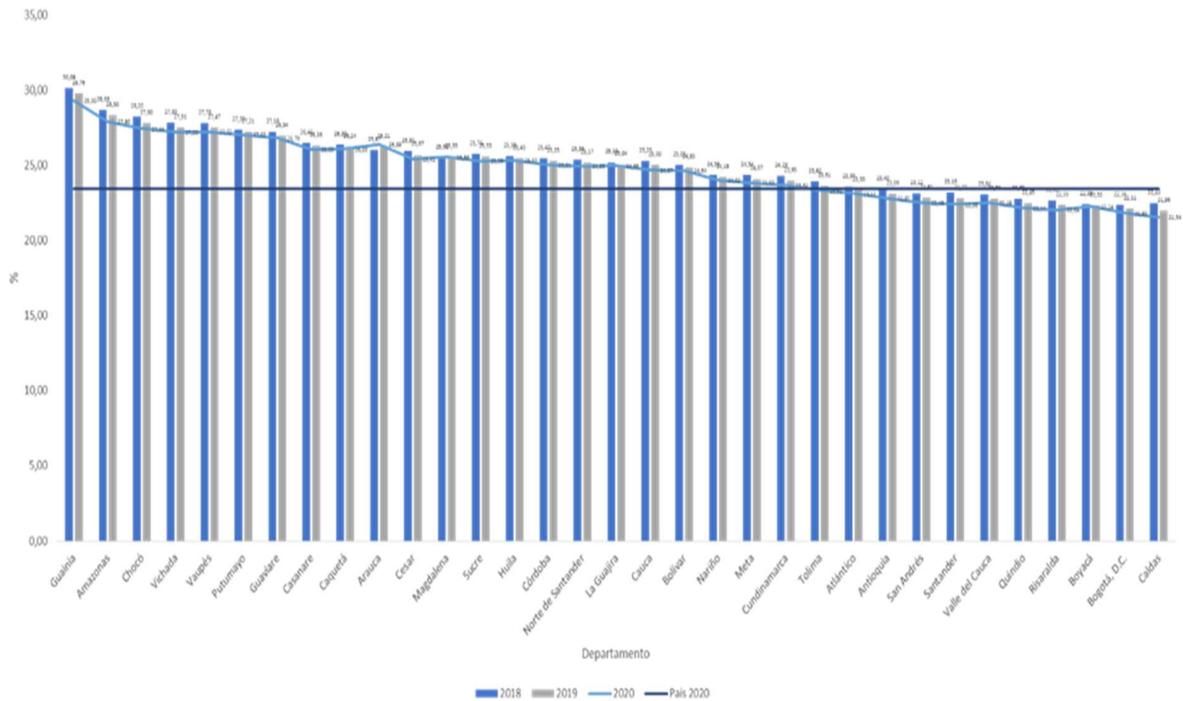
6.4 Contexto Demográfico

Conocer el contexto demográfico de la población permite dirigir los planes, programas y políticas en salud de acuerdo con las necesidades de la población. A continuación, se describe el índice de juventud y de vejez en la población colombiana.

a. Índice de Juventud

El índice de Juventud es el porcentaje de la población que tiene entre 15 y 29 años, este es mayor en departamentos como Guainía, Amazonas y Chocó (Gráfica 20).

Gráfica 20 Índice de Juventud por Departamento, Colombia, 2018-2020

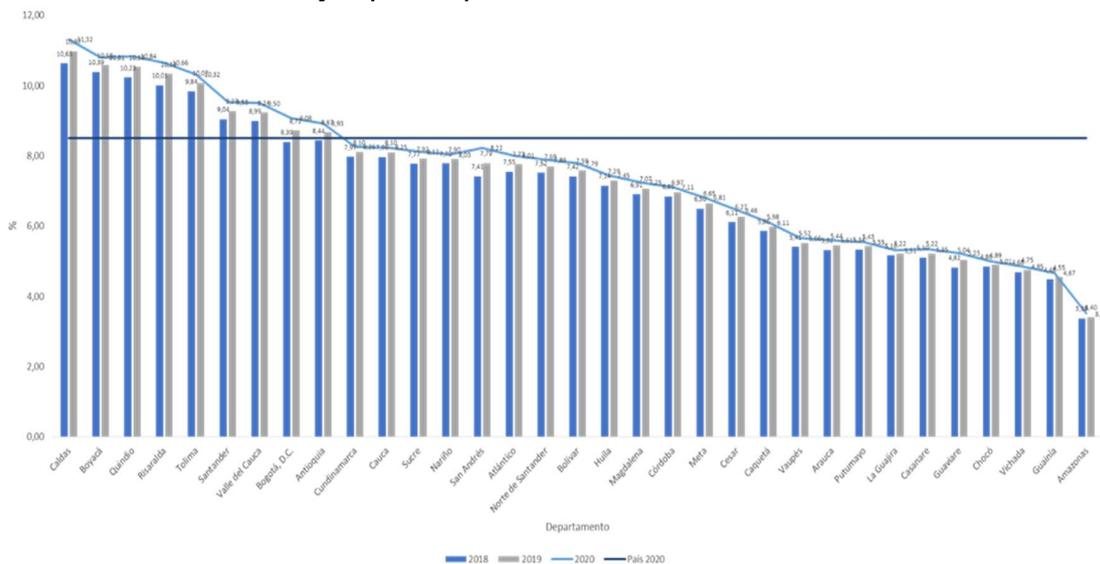


Fuente: Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

b. Índice de Vejez

Por otro lado, los departamentos con mayor porcentaje de personas de 65 años y más son Caldas, Boyacá y Quindío (Ilustración 2).

Gráfica 21 Índice de Vejez por Departamento, Colombia, 2018-2020





Fuente: Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

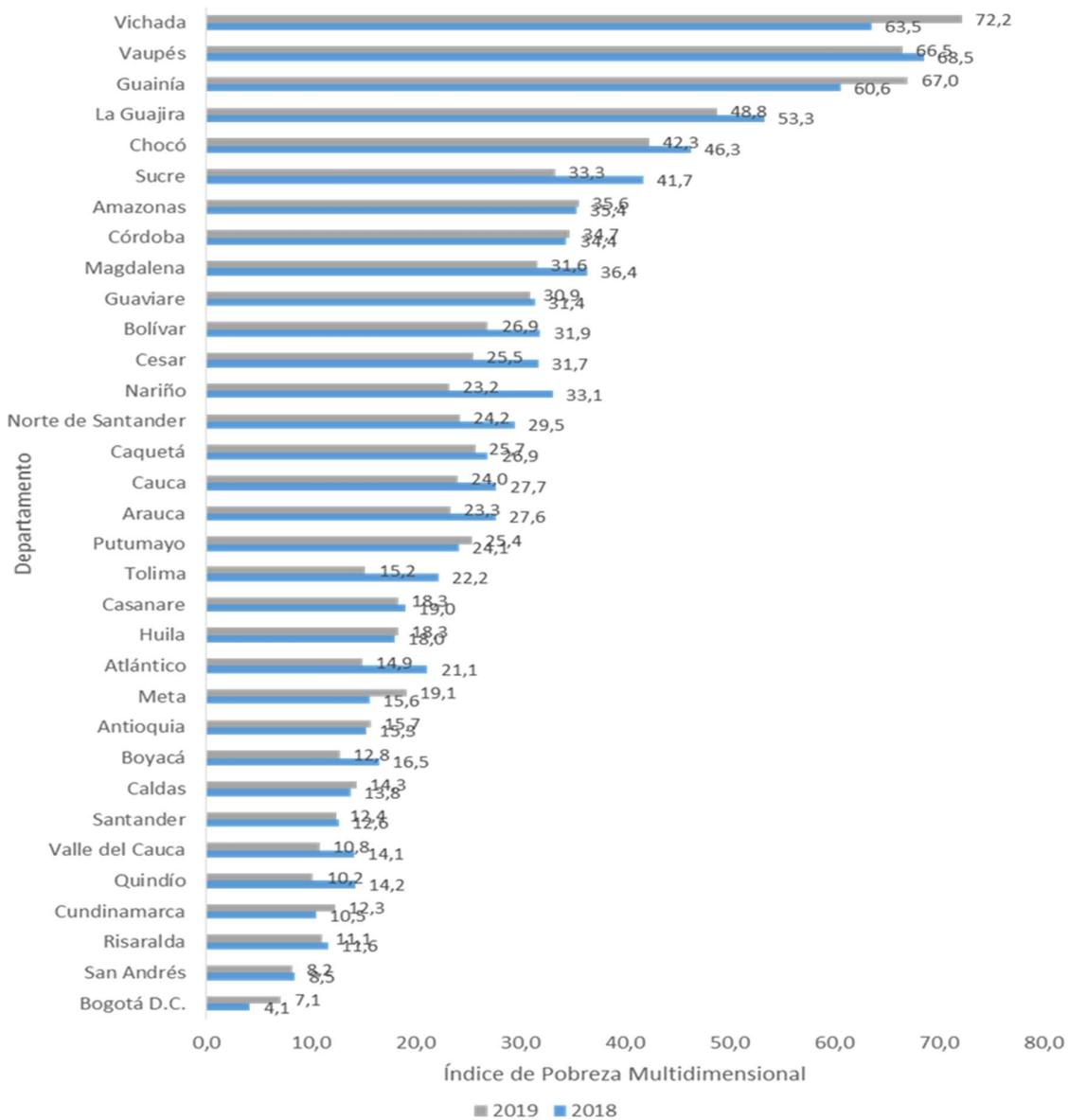
6.5 Contexto Socioeconómico

En esta sección se tomaron indicadores que permiten contextualizar la situación socioeconómica de la población lo cual impacta en los Determinantes Sociales de la Salud estructurales como ingreso, educación, ocupación y estrato socioeconómico, así como impacta indirectamente en los DSS intermedios como sistema sanitario, disponibilidad de alimentos, condiciones de vida y trabajo.

a. Índice de Pobreza Multidimensional

El índice de Pobreza Multidimensional incrementó del año 2018 al año 2019 en Departamentos como Vichada (75,6%/72,2%), La Guajira (51,7%/48,8%) y Chocó (49%/42,3%).

Gráfica 22 Índice de Pobreza Multidimensional por Departamento, Colombia, 2019-2020



Fuente: Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

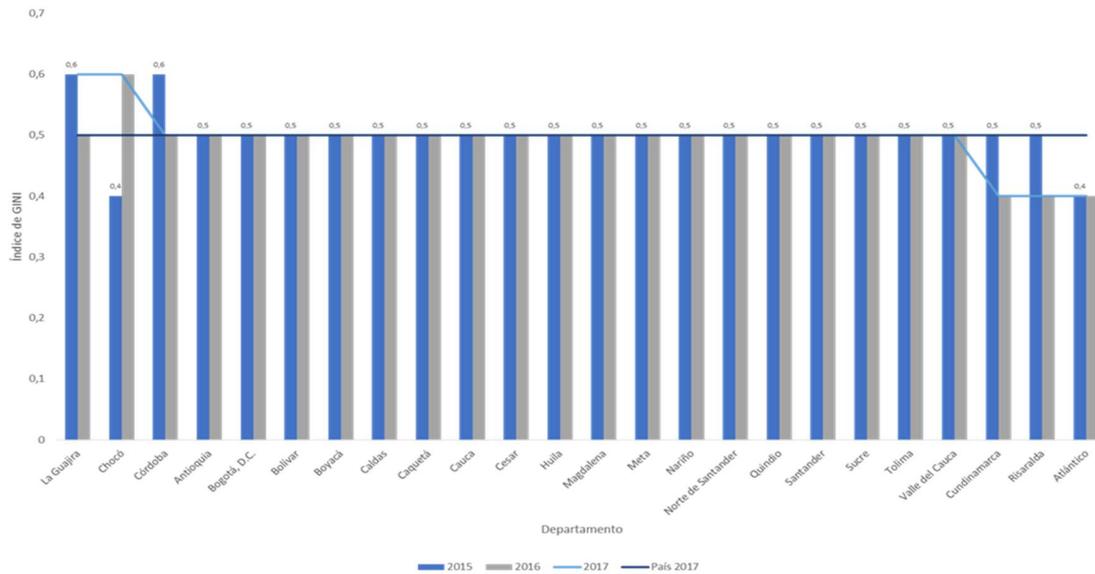
b. Índice de GINI

El índice de GINI permite medir la desigualdad de los ingresos en la población, en donde 0 equivale a una distribución igualitaria de los ingresos y 1 es la mayor desigualdad.

En Colombia para el año 2017 el índice de Gini tuvo una desigualdad del 50%, superado por los departamentos del Chocó (0,6) y la Guajira (0,6).



Gráfica 23 Índice de GINI por Departamento, Colombia, 2015-2017



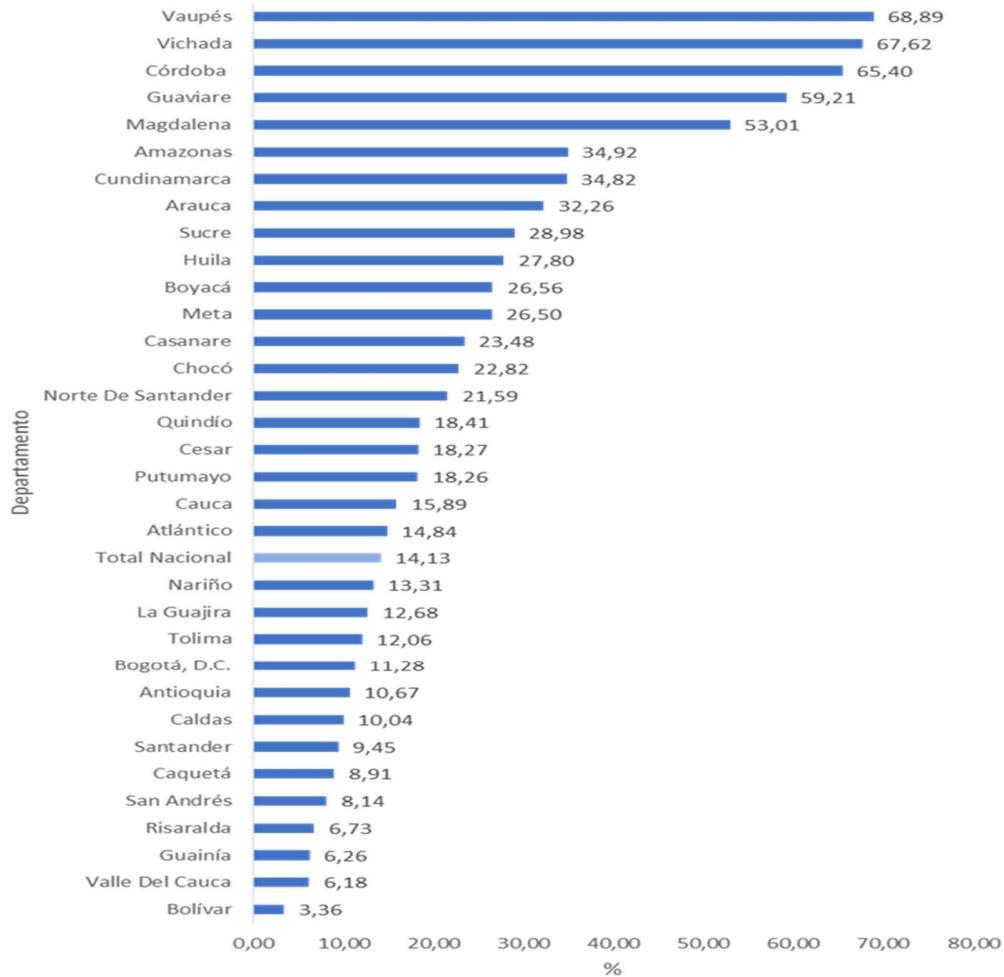
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

c. Necesidades Básicas Insatisfechas

Las Necesidades Básicas Insatisfechas permiten identificar la vulnerabilidad de la población en cuanto a servicios públicos, acceso a educación, dependencia económica de hogares, condiciones de vivienda y hacinamiento.

Se observó que de acuerdo con la distribución por Departamento el porcentaje de necesidades básicas insatisfechas en Colombia con corte al 2019, fue mayor en Vaupés (68,9%), seguido de Vichada (67,6%) y Córdoba (65,4%), superando casi cuatro veces el valor nacional (14,13%) (Gráfica 24).

Gráfica 24 Porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas por Departamento, Colombia, 2019



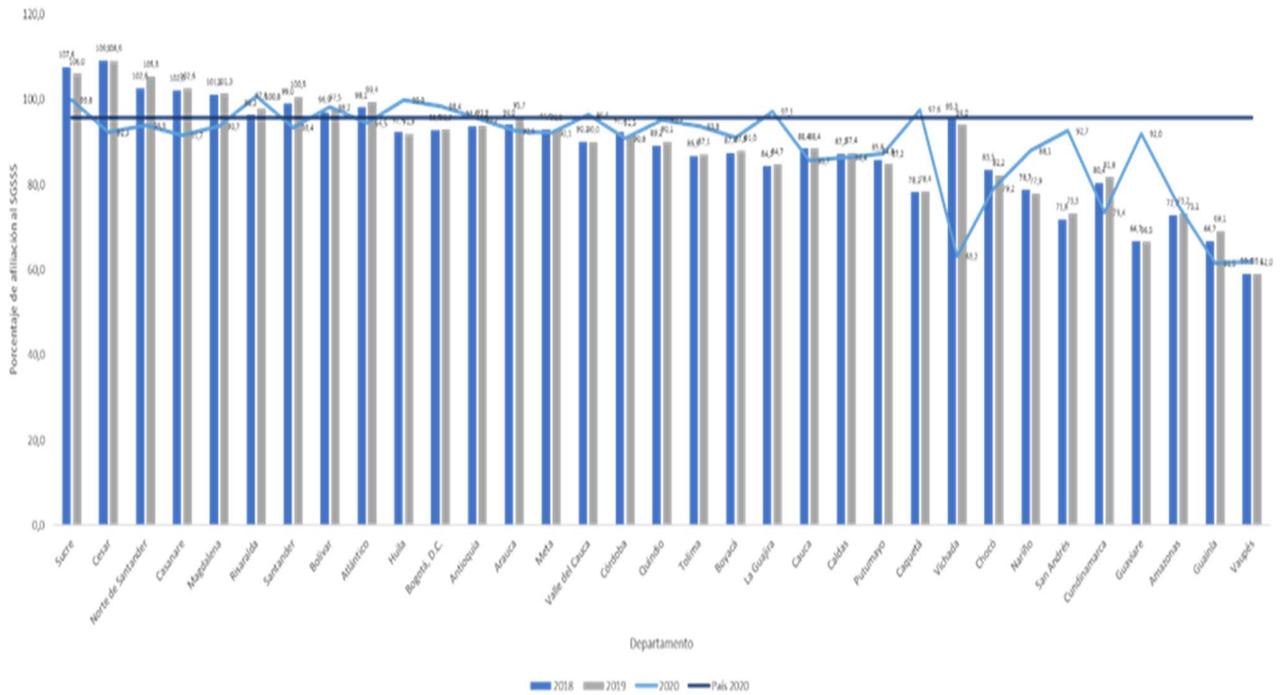
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

En cuanto a la distribución de las necesidades básicas insatisfechas por componentes (vivienda, hacinamiento, dependencia económica, servicios, inasistencia) se observó que el componente vivienda tu mayor porcentaje de necesidad insatisfecha en el Departamento Vichada (56,6%), el componente de servicios fue en Córdoba (57,4%), el componente de hacinamiento en el Magdalena (32,2%) y Vichada (32,2%), componente de inasistencia fue Vichada (9,8%) y componente de dependencia económica fue Magdalena (17,8%) (Gráfica 25).

Gráfica 25 Porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas por Componente por Departamento, Colombia, 2019



Gráfica 26 Cobertura de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por Departamento, Colombia, 2018-2020



Fuente: Base Única de Afiliados (BDUA) y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

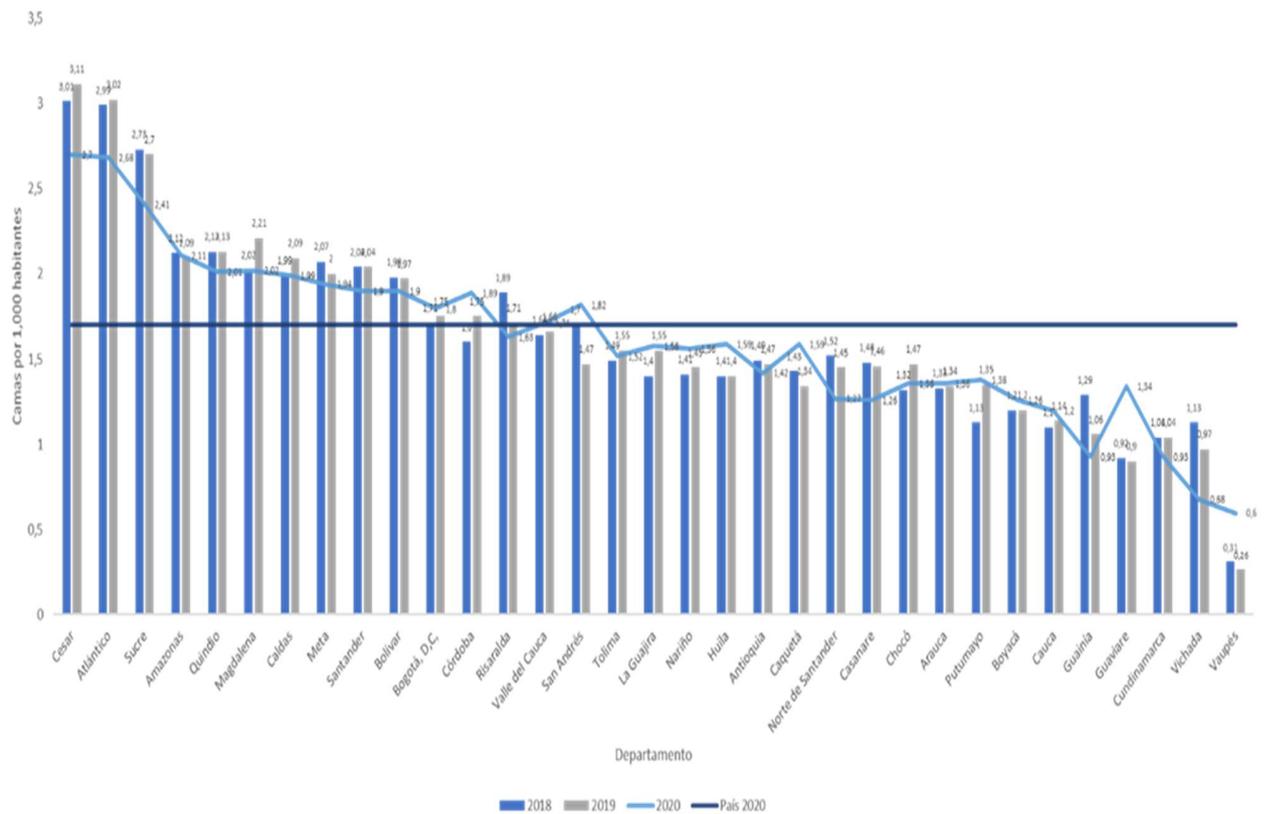
b. Afiliados que declaran ser desplazados

Con corte al 2020 el 2,8% de la población colombiana afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud declaró ser desplazada. En Departamentos como Guaviare (13,2%), Guainía (9,9%) y Caquetá (9,4%) para el año 2020 tuvieron el mayor porcentaje de afiliados desplazados (Gráfica 27).

Gráfica 27 Porcentaje de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que declararon ser desplazados por Departamento, Colombia, 2018-2020



Gráfica 28 Razón de camas por 1.000 habitantes por Departamento, Colombia, 2018-2020

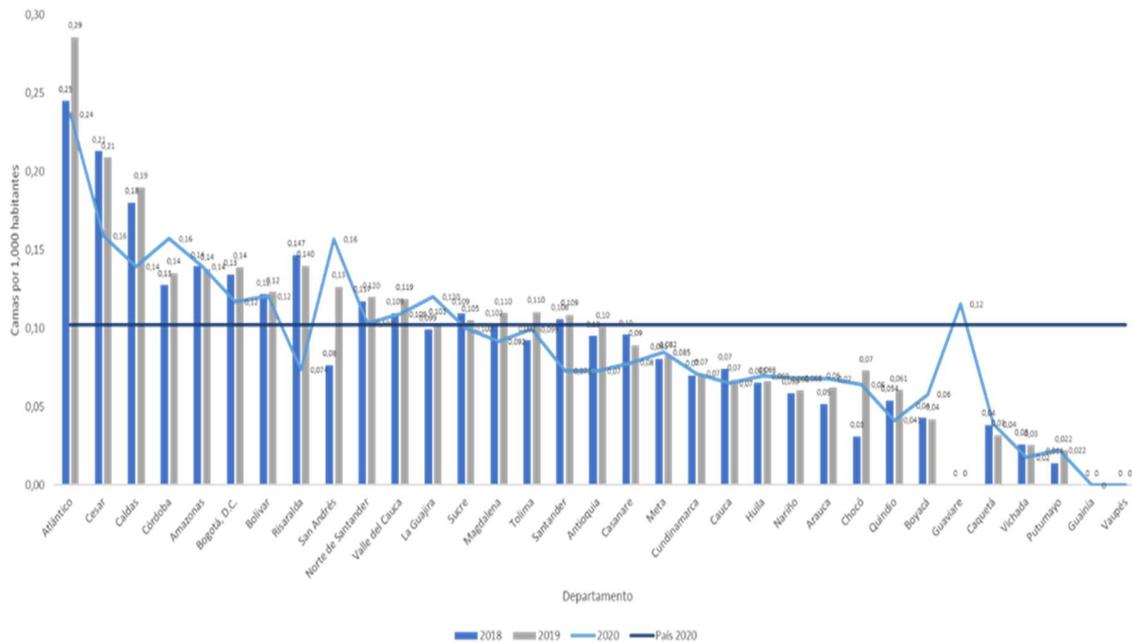


Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

En el año 2020 la razón de camas de cuidado intermedio por cada 1.000 habitantes fue de 0,1, es decir por cada 10.000 habitantes hay una cama de cuidado intermedio. Con respecto al comportamiento según departamento se observó que Atlántico (0,24) tiene el mayor número de camas intermedias, seguido de Cesar (0,16) y Córdoba (0,16) (Gráfica 29).



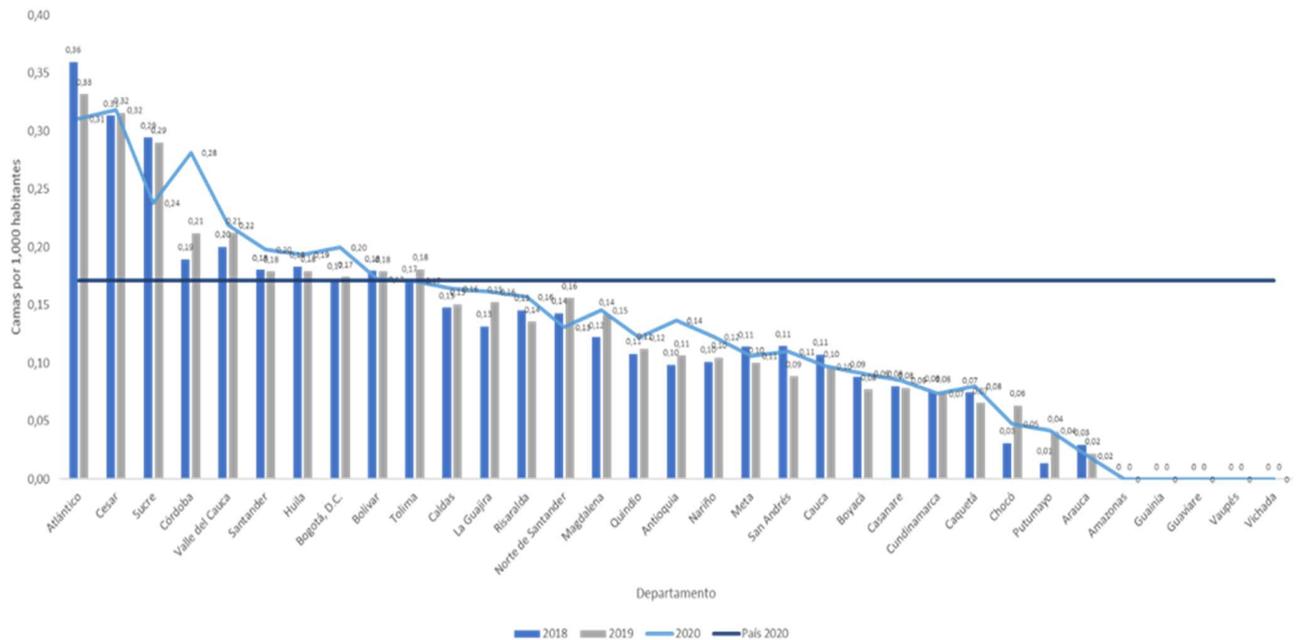
Gráfica 29 Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes por Departamento, Colombia, 2018-2020



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Para Colombia en el año 2020 se encontró que por cada 10.000 habitantes 1,7 Camas en unidad de cuidados intensivos (UCI). Se observó que durante el año 2020 la razón de camas UCI por habitante aumentó con respecto al año 2019. Los departamentos con mayor razón de camas UCI por 1000 habitantes en el año 2020 fueron Cesar (0,32), Atlántico (0,31), y Córdoba (0,28) (Gráfica 30).

Gráfica 30 Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes por Departamento, Colombia, 2018-2020

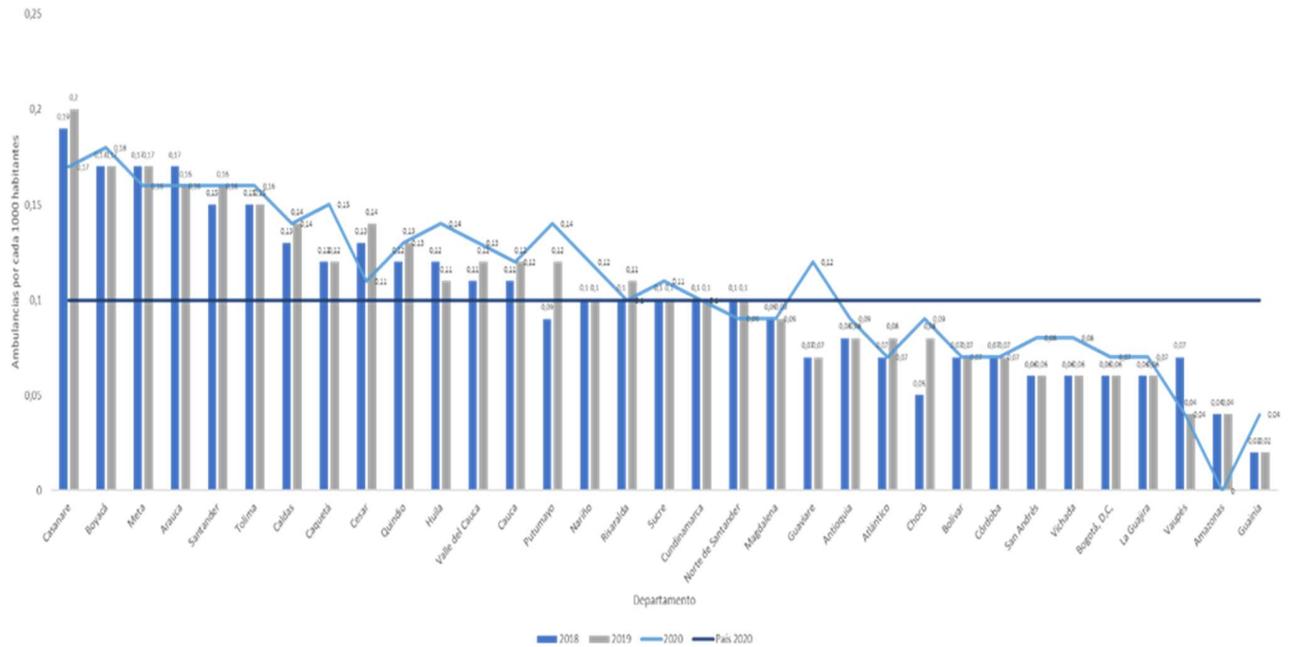


Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

b. Razón de ambulancias

Con corte al 2020 en Colombia se presentó un total de 0,1 ambulancias por cada 1.000 habitantes. En departamentos como Casanare (0,17), Boyacá (0,18) y Meta (0,16) superan el valor nacional por casi el doble (Gráfica 31).

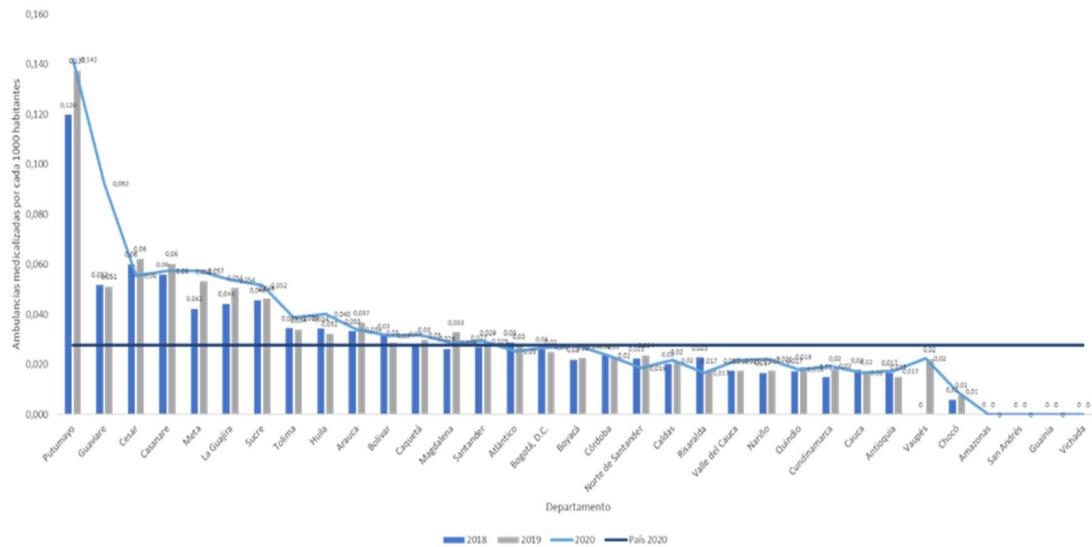
Gráfica 31 Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes por Departamento, Colombia, 2018-2020



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

En comparación con la razón de ambulancias básicas, con corte al 2020 la razón de ambulancias medicalizadas por cada 1.000 habitantes es menor 0,07 puntos porcentuales. Con respecto al comportamiento por departamento se observó que la mayor cantidad de ambulancias medicalizadas se distribuyeron en Putumayo (0,14), Guaviare (0,09), Cesar (0,06) y Meta (0,06), mientras que departamentos como Amazonas (0), San Andrés (0), Guainía (0) y Vichada (0) no refirieron tener ambulancias medicalizadas (Gráfica 32).

Gráfica 32 Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes por Departamento, Colombia, 2018-2020



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

6.8 Atención en Salud

La atención en salud vista desde la prestación de servicios de salud mediante las atenciones médicas y desde las diferentes áreas y especialidades permite que la población en conjunto con diferentes factores disfrute del goce efectivo del derecho a la salud. Esta debe tener presente los elementos esenciales del Goce Efectivo presentados en la Ley 1751 como lo son la accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, y por supuesto interviene en los Determinantes Sociales de la Salud intermedios como el Sistema Sanitario.

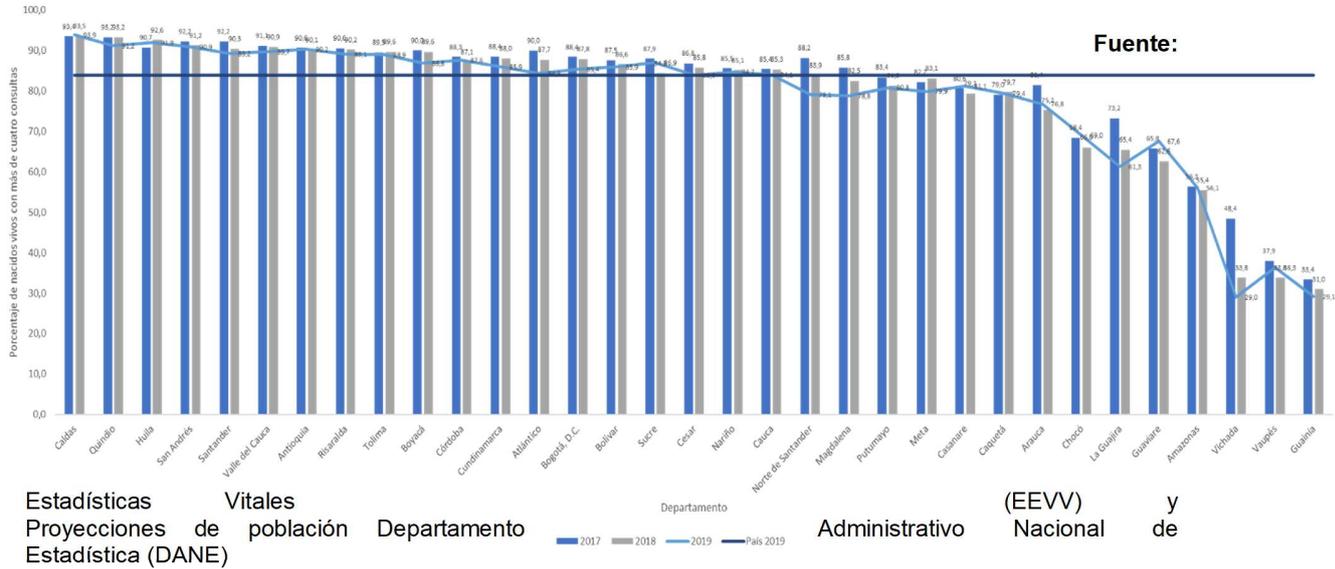
a. Nacidos vivos con cuatro consultas o más de control prenatal

Con corte al 2019 Colombia presentó un promedio de 83,9% de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal. Para el año 2018, 20 departamentos tuvieron una cobertura de atenciones en nacidos vivos entre el 83,9% y el 93,5%, mientras que para el año 2019, 19 departamentos estuvieron entre el rango entre 84,3% y 93,9% (Ilustración 14).

Entre los Departamentos con mayor porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas para ambos años fueron Caldas (93,5%/93,9%), Huila (92,6%/91,9%), Quindío (93,2%/91,2%) y San Andrés (90,9%/89,7%) (Gráfica 33).



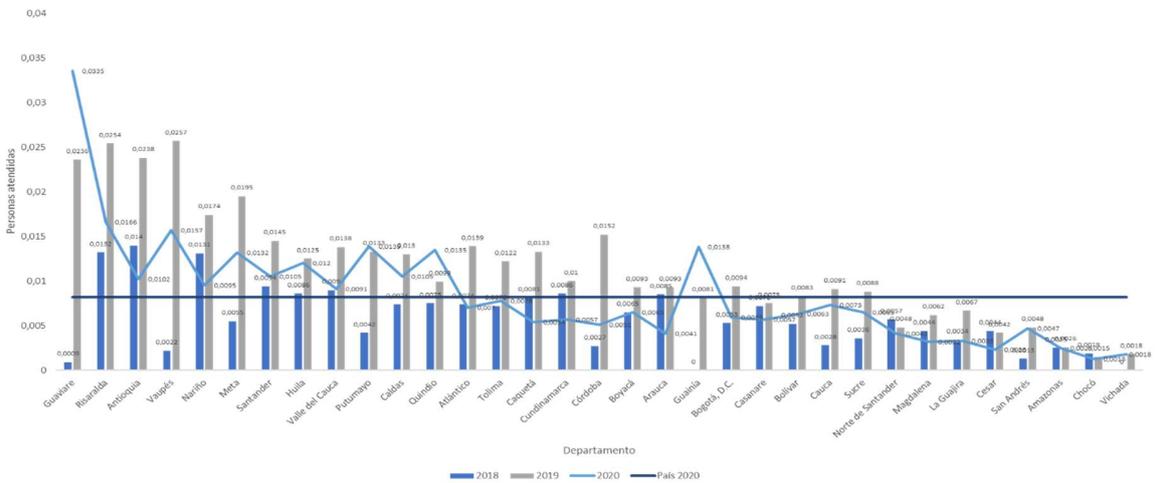
Gráfica 33 Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal por Departamento, Colombia, 2017-2019

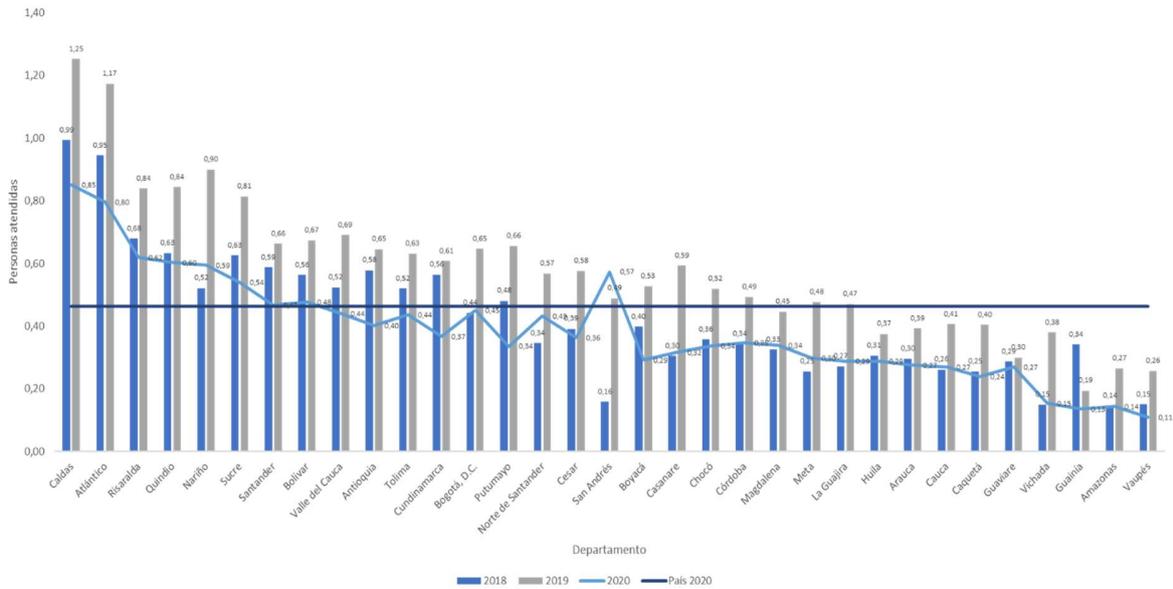


b. Personas atendidas problemas relacionados con hechos negativos en la niñez

EL 0,0082% de las personas en el 2020 fueron atendidas por problemas relacionados con hechos negativos en la niñez, lo que equivale a decir que de 100.000 personas atendidas el 8,2 fueron hechos negativos. Los departamentos con mayor porcentaje fueron Risaralda (0,013%) en el 2018 y Guaviare en el 2019 y 2020 (0,023% / 0,033%) (Gráfica 34).

Gráfica 34 Porcentaje de personas atendidas problemas relacionados con hechos negativos en la niñez por Departamento, Colombia, 2018-2020



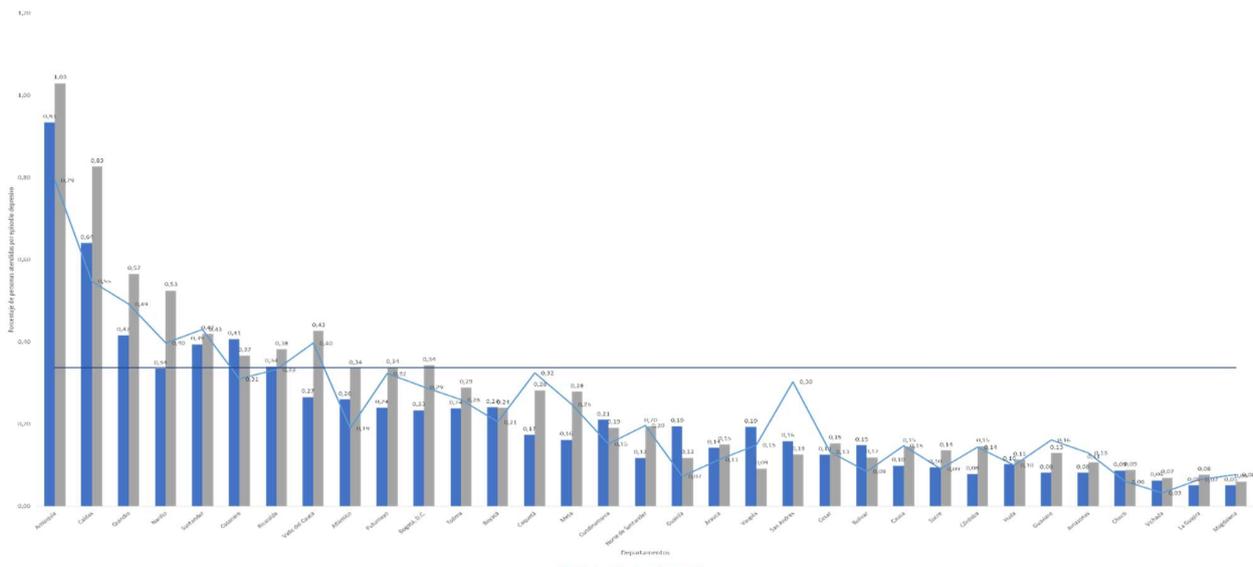


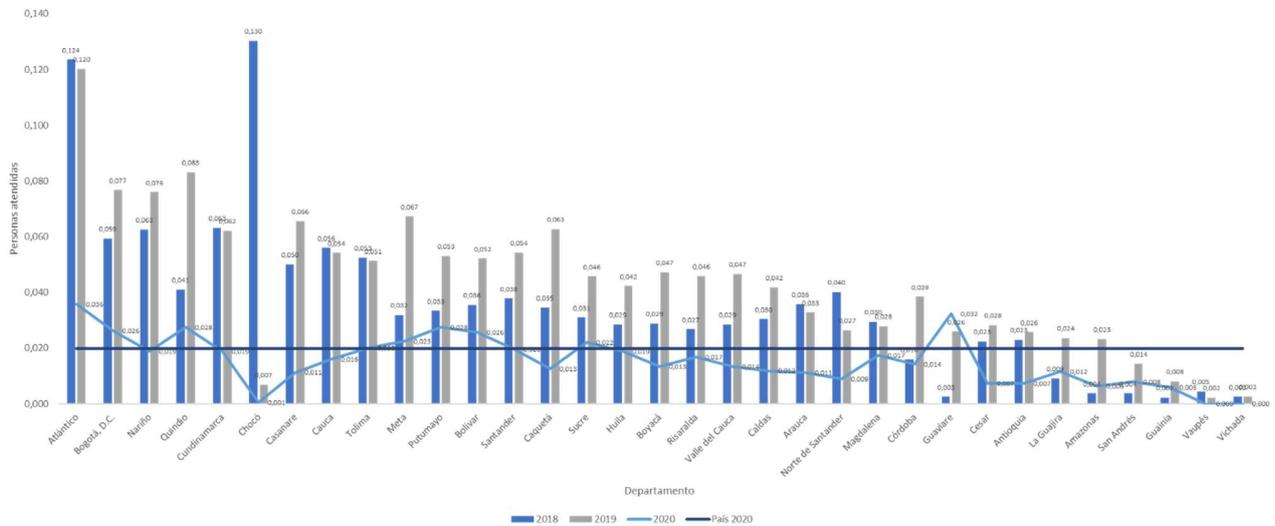
Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)

d. Personas atendidas por episodio depresivo

En cuanto a población general atendida por episodio depresivo fue el 0,3% en Colombia, con corte al 2020. El departamento con mayor porcentaje de atenciones fue Antioquia para el año 2019 y 2020 respectivamente (1%/0,8%)

Gráfica 36 Porcentaje de personas atendidas por episodios depresivos por Departamento, Colombia 2019-2020



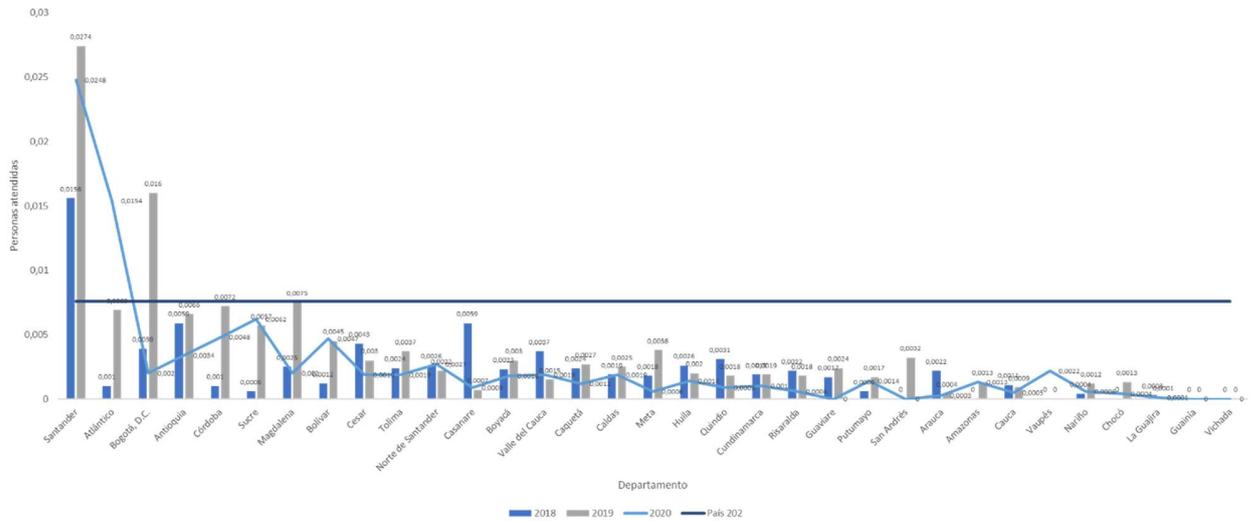


Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

f. Personas atendidas por problemas relacionados con el empleo y el desempleo

En el año 2020, 7,6 personas por cada 1000 habitantes fueron atendidas por problemas relacionados con el empleo y desempleo. El Departamento de Santander (0,024%) presentó el mayor porcentaje de atenciones por esta causa en el 2020 (0,024%), seguido del Atlántico (0,015%) y Bogotá (0,002%).

Gráfica 39 Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con el empleo y el desempleo, por Departamento, Colombia, 2018-2020

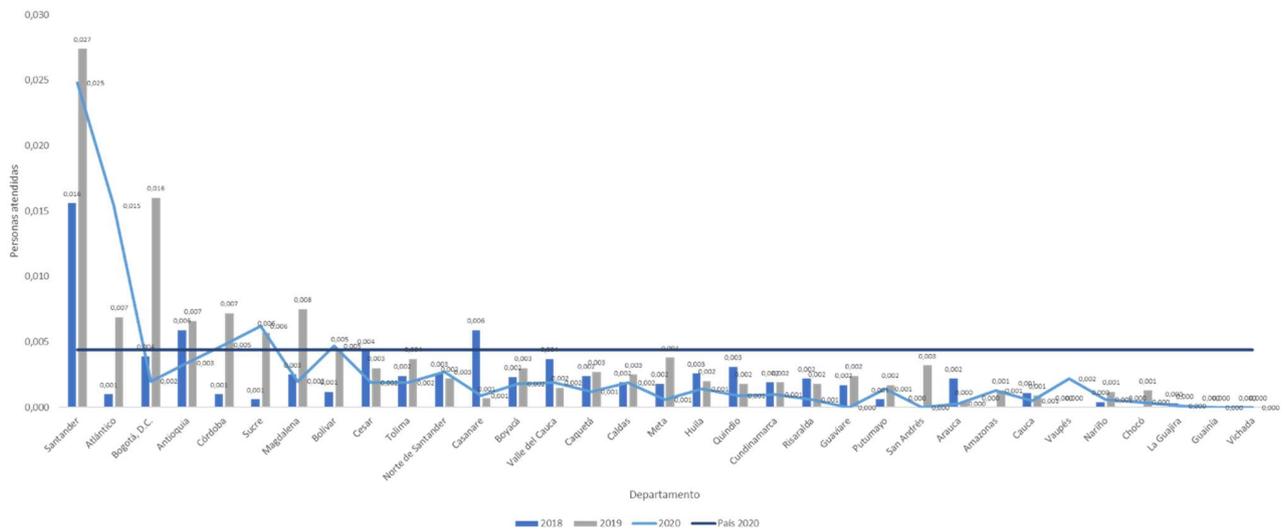


Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

g. Personas atendidas por exposición a factores de riesgo ocupacional

Con corte al 2020 se presentó un total del 0,004% de personas atendidas por exposición a factores de riesgo ocupacional. Desde el año 2018 al 2020 se presentó mayor porcentaje en Santander, Atlántico y Bogotá.

Gráfica 40 Porcentaje de personas atendidas por exposición a factores de riesgo ocupacional, por Departamento, Colombia, 2018-2020



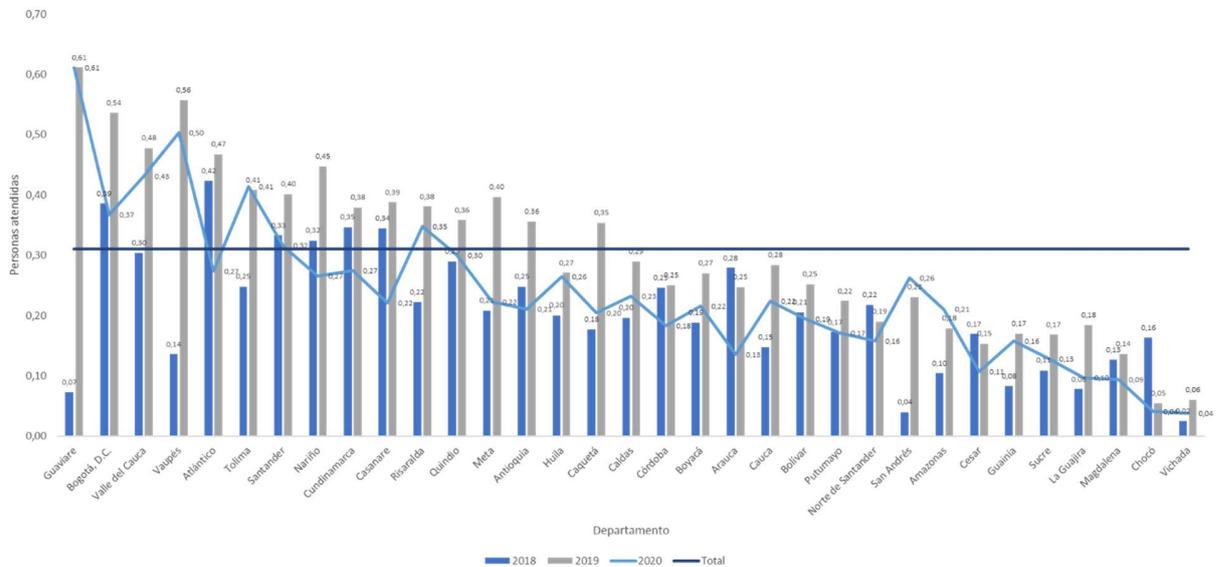
Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)



h. Personas atendidas por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales

El 0,31% de las personas fueron atendidas por riesgos potenciales para la salud relacionados con las circunstancias socioeconómicas y psicosociales para el año 2020. Para el año 2018 el Departamento con mayor peso porcentual fue Atlántico (0,42%), en el año 2019 y 2020 fue Guaviare (0,61%).

Gráfica 41 Porcentaje de personas atendidas por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales por Departamento, Colombia, 2018-2020



Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

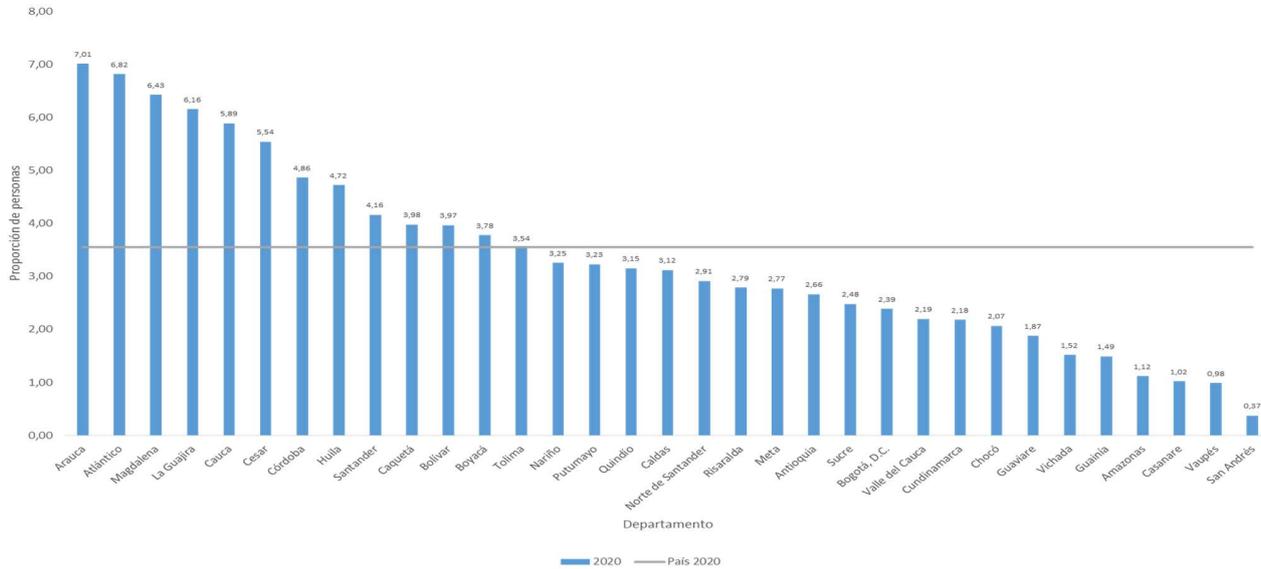
i. Personas con profilaxis y control de placa

En el año 2020 se realizó profilaxis y control de placa bacteriana al 3,6% de la población. Con respecto al comportamiento por Departamento la mayor proporción se presentó en Arauca (7,0), Atlántico (6,8) y Magdalena (6,4) lo contrario a lo observado en Vaupés (0,98%), Casanare (1%) y San Andrés (0,37%) (

Gráfica 42 Proporción de personas con profilaxis y control de placa, por Departamento, Colombia, 2020).



Gráfica 42 Proporción de personas con profilaxis y control de placa, por Departamento, Colombia, 2020

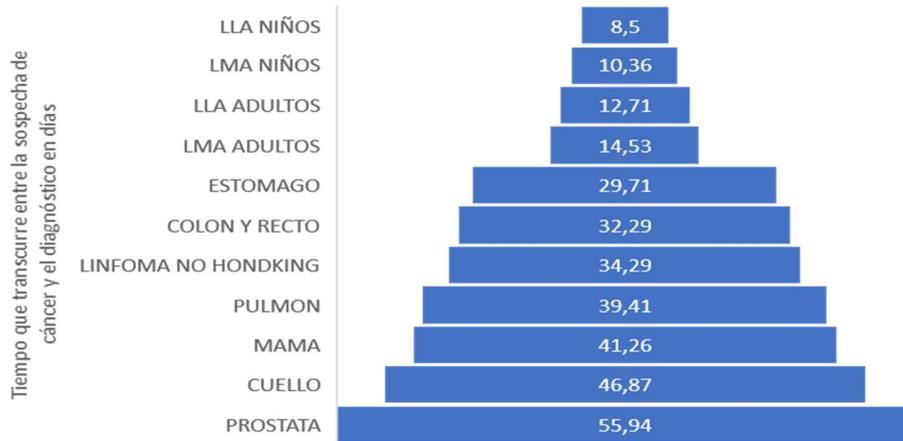


Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) EAPB: Base Única de afiliados (BDUA)

j. Tiempo entre la sospecha de cáncer y el diagnóstico

El tiempo que transcurre entre la sospecha de cáncer y el diagnóstico tiene diferente comportamiento de acuerdo el tipo de cáncer, para el año 2019 se encontró que los cánceres con menor tiempo entre la sospecha y el diagnóstico son Linfoma (LLA) niños 8,5 días, LMA en niños 10.36 días LLA en adultos con 12.71 días , los cánceres con mayor tiempo en establecer un diagnóstico son cáncer de próstata con 55.94 días , cáncer de cuello uterino con 46.87 días , cáncer de mama con 41.26 días

¡Error! La autoreferencia al marcador no es válida. Gráfica 43 Tiempo que transcurre entre la sospecha de cáncer y el diagnóstico, Colombia, 2019

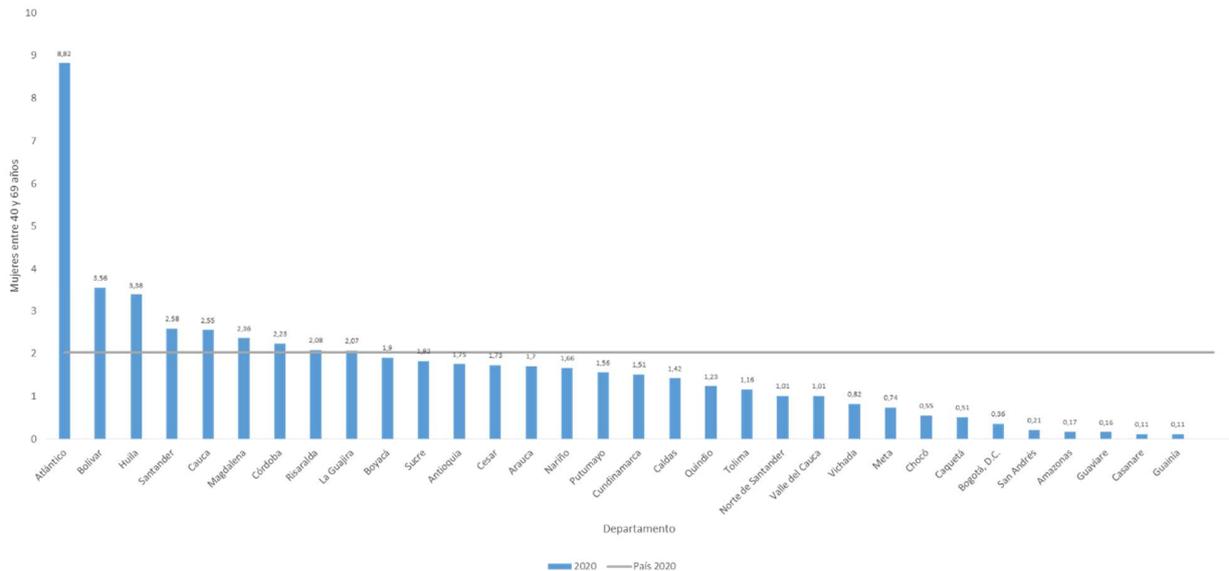


Fuente: Cuenta de Alto Costo

k. Proporción de mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de la mama

Para el 2020 la proporción de mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de mama es del 2,02 a nivel nacional. Los departamentos con mayor proporción de tamizaje de examen clínico de la mama fueron Atlántico (8,82%), Bolívar (3,56%), Huila (3,38%), por otro lado, los departamentos con menor proporción de tamizaje de examen clínico de mama fueron Casanare (0,11%), Guainía (0,11%) y Vaupés (0,0%) (Gráfica 44)

Gráfica 44 Proporción de mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de la mama en el último año por Departamento, Colombia, 2020



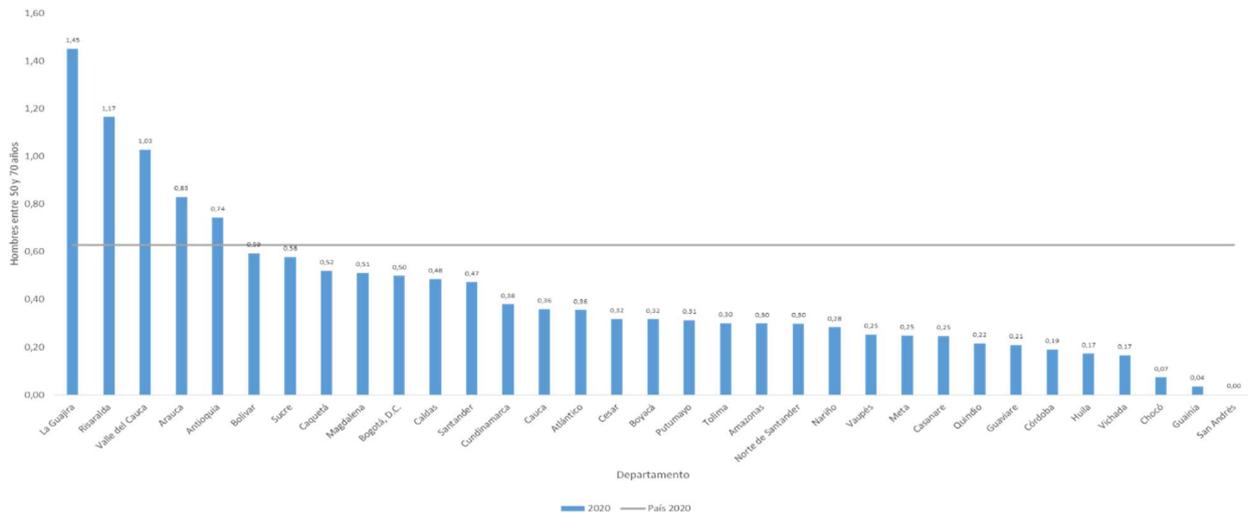


Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) EAPB: Base Única de afiliados (BDUA)

I. Proporción de hombres entre 50 años y 75 años con tamizaje para cáncer de próstata

Con respecto a la tamización de cáncer de próstata en hombres de 50 a 75 años se encuentra que la proporción a nivel nacional es el del 0.6% es decir que de 100 hombres entre 50 a 79 años al 0,6 se le ha realizado tamizaje de cáncer de próstata. Los departamentos con mayor proporción son la Guajira con 1.5%, Risaralda con 1,2% y Valle del Cauca con 1%, mientras que en departamentos como Archipiélago de San Andrés y Guañía la proporción es 0% (*Gráfica 45*)

Gráfica 45 Proporción de hombres entre 50 años y 75 años con tamizaje para cáncer de próstata, por Departamento, Colombia, 2020

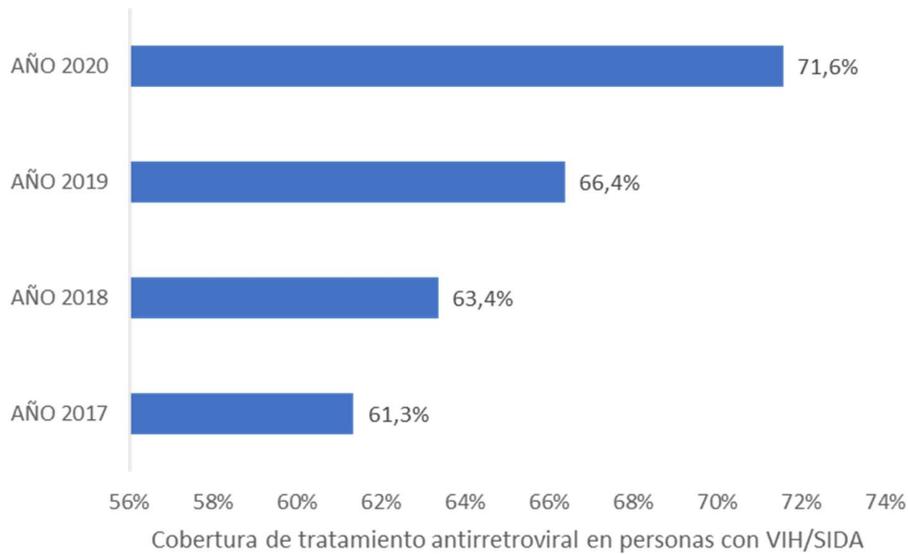


Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) cruzado con BDUA y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) EAPB: Base Única de afiliados (BDUA)

m. Tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA

En el año 2020 la cobertura de tratamiento TAR en personas con VIH/SIDA a nivel nacional se observa que desde el año 2017 la cobertura de tratamiento TAR en personas con VIH/SIDA va en aumento, en el año 2020 fue de 76.6% y con respecto al año inmediatamente anterior (2019) aumento en 5.2 puntos porcentuales (*Gráfica 46*).

Gráfica 46 Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA, por año, Colombia, 2017-2020

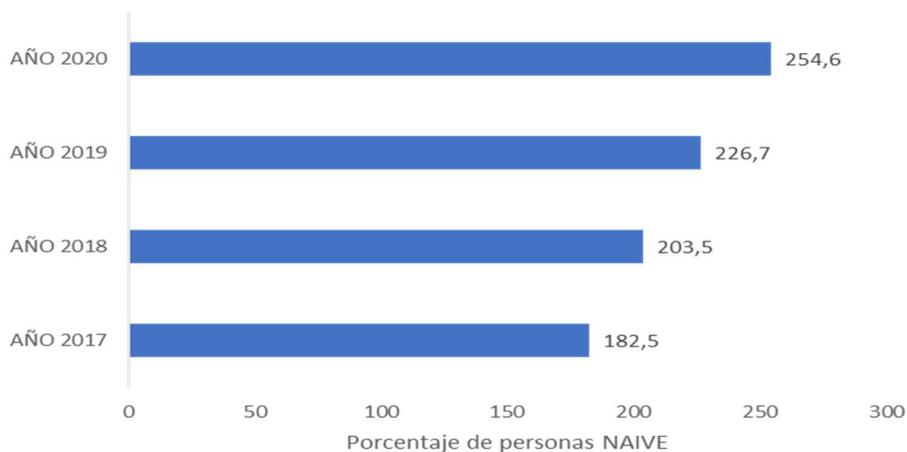


Fuente: Cuenta de Alto Costo

n. Personas NAIVE: (Persona que vive con el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con Terapia Antirretroviral (TAR) inicial de primera línea

De acuerdo con el comportamiento nacional se observó un aumento del comportamiento de personas que viven con VIH con terapia Antirretroviral para cada año, en donde aumentó el porcentaje de personas que viven con VIH, desde el año 2017 al año 2020 ha aumentado en 72,1 puntos porcentuales (*Gráfica 47*).

Gráfica 47 Porcentaje de personas NAIVE: (Persona que vive con el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con Terapia Antirretroviral (TAR) inicial de primera línea, por año, Colombia, 2017-2020





Fuente: Cuenta de Alto Costo

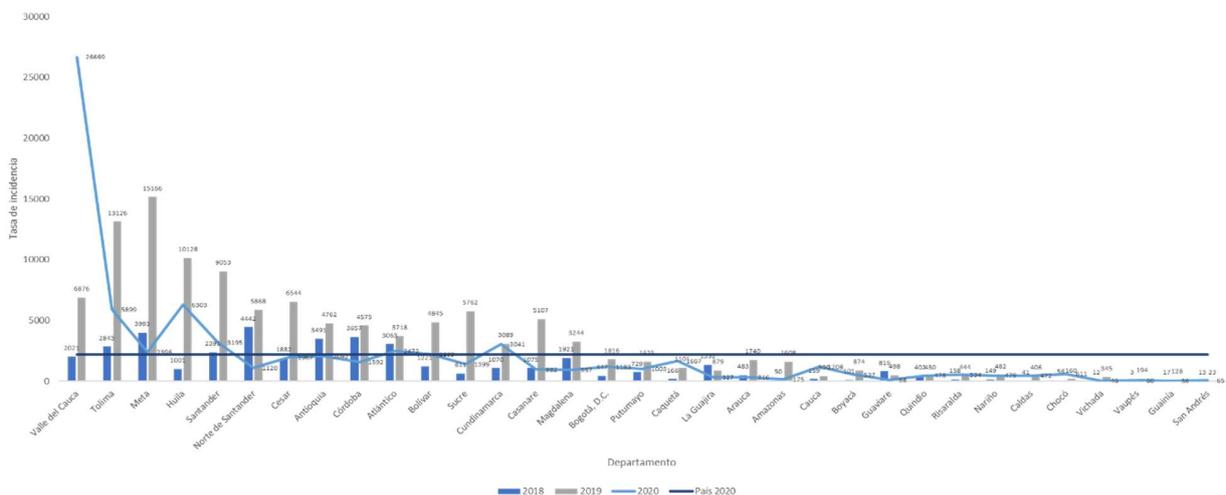
6.9 Enfermedades de Interés en Salud Pública

En cuanto a enfermedades de interés en salud pública, se requieren intervenciones intersectoriales para disminuir la incidencia, prevalencia o tasa de la enfermedad en la población. Entre las acciones implementadas debe estar el fortalecimiento del sistema sanitario, educación, promoción de salud en la población y el trabajo intersectorial que aborde factores como el contexto socioeconómico, educativo, cultural y condiciones de vida.

a. Incidencia Dengue

En cuanto a la incidencia de Dengue para el año 2020 se presentó un promedio de 2168 casos. Según el comportamiento por Departamento se observó un aumento importante en la cantidad de casos notificados del 2019 al 2020 en el Valle del Cauca (6876/26669), lo contrario a lo observado en el resto de los departamentos donde hubo un descenso de los casos a casi la mitad del año inmediatamente anterior.

Gráfica 48 Incidencia de Dengue por Departamentos, Colombia, 2018-2020



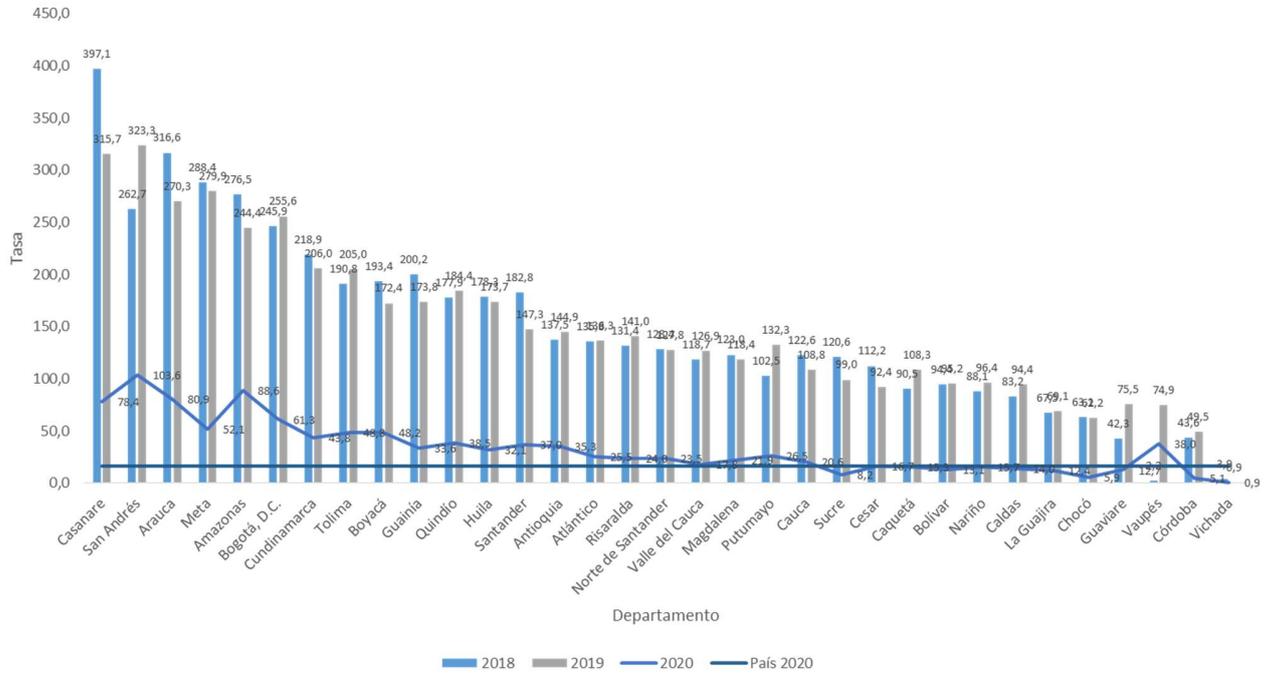
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

b. Violencia intrafamiliar

En Colombia para el año 2020 se presentó una tasa de violencia intrafamiliar de 16,6 (16,6 casos por 100.000 habitantes). El departamento con mayor tasa para el 2018 t 2019 fue Casanare (397,1/315,7), para el 2020 fue San Andrés (103,6).



Gráfica 49 Tasa de Violencia Intrafamiliar por Departamento, Colombia, 2018-2020

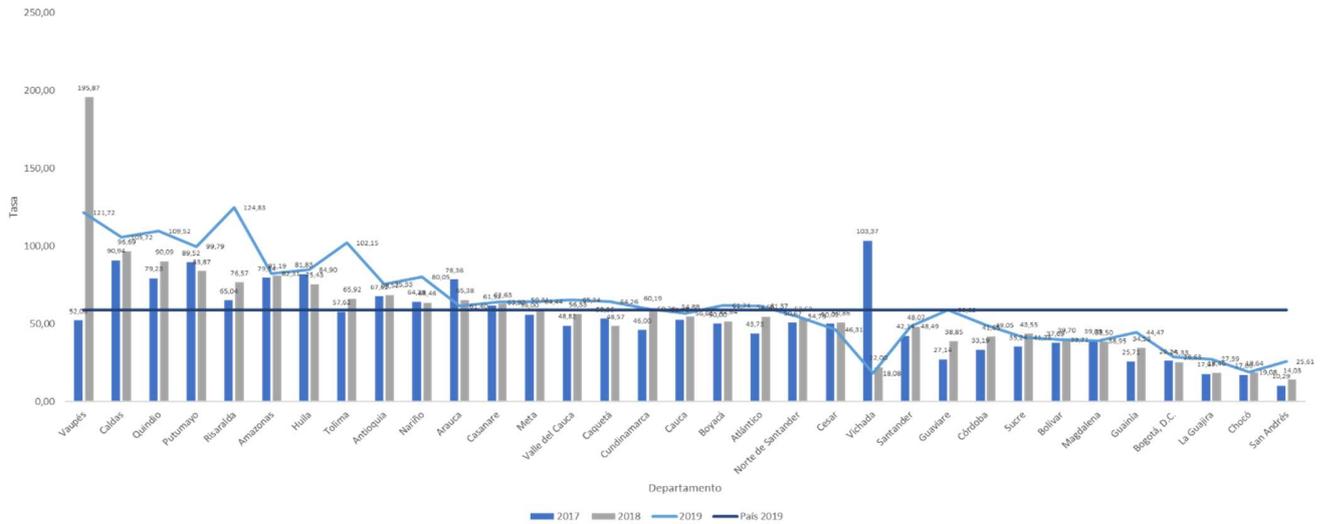


Fuente: FORENSIS Datos para la vida – Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

c. Intento de Suicidio

En Colombia hubo un promedio de 58,8 intentos de suicidio por cada 100.000 habitantes, con corte al 2019, casi seis puntos porcentuales superior al 2018. En cuanto al comportamiento nacional se observó en Vaupés (121,7) y Caldas (105,7) un valor superior casi por el doble al comportamiento nacional (*Gráfica 50*)

Gráfica 50 Tasa de intento de Suicidio por Departamento, Colombia, 2017-2019

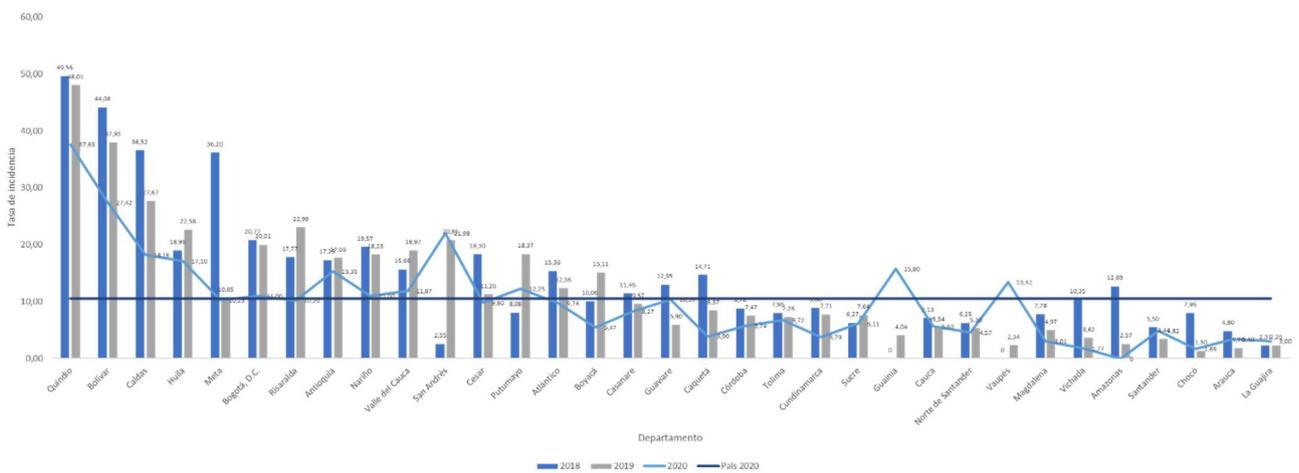


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

d. Incidencia de intoxicaciones por sustancias psicoactivas

Para el año 2020 se presentó un promedio de 10,6 casos de intoxicaciones por sustancias psicoactivas por cada 100.000 habitantes. Quindío, Bolívar y Caldas presentaron la mayor tasa de intoxicaciones desde el 2018 al 2020.

Gráfica 51 Tasa de incidencia de intoxicaciones por sustancias psicoactivas por Departamento, Colombia, 2018-2020



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)



CONCLUSIONES FRENTE AL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD

Con el fin de dar respuesta a la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760/08 se seleccionó una batería inicial de indicadores que se categorizaron en contexto demográfico, contexto socioeconómico, cobertura de afiliación, capacidad sanitaria instalada, atención en salud y enfermedades de interés en salud pública.

En cuanto al comportamiento demográfico se observó que el departamento con mayor porcentaje de población entre 15 y 29 años fue Guainía, mientras que el departamento con mayor porcentaje de personas mayores de 65 años fue Caldas. Este comportamiento permite dirigir las políticas, planes y programas en salud con base en las necesidades del ciclo de vida de la población.

Por otro lado, el contexto socioeconómico impacta la salud de las personas entendida como el completo bienestar físico, psicológico y social. En Colombia para el año 2019 departamentos como Vichada (75,6%) tuvieron un índice de pobreza multidimensional mayor al nacional.

En cuanto a la medición de la desigualdad, Colombia presentó para el año 2017 una desigualdad del 50% y departamentos como el Chocó y la Guajira tuvieron valores superiores al nacional.

Las necesidades básicas insatisfechas incrementaron en departamentos como Vaupés y Vichada, superando el valor nacional casi cuatro veces (14,3%).

Un componente importante para el goce efectivo del derecho a la salud es encontrarse afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, si bien el aseguramiento per se no garantiza el acceso a los servicios, pero es la puerta de entrada al sistema de salud y a la atención. Con corte al 2020 el país tuvo una cobertura promedio de afiliación del 95,6%.

Una de las mayores necesidades expresadas por los usuarios de los sistemas de salud es la humanización de los servicios de salud, en tal sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social ha realizado una propuesta de Política Nacional de Humanización en Salud, en la cual se ha tenido en cuenta la diversidad, las diferencias, las semejanzas, las necesidades y particularidades de las personas en los diferentes territorios, generando cambios en la gestión centrada en el ser humano al reconocer en cada persona su integralidad y su característica esencial en la interacción permanente con su propio ser, con otros individuos de su especie, con la naturaleza, con otras especies.

Generar una cultura de Humanización del Sector Salud que reconozca la integralidad del ser humano y centre los esfuerzos en las necesidades de las personas a nivel individual y comunitario, promoviendo el valor humano, el compromiso ético, el mejoramiento de la calidad y las relaciones de confianza entre los agentes del sector, las entidades intersectoriales relacionadas y la comunidad,



que contribuya el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, la protección de la vida en general y el respeto a la dignidad humana.

En cuanto a la salud mental, medida en este informe mediante los indicadores de Porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo y Porcentaje de indígenas, atendidos por trastornos mentales y del comportamiento, el Ministerio de Salud y Protección Social, buscando promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.

De la misma forma, el Ministerio de Salud y Protección Social, buscando reducir la Tasa de Intentos de Suicidio, ha lanzado la Estrategia Nacional de Prevención de la Conducta Suicida en Colombia; la cual busca reducir la conducta suicida en Colombia con estrategias locales y en contexto, diferenciadas por curso de vida y entornos de desarrollo.

De igual manera, y buscando reducir la Tasa de incidencia intoxicaciones por sustancias psicoactivas, el Ministerio de Salud y Protección Social, Por medio de la Resolución 089 de 2019, adoptó la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, contenida en el Anexo Técnico que hace parte integral de dicha resolución; en ella se busca garantizar la atención integral de las personas familias y comunidades con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, mediante respuestas programáticas, continuas y efectivas, en su reconocimiento como sujetos de derechos.

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante resolución 1536 de 2015, “Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud, se dan lineamientos para la caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)”. Con esta resolución se busca realizar la priorización en salud pública. La priorización en salud pública se define como un orden jerárquico de importancia de las situaciones y circunstancias que afectan la salud en el territorio, frente a otras que compiten con él, por tanto, ameritan mayores esfuerzos para ser intervenidas desde la competencia del sector salud, los otros sectores y actores involucrados.

Mediante resolución 429 de 2016 el MSPS adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). La cual se aplica a la población residente en el territorio y su implementación es responsabilidad de las Entidades Territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta; entidades del sector salud y de otros sectores, responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna.



7. MEDIDAS PARA LA RESOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS

En el presente capítulo se desarrollarán las acciones o medidas adoptadas por este Ministerio para la resolución de los problemas jurídicos y sus causas, en pro de la reducción de las acciones de tutela.

7.1 Problema Jurídico No. 1 **¿Desconoce el derecho a la salud una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios ordenados por el médico tratante, cuando no autoriza a una persona un servicio que requiere y no puede costearlo por sí misma, por el hecho de que no se encuentra incluido en el Plan de Beneficios en Salud -PBS?**

Solución adoptada:

A este problema jurídico se le adscribieron diferentes causas, no obstante, de la información recaudada de los expedientes de tutela se encuentra que las que más impactaron fueron en su orden la relacionada con la solicitud de servicios complementarios, le siguen las atinentes a aquellos servicios cuyo uso prescrito por el médico tratante no se ordenó a través de MIPRES. Por último, los servicios cuyo uso prescrito por el médico tratante no está autorizado por el registro sanitario.

Al respecto, es importante empezar por señalar que en los términos del literal i) del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, el Estado debe disponer los recursos necesarios para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho a la salud, atendiendo las normas constitucionales sobre sostenibilidad fiscal, en el marco de lo cual, se viene garantizando la totalidad de servicios y tecnologías autorizados en el país por la autoridad competente, para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y paliación de cualquier contingencia de salud, según la prescripción del profesional tratante.

En tal sentido, frente al reconocimiento de viáticos y gastos de alojamiento, no debe perderse de vista, que la misma Ley 1751 de 2015 en su artículo 9 señaló que todos aquellos servicios relacionados con determinantes sociales de la salud deben sufragarse con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de tecnologías en salud.

Acorde con lo anterior, los viáticos por no corresponder al concepto de servicios y tecnologías en salud, en manera alguna pueden sufragarse con recursos del sector salud, lo cual, ha motivado la presentación de acciones de tutela, en busca de su reconocimiento, sin embargo, se enfatiza, por disposición legal, este tipo de servicios no pueden cubrirse con recurso de la salud.

Sin embargo, no puede desconocerse que, con respecto a los viáticos relacionados con transporte del paciente ambulatorio, en el marco del SGSSS, se tienen unos criterios técnicos para su financiación.



Es así como particularmente, para la vigencia 2022, la Resolución 2292 de 2021 “Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” en su artículo 108, establece lo siguiente:

“Artículo 108. Transporte del paciente ambulatorio. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada con recursos de la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, **será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.**

Parágrafo. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto al de su residencia, para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, o cuando existiendo estos en su municipio de residencia, la EPS o la entidad que haga sus veces, no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces, recibe o no una UPC diferencial.” (Negrillas ajenas al texto original).

En ese orden se tiene que cuando las características a nivel territorial lo ameritan, como es el caso de la dispersión geográfica, el transporte del paciente ambulatorio se financia con cargo a los recursos de la UPC, sin embargo, ello no puede entenderse como una regla general, lo que ha llevado a que se busque el reconocimiento de este servicio vía acción de tutela.

Medicamentos con Usos No Incluidos en Registro Sanitario – UNIRS

Para dar solución a la problemática que se presenta cuando el médico tratante prescribe medicamentos cuyo uso no está incluido en el registro sanitario, este Ministerio tiene establecida una regulación y un procedimiento específico, en pro de satisfacer las necesidades en formulación y uso de los medicamentos respecto de los que se presenta tal situación.

Es así como mediante la Resolución 1885 de 2018, se estableció el mecanismo de nominación, evaluación y aprobación de los UNIRS, con el objetivo de solucionar la problemática que frente a los mismos pueda llegar a presentarse.

En el procedimiento establecido por este Ministerio, se estipuló que el medicamento que tenga un uso no incluido en el registro sanitario, con evidencia de eficacia y seguridad y que sea necesario para salvaguardar la vida, podrá ser nominado como UNIRS, para su evaluación y posterior aprobación por parte de la correspondiente agencia sanitaria.

Bajo el marco anterior, como medida correctiva permanente se viene ampliando el listado de medicamentos UNIRS, tomando para ello, entre otras fuentes, las acciones de tutela donde se reclaman este tipo de servicios.



7.2 Problema jurídico No. 3 relacionado con la no garantía de los servicios de salud que requiere el usuario, y la ordenación de los mismos por parte de médicos especialistas no adscritos a la red de prestadores de servicios de salud de la EPS

Solución Adoptada:

Frente al particular es del caso señalar que al amparo del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, las EPS en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud, lo cual, según lo allí prescrito, incluye la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo y la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Bajo este orden, las precitadas entidades deben integrar una red de prestadores de servicios de salud, como instrumento para ofrecer a sus afiliados el acceso a los servicios que estos requieran, en cuyo marco, como acciones, se destacan:

Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

Su regulación inicial está contenida en la Resolución 1441 de 2016.

Ahora bien, durante el año 2021 se continuó con la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS, buscando que la atención en salud que deben garantizar las EPS a sus afiliados, se haga con accesibilidad y calidad, bajo atributos de integralidad, continuidad y resolutivez. Para ello, se prestó asistencia técnica conforme a la demanda de las entidades departamentales y distritales de salud, y de las EPS.

Para dicha anualidad se contaba a nivel nacional con un total de 235 redes de EPS habilitadas en departamentos y distritos, correspondiente al 88.3% de las redes presentadas, descontando aquellas que presentaron revocatoria total o parcial de operación. Estas habilitaciones se realizaron desde el año 2017 en cinco procesos de los cuales, uno correspondió a las entidades departamentales y distritales y los otros cuatro a la Superintendencia Nacional de Salud, así: 24 redes habilitadas por departamentos y distritos en el año 2019 y 211 redes habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Telesalud

En el año 2021 se continuó con las acciones de apoyo y asistencia técnica para la implementación de la Resolución 2654 de 2019, que establece disposiciones para la tele salud y para la práctica de la telemedicina en el país, así como de lo contemplado en la Resolución 3100 de 2019, respecto de los estándares y criterios para la modalidad de la telemedicina, con el propósito de mejorar el acceso,



integralidad, continuidad y calidad en la atención mediante su uso, especialmente, en territorios con limitaciones de la oferta de servicios, zonas rurales y dispersas.

En el transcurso de la vigencia anterior, al igual que en el año 2020, durante la pandemia por la Covid-19 se promovió la implementación de la tele salud y la telemedicina para la atención a distancia con Tecnologías de la Información y la Comunicación - TIC, de las personas en aislamiento en sus domicilios, de los grupos poblacionales con mayor riesgo de complicaciones por la infección (Decreto Legislativo 538 de 2020, Resoluciones 521 y 536 de 2020) y de la población en general, garantizando el acceso a los servicios de salud.

A diciembre 31 de 2021, de acuerdo con lo reportado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, el 4,2% de los prestadores de servicios de salud habilitados del país ofertaban en la modalidad de telemedicina, ubicados en 370 municipios de 32 departamentos y 6 distritos, correspondientes a 3.368 prestadores con 12.257 servicios habilitados. De estos, 331 correspondían a sedes de prestadores públicos ubicados en 220 municipios, los cuales, equivalían a 9.8% de las sedes que brindaban servicios en esta modalidad con 11,3% de los servicios habilitados (20% de las sedes de prestadores públicos estaban ubicadas en municipios PDET y 38% en zonas del Plan Nacional de Salud Rural). Se evidencia mayor participación del sector privado con 89,8% de las sedes y 88,4% de los servicios.

Así mismo, entre diciembre de 2020 y diciembre de 2021 se observa incremento de la oferta de servicios habilitados en la modalidad de telemedicina, 25% en las sedes de prestadores y 12% en los servicios habilitados. En lo concerniente a su distribución territorial, Antioquia, Distrito Capital de Bogotá, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Distrito de Barranquilla, Córdoba, Nariño, Distrito de Cartagena y Cesar, aportan el 76% de las sedes inscritas y de los servicios habilitados en esta modalidad. Los departamentos de Amazonas, Guainía, Guaviare Vaupés y Vichada, terminaron el año con 58 sedes de prestadores que habilitan 192 servicios en esta modalidad.

Los servicios que más se ofrecen en la referida modalidad son medicina general, psicología, medicina interna, pediatría, nutrición y dietética, ginecoobstetricia, dermatología, ortopedia y/o traumatología, radiología e imágenes diagnósticas, enfermería, psiquiatría, neurología, fisioterapia, diagnóstico cardiovascular y cardiología.

A título de conclusión, se tiene que este problema jurídico ha sido prácticamente superado, pues el número de acciones de tutela es bajo para la vigencia 2021 (5).



7.3 Problema Jurídico No. 5 relacionado con la suspensión en la prestación de los servicios de salud requeridos por el usuario, como consecuencia del no pago por parte de este, de cuotas moderadoras fijadas normativamente, bajo el argumento de carecer de capacidad de pago

Solución adoptada:

El pago de cuotas moderadoras y pagos compartidos, tiene origen en norma de carácter legal (artículo 187 de la Ley 100 de 1993), pues allí se prevé que los afiliados y beneficiarios del SGSSS, estarán sujetos a esta clase de pagos, y que tratándose de afiliados en calidad de cotizantes, los recursos que se recauden por tal concepto, tendrán como finalidad exclusiva la racionalización en el uso de los servicios de salud, mientras que respecto de los beneficiarios, los pagos se orientarán a la complementación del entonces POS, hoy PBS – UPC.

Es así como en cumplimiento del citado mandato legal, la regulación expedida sobre la materia, ha propendido por la protección de los grupos más vulnerables y por tanto, que estos accedan a los servicios de salud sin que se les genere ningún costo por concepto de cuotas moderadoras y copagos.

Prueba de lo anterior lo constituyen los Acuerdos 260 de 2004 y 365 de 2007, del entonces CNSSS, que exoneraron de estos pagos a poblaciones especiales como población indigente, infantil abandonada, en condición de desplazamiento forzado, población indígena, personas de la tercera edad en protección de ancianos en instituciones de asistencia social, entre otros. Así mismo, por mandato legal se han exonerado de estos pagos a grupos especiales, tal como se ilustra a continuación:

- **Los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010 (artículo 4º, párrafo 2º), que de conformidad con lo previsto en su artículo 2º, corresponden a:** La población menor de 18 años, a quien se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el Onco-Hematólogo Pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión La población menor de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el Onco-Hematólogo Pediátrico de Aplasias Medulares y Síndromes de Falla Medular, Desórdenes Hemorrágicos Hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, Histiocitosis y Desórdenes Histiocitarios La población menor de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina, tenga sospecha de cáncer o de las enfermedades enunciadas en el aparte anterior, y se requieran exámenes y procedimientos especializados, hasta tanto el diagnóstico no se descarte.
- **Ley 1412 de 2010, artículos 2 y 3:** Las personas mayores de edad, en relación con la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas



- **Ley 1438 de 2011, artículo 18:** Los niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante (artículo 18) Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato que estén certificados por la autoridad competente, respecto de los servicios para su rehabilitación física, mental y atención integral hasta que se certifique médicamente su recuperación (artículo 19).
- **Ley 1438 de 2011, artículo 54:** Todas las mujeres víctimas de violencia física o sexual que estén certificadas por la autoridad competente, respecto de la prestación de los servicios de salud física, mental y atención integral, sin importar su régimen de afiliación, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.
- **Ley 1448 de 2011, artículo 3, en consonancia con el artículo 52:** Las víctimas del conflicto armado interno, registradas en los niveles 1 y 2 del Sisben.
- **Ley 1438 de 2011, artículos 65 y 66, en concordancia con la Ley 1618 de 2013, artículo 9, numeral 9** Las personas con cualquier tipo de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional, cuando se haya establecido el procedimiento requerido.
- **Ley 1438 de 2011, artículo 53 A, adicionado por el artículo 5 de la Ley 1639 de 2013:** Las víctimas de lesiones personales causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que causen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, respecto de los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisonomía y funcionalidad de las zonas afectadas

Sumado a lo expuesto, se tiene que actualmente se está promoviendo el proyecto de resolución *“Por la cual se determina el régimen aplicable para el cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.”*, que tiene como uno de sus objetivos, contemplar en un solo acto administrativo toda la reglamentación en materia de cuotas moderadoras y copagos, así como sus excepciones.

Al punto, debe anotarse que dicho proyecto estuvo publicado para comentarios y observaciones por parte de los actores del SGSSS, y ciudadanía en general, durante un término de quince (15) días, que inició el 30 de noviembre de 2021, y se extendió hasta el 14 de diciembre del mismo año, dentro del cual, no se recibieron comentarios. Sin embargo, con fecha 18 de diciembre del año en cuestión, algunas asociaciones de usuarios solicitaron el archivo del citado proyecto.



Ahora bien, durante la presente vigencia (2022), se prosiguió con su trámite, actualizando el régimen aplicable para el cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al SGSSS, frente al cual, ya fueron concertados los ajustes con las asociaciones de pacientes.

Dicho proyecto en su artículo 11, como se señaló anteriormente, alude a las leyes especiales contenidas en la Circular 016 de 2014, así como a las disposiciones relativas con las excepciones de cobro, y adiciona lo establecido en la Ley 1414 de 2010, relacionada con la excepción en el cobro a personas que padecen epilepsia, y no tienen capacidad de pago.

A título de conclusión, se tiene que este problema jurídico ha sido prácticamente superado, pues el número de acciones de tutela es bajo para la vigencia 2021 (17).

7.4 Problema jurídico No.7 relacionado con negativa de la entidad encargada de garantizar el acceso a una prestación económica (incapacidades laborales), derivada del estado de salud del usuario, bajo el argumento que no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes a salud dentro del plazo establecido para ello.

Solución adoptada:

El Decreto 780 de 2016 en sus artículos 2.1.13.1 y 2.1.13.3, compilatorios de los artículos 78 y 80 del Decreto 2353 de 2015, contemplaron la posibilidad de que el empleador, la cotizante independiente, o el afiliado cotizante, cancelen los aportes a salud atrasados con los respectivos intereses de mora, para el caso que durante el período de gestación de la afiliada, no hayan realizado el pago oportuno de los mismos, y de esta forma, que accedan al reconocimiento de la licencia de maternidad o paternidad, según corresponda. El artículo primeramente citado también consagró la posibilidad del pago proporcional de la licencia de maternidad, cuando por inicio de la vinculación laboral en el caso de las trabajadoras dependientes, o de la actividad desarrollada por la trabajadora independiente, se hubiere cotizado por un período inferior al de la gestación.

De otro lado, respecto de la incapacidad por enfermedad general, debe tenerse en cuenta que conforme con el artículo 2.1.13.4 del Decreto 780 de 2016, para su reconocimiento y pago, únicamente se requiere que los afiliados cotizantes hubieren efectuado aportes por un mínimo de cuatro (4) semanas. Como conclusión, evidenciamos que las medidas regulatorias adoptadas por este Ministerio, han contribuido a la solución de dicho problema, toda vez que el número de acciones de tutela presentadas como causa del mismo, fue bajo (1).



7.5 Problema jurídico No.9 relacionado con el acceso a los servicios de salud contemplados en el PBS ya financiados de manera ex ante – falta de oportunidad

Solución Adoptada:

Adopción de una nueva forma de financiación de los servicios y tecnologías PBS no UPC, cuyos recursos se transfieren a las EPS de forma ex – ante, para que estas mejoren la gestión integral del paciente

Desde el año 2020, se puso en marcha la medida de presupuestos máximos, cuyo fundamento lo constituye el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, que modificó la forma como se administran y gestionan los servicios y tecnologías de salud PBS no UPC, disponiendo que estos serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la ADRES, el cual, de acuerdo con la misma norma, se debe calcular con base en la metodología que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Este aspecto implicó para las EPS la modificación en las formas de contratación, la negociación de precios de medicamentos, ajustes a nivel de procesos y de gestión de la información, tanto operativos, como contables, y afinamiento en la relación con los prestadores de servicios de salud, entre otros.

El referido artículo 240, principalmente, tiene relación directa con el objeto previsto en el literal i) del artículo 5 y el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 en los que se determinan i) la necesidad de que el Estado adopte la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos, y ii) que los servicios y tecnologías en salud sean suministrados de manera integral 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.

El propósito de esta nueva forma de financiación de los servicios y tecnologías PBS no UPC, es el establecimiento de un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS, para que gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud, que en su momento fueron observables y predecibles, ya que tales entidades los recobraban a la ADRES.

Con esta medida se busca la mejora en la gestión integral del paciente, bajo el entendido que las EPS ahora disponen de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar el mecanismo colectivo e individual, se fortalece la gestión de la EPS, y se profundiza la atención integral del paciente.

Igualmente, con la implementación de la estrategia de presupuesto máximo para la financiación de las tecnologías y servicios PBS no UPC, que históricamente venían



siendo recobrados a la ADRES o financiados por los entes territoriales, el sistema de salud avanzó hacia la equidad en salud, la integralidad en la prestación de los servicios, la gestión del riesgo en salud como un todo a cargo de las entidades aseguradoras y la sostenibilidad del sistema de salud con el uso de tecnologías y servicios en salud de forma oportuna y con acceso garantizado.

En el marco de la facultad otorgada por el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, este Ministerio reguló la operatividad de los presupuestos máximos, expidiendo los actos administrativos contentivos de las disposiciones generales de dichos presupuestos, la adopción de la metodología para su cálculo, y la fijación en si misma de tales presupuestos. Particularmente, frente al 2020 y 2021, se expidieron los actos relacionados a continuación, con las respectivas medidas, así:

- Resolución 205 del 17 de febrero del 2020, mediante la cual, se adoptó la metodología de cálculo del presupuesto máximo a asignar a las EPS y EOC, y se establecieron las disposiciones generales del presupuesto máximo.
- Resolución 206 del 17 de febrero del 2020, mediante la cual, se fijó el presupuesto máximo a transferir a cada EPS y EOC en dicha vigencia (marzo a diciembre), dando aplicación a la metodología de cálculo adoptada a través de la Resolución 205 del 2020, y disponiendo que la misma empezaría a regir a partir del 01 de marzo de tal anualidad.
- Resolución 2454 del 21 de diciembre del 2020, mediante la cual, se adoptó la metodología para la definición del ajuste del presupuesto máximo de las EPS y EOC, fijado para la vigencia 2020; acto administrativo expedido en virtud del numeral 15.3 del artículo 15 de la Resolución 205 del 2020, y en razón a los resultados del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo en el que se identificó que existía riesgo de superación del mismo para algunas EPS.
- Resolución 2459 del 21 de diciembre del 2020, mediante la cual, se fijó el valor del ajuste al presupuesto máximo de la vigencia 2020 de algunas EPS, previo el análisis de la información reportada en MIPRES, los resultados del seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo realizado por parte de la ADRES, y la aplicación de la metodología de ajuste adoptada por Resolución 2454 de dicho año.
- Resolución 586 del 7 de mayo del 2021, mediante la cual, se sustituyó la Resolución 205 del 2020, en relación con las disposiciones generales del presupuesto máximo, excepto el anexo técnico contentivo de la metodología de cálculo de tal presupuesto.
- Resolución 593 del 11 de mayo del 2021, a través de la que se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo para la vigencia 2021, la cual, fue estructurada con base en el reporte de servicios y tecnologías en



salud registrados en el cierre del ciclo de entrega de suministro de la herramienta MIPRES, y la proyección se realizó teniendo en cuenta el valor de la Mediana del Grupo Relevante del Sistema y los Precios de Referencia por Comparación Internacional – PRI.

- Resolución 594 del 11 de mayo del 2021, mediante la cual, se fija el presupuesto máximo a transferir a cada una de las EPS y EOC para la vigencia 2021, dando aplicación a la metodología de cálculo adoptada a través de la Resolución 539 del 2021.
- Resolución 1645 del 21 de octubre de 2021 *“Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo fijado a las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y demás EOC para la vigencia 2020.”*

Actualización integral de los servicios y tecnología financiados con la UPC

En el marco de lo estipulado en la Ley Estatutaria en Salud, y en cumplimiento del proceso de actualización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, el proceso de actualización para el 2022, materializado con la expedición de la Resolución 2292 de 2021, se enmarcó en la inclusión de los siguientes servicios:

1. En lo que se refiere a procedimientos, se incluyeron 654 que se encontraban financiados a través de presupuestos máximos, dentro de los que se resaltan:

- 309 pruebas de laboratorio clínico
- Procedimientos para el manejo de la hipoacusia
- Procedimientos para la atención en odontología y rehabilitación oral
- Procedimientos radioterapias de última generación para el manejo del Cáncer
- Procedimientos para la atención de enfermedades cardiovasculares y respiratorias
- Procedimientos para la atención por Neuropsicología
- Trasplantes de órganos
- Procedimientos para la atención de enfermedades oculares
- Intervenciones para el feto dentro del útero

En total, con esta inclusión estarían financiados con recursos de la UPC el 97% de los procedimientos autorizados para su realización en el país.

En lo que se refiere a medicamentos, la actualización comprende más de 980 grupos relevantes (es decir principios activos y formas farmacéuticas), que migran desde la financiación con presupuestos máximos hacia la financiación con recursos



de la UPC y permiten: eliminar salvedades de formas farmacéuticas que no se encontraban financiadas con recursos de la UPC, ampliar los usos financiados a todas las indicaciones registradas en Colombia para 54 principios activos en todas sus formas farmacéuticas y concentraciones; aumentar los principios activos financiados con la UPC que actualmente es de 459 a 1059 (un aumento del 130%) e incluir 26 subgrupos de referencia (que contienen más de 65 diferentes principios activos), adicionales a los 53 subgrupos de referencia financiados con la UPC hasta el momento. De esta forma se incluyen medicamentos para patologías de gran impacto en el estado de salud de la población colombiana, como:

- Hipertensión arterial,
- Enfermedad renal,
- Más opciones farmacológicas para diferentes tipos de cáncer: gliomas, sarcoma, mielomas, linfomas, leucemia, melanoma, cáncer de piel, cáncer de mama, cáncer pulmonar, cáncer de cabeza y cuello, cáncer de colon y recto, entre otros,
- Enfermedades respiratorias,
- Dermatológicas,
- Cardiovasculares,
- Más opciones anticonceptivas para la mujer,
- Medicamentos para el manejo del dolor, artrosis,
- Enfermedades mentales,
- Medicamentos de uso en oftalmología,
- Inmunodeficiencias,
- Antibióticos,
- Más formas farmacéuticas para poblaciones especiales como niños y adulto mayor,
- Más combinaciones a dosis fijas que mejoran la adherencia al tratamiento y permiten menos dosis,
- Estas inclusiones representan cerca de 21.000 Códigos Únicos de Medicamento (CUMS) que ingresan a la financiación con recursos de la UPC alcanzando el 93.6% del total de CUMS autorizados en el país.

Finalmente, y como quiera que la telemedicina constituye una modalidad de prestación de servicios, orientada a brindar una atención más expedita, ante las diferentes acciones de tutelas que se vienen presentando por demoras en la prestación del servicio, debe señalarse que entre diciembre de 2020 y diciembre de 2021 se observa incremento de la oferta de servicios habilitados en la modalidad de telemedicina, 25% en las sedes de prestadores y 12% en los servicios habilitados.



En lo concerniente a su distribución territorial, Antioquia, el Distrito Capital de Bogotá, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Distrito de Barranquilla, Córdoba, Nariño, Distrito de Cartagena y Cesar, aportan el 76% de las sedes inscritas y de los servicios habilitados en esta modalidad. Los departamentos de Amazonas, Guainía, Guaviare Vaupés y Vichada terminaron el año 2021 con 58 sedes de prestadores que habilitan 192 servicios en esta modalidad.

Los servicios que más se ofrecen en esta modalidad son medicina general, psicología, medicina interna, pediatría, nutrición y dietética, ginecoobstetricia, dermatología, ortopedia y/o traumatología, radiología e imágenes diagnósticas, enfermería, psiquiatría, neurología, fisioterapia, diagnóstico cardiovascular y cardiología.

7.6 Problema jurídico No.16 relacionado con las acciones de tutela en la que se reclaman servicios, tecnologías e insumos expresamente excluidos

Solución Adoptada:

Las reglas para establecer los servicios y tecnologías excluidos de financiación con recursos públicos asignados a la salud, fueron fijadas desde el año 2017. Es así como esta Cartera Ministerial, en pro del acatamiento a la Ley Estatutaria en Salud, expidió la Resolución 330 de 2017, modificada por las Resoluciones 687 de 2018, y 956 de 2020, mediante la cual, adoptó el procedimiento técnico – científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías en salud que no serán financiados con recursos de la salud, contemplando para el efecto cuatro fases, a saber i) nominación y priorización; ii) análisis técnico científico; iii) consulta a pacientes potencialmente afectados, y iv) adopción y publicación de las decisiones. Cada una de tales fases tiene finalidades puntualmente determinadas, así: La fase de nominación y priorización, como su nombre lo indica, se orienta a que se nominen y prioricen los servicios y tecnologías que se someterán al procedimiento técnico – científico y participativo de exclusiones, previendo fechas claramente determinadas para ello, la posibilidad de formular observaciones o aportes al listado que sobre el particular se publique, y la remisión de este al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Luego viene la fase de análisis técnico – científico, cuya finalidad es el análisis y la emisión del concepto y recomendación técnico-científica sobre la conveniencia o pertinencia de declarar una o un conjunto comparable de tecnologías en salud como una exclusión o exclusiones, atendiendo los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015. En esta fase participa el Grupo de Análisis Técnico – Científico - GATC, conformado por representantes del área de la salud, de alto nivel. También participa el IETS y este Ministerio.

Al respecto, debe señalarse que los conceptos y recomendaciones generados en esta fase, deben ser producto del consenso de los asistentes, y que para el evento de que este no se logre, se prevé un mecanismo democrático (mayoría simple).



Como expresión de la transparencia del proceso, se posibilitó el acompañamiento de los entes de control (Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Defensoría del Pueblo y Superintendencia Nacional de Salud), para que actúen en calidad de observadores. También se contempla la publicación de los conceptos y recomendaciones en la página web de este Ministerio, para brindar total publicidad al proceso.

La fase de consulta a pacientes potencialmente afectados y ciudadanía, apunta a consultar la opinión de estos, frente a la conveniencia de declarar la tecnología nominada como una exclusión, con base en la información suministrada en las fases 1 y 2 del procedimiento técnico-científico en cuestión.

Para garantizar la participación de los interesados, la resolución en comento estatuye que cuando determinada patología o condición de salud no cuente con agremiación o asociación de pacientes, su participación se garantizará de forma directa, y que las EPS e IPS deberán facilitar el registro y la delegación de: i) pacientes potencialmente afectados, ii) asociaciones de pacientes potencialmente afectados y iii) asociaciones o agremiaciones de usuarios. Igualmente se contempla la invitación y participación de las veedurías ciudadanas en salud, que se encuentren registradas en el marco de lo dispuesto en la Circular 060 de 2015, de este Ministerio. Finalmente, esta fase prevé la publicación en la página web de este Ministerio, del resumen de las opiniones que se profieran en el desarrollo de la misma.

Como última fase se consagra la adopción y publicación de la decisión de exclusiones por parte de este Ministerio, con base en el consolidado de las opiniones de las asociaciones de usuarios y pacientes potencialmente afectados y los conceptos y recomendaciones del GATC, instituido en la mencionada resolución para el desarrollo del proceso.

De acuerdo con lo anterior, es claro que desde el año 2017 (Resolución 330), se cuenta con el procedimiento técnico – científico y participativo de exclusiones, por lo que tal como lo reconoció la Sala Especial de Seguimiento en Salud de ese Alto Tribunal en el Auto 94 A del 10 de marzo de 2020, las decisiones que ha venido adoptando este Ministerio, con relación a los servicios excluidos no son producto de su capricho, sino que obedecen a recomendaciones de expertos técnicos como el IETS y el GATC, donde también es determinante la participación y consulta a los pacientes potencialmente afectados y ciudadanía en general, de todo lo cual se tiene que se está ante un proceso reglado, participativo y transparente, en el que además, se vinculó a los organismos de control (Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Defensoría del Pueblo y Superintendencia Nacional de Salud), para que actúen como observadores del mismo.

En consonancia con lo anterior, e independientemente de los ajustes a realizar al citado proceso, las medidas regulatorias adoptadas desde esta Cartera Ministerial para la solución del problema jurídico en cuestión, se han tornado efectivas. Como



conclusión tenemos que actualmente se encuentran establecidas las reglas para llevar a cabo el procedimiento de exclusiones, lo anterior teniendo en cuenta que se presentó un número muy bajo de acciones de tutela asociadas a este problema jurídico.

7.7 Problema jurídico No.17 relacionado con reconocimiento y pago de prestaciones económicas derivadas de las incapacidades médicas, licencia de maternidad, pese haber cotizado de manera oportuna

De acuerdo con los datos recogidos de los expedientes de tutela suministrados por esa Corporación, y puntualmente, en lo relacionado con la vigencia 2021, se determinó que el no reconocimiento de prestaciones económicas por parte de las entidades aseguradoras, sustentado en falencias de carácter administrativo, constituye motivo para la presentación de las acciones de tutela.

No obstante, desde el punto de vista regulatorio se encuentra normado el tema, y el término máximo dentro del cual, la entidad aseguradora debe efectuar el pago de esta clase de prestaciones, especialmente, en lo relacionado con los trabajadores independientes, así como las consecuencias que el incumplimiento de dicho término acarrea.

Frente a los trabajadores dependientes, el Decreto Ley 019 de 2012, en su artículo 121, radicó en el empleador el deber de adelantar el trámite para el reconocimiento de esta clase de prestaciones.

Sin embargo, es importante manifestar que el número de acciones de tutela de este problema jurídico, también es muy bajo.

7.8 Problema jurídico No.18 relacionado con verificación de base de datos de afiliados por parte de las entidades aseguradoras, que constituyen en barreras, demoras e imposibilidad de traslado, movilidad y portabilidad

Solución adoptada:

Los datos recogidos de los expedientes de tutela suministrados por esa Corporación frente al año 2021, igualmente evidenciaron la presentación de acciones de tutela por inconsistencias en que incurrieron algunas EPS al momento de reportar la información de sus afiliados a la BDUA, y que posteriormente, generó a estos, inconvenientes para adelantar procesos relacionados con afiliación, traslado, movilidad y portabilidad, dada la inexactitud de la información reportada, versus la real del usuario.

Sobre el particular, es importante enfatizar que, desde el punto de vista regulatorio, se ha apuntado a que procesos como afiliación y traslado se adelanten por los usuarios en línea y sin intervención de las EPS, a través de la herramienta digital SAT, que valida en línea frente a tablas de referencia, la existencia del tipo y número



de documento, las reglas para la transacción y la integridad del dato a ingresar, lo que garantiza calidad en la data.

Avances en el Sistema de Afiliación Transaccional- SAT

El Decreto 2353 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016, incluyó un avance tecnológico hacia un sistema transaccional que permite directamente al afiliado efectuar el reporte de las novedades de afiliación, quienes antes debían realizar su trámite directamente en las oficinas de las EPS o a través de un formulario físico, adjuntando los documentos soporte de la respectiva novedad.

Es por ello, que actualmente, los afiliados al SGSSS cuentan con un instrumento adicional, gratuito y voluntario que les permite realizar el traslado de EPS y reporte de otras novedades a través del portal www.miseguridadsocial.gov.co

Cuando las personas no puedan acceder a la plataforma para realizar los trámites en el SAT, lo podrán hacer con el diligenciamiento del formulario físico, sin que bajo ninguna circunstancia se pueda afectar el acceso a los servicios de salud. La utilización de este instrumento tiene un carácter voluntario y para garantizar la continuidad de la prestación de servicios de salud, se mantiene la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA del SGSSS, que permite el giro de los recursos a las EPS que financian el aseguramiento de la población.

El acceso al sistema SAT, se realiza a través del registro e identificación de la persona en el portal www.miseguridadsocial.gov.co. Al **14 de febrero de 2022** existían **5.732.612** ciudadanos registrados, pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado. Durante el año 2021 se efectuaron **2.231.352** transacciones, a saber, traslado de EPS (1.352.550), afiliación de oficio (459.406) e inclusión de beneficiarios (130.472), que aportaron la mayor parte.

Las novedades desarrolladas a través del SAT reflejan la voluntad y necesidad de los afiliados. Estas novedades se efectúan de acuerdo con el marco legal vigente en el SGSSS, superando aquellos trámites administrativos interpuestos por las EPS que colocaban en riesgo el acceso oportuno a la prestación de servicios y que aportaban bastantes acciones de tutela.

En el siguiente cuadro se relaciona el número de transacciones que se han venido efectuado en el SAT a diciembre 2021:

Tabla 35 Transacciones en SAT 2018 - 2021

FUNCIONALIDAD	2018		2019		2020		2021		Total general
	Total	Promedio Mensual	Total	Promedio Mensual	Total	Promedio Mensual	Total	Promedio Mensual	Total
Traslado de EPS	244.843	20.404	1.383.858	115.322	1.141.427	95.119	1.352.550	112.713	4.122.678
Afiliación de oficio		0		0	316.479	26.373	459.406	38.284	775.885



Inclusión de beneficiarios	12.346	1.029	58.301	4.858	121.254	10.105	130.472	10.873	322.373
Actualización datos complementarios	6.695	558	17.584	1.465	71.266	5.939	109.810	9.151	205.355
Adquisición de condiciones para cotizar		0		0	45.724	3.810	95.657	7.971	141.381
Reinscripción a EPS		0	6.337	528	22.270	1.856	24.759	2.063	53.366
Afiliación al Régimen Subsidiado		0		0	24.172	2.014	28.758	2.397	52.930
Pérdida de condiciones para cotizar		0		0	7.070	589	20.543	1.712	27.613
Exclusión de beneficiarios	515	43	3.590	299	5.606	467	6.063	505	15.774
Actualización del documento de identidad	840	70	3.099	258	3.162	264	1.940	162	9.041
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud		0	1.766	147	322	27	0	0	2.088
Movilidad a régimen subsidiado		0	71	6	818	68	876	73	1.765
Inicio o confirmación de una relación laboral	691	58	448	37		0		0	1.139
Reporte de inicio de una relación laboral		0		0	337	28	297	25	634
Solicitar exclusión como cónyuge/compañero permanente	30	3	137	11	165	14	215	18	547
Reporte masivo de inicio de una relación laboral		0	25	2	0	0	0	0	25
Terminación de relación laboral		0		0	11	1	5	0	16
Reporte de residencia en el exterior		0		0	1	0	0	0	1
Afiliación de oficio para personas con Permiso por Protección Temporal.							1	0	1
	265.960		1.475.216		1.760.084		2.231.352		5.732.612

Muestra de los avances y la implementación del SAT ha llevado a que las acciones de tutela en salud relacionada con este problema jurídico hayan disminuido, representando un 5,1% de la muestra objeto de estudio en el presente informe.

8. Promoción y divulgación del informe de tutelas en salud

En el último año el Ministerio de Salud y Protección Social ha hecho un esfuerzo para modernizar su sitio web. Del mismo modo, se han actualizado los diferentes micro sitios de las temáticas que manejan las distintas dependencias de este Ministerio. En este sentido, se actualizó el Observatorio Nacional de Calidad en Salud, sitio web en el que se publica anualmente el informe de tutelas.

Así las cosas, para acceder al informe de tutelas en salud cuya última publicación corresponde al año 2021, se accede mediante el siguiente enlace (<https://www.minsalud.gov.co/Portada2021/index.html>). Luego se da clic en la pestaña de Salud y Calidad de la atención, donde se puede elegir el Observatorio Nacional de Calidad. Una vez allí, en la sección - conoce la gestión de tutelas en salud -, es posible encontrar los informe para todos los años disponibles (<https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/tutelas-en-salud.aspx>).



Además de mejorar la navegación del sitio web del Observatorio Nacional de Calidad en Salud, también se adelantaron gestiones para que el informe fuera más sencillo de encontrar en los diferentes motores de búsqueda. Con esto se logra que los usuarios accedan de manera más sencilla a dicha información.