



La Tutela en Salud

**Informe de Cumplimiento de la Vigencia 2017
Orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008**

Corte Constitucional de Colombia
Sala Especial de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008

Ministerio de Salud y Protección Social

Enero de 2018

Tabla de Contenido

1. INTRODUCCIÓN	4
2. PANORAMA GENERAL DE LAS TUTELAS EN SALUD	5
2.1 Lugar de residencia de los demandantes.....	7
2.2 Distribución de las tutelas por tipo de institución demandada	9
3. METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA.....	11
3.1 Diseño de la muestra.....	12
3.2 Marco estadístico	12
3.3 Instrumento para la recolección de la información.....	13
4. RESULTADOS: ANÁLISIS DE LAS TUTELAS Y LAS SOLICITUDES.....	14
4.1 Derechos Invocados	15
4.2 Existencia de representación en las acciones de tutelas.....	15
4.3 Características de los tutelantes (edad y sexo).....	16
4.4 Personas en situación de vulnerabilidad	17
4.5 Régimen de afiliación y naturaleza de entidades demandadas	18
4.6 Caracterización de los problemas jurídicos y servicios	18
4.6.1 Análisis de las solicitudes	19
4.6.2 Servicios solicitados.....	22
4.6 Caracterización de las decisiones judiciales	26
4.6.1 Sentido de las decisiones de Primera y Segunda Instancia	26
5 SOBRE EL GOCE EFECTIVO Y LA EVALUACIÓN DE LOS AGENTES DEL SISTEMA DE SALUD Y SUS INDICADORES	28



6	MEDIDAS ADOPTADAS DURANTE LA VIGENCIA 2017	33
6.6	Ley Estatutaria en Salud: Protección colectiva, protección individual y exclusiones.....	35
6.6.1	Plan de beneficios en salud (PBS): Mecanismo colectivo de protección	36
6.6.2	Mipres: Mecanismo individual de protección.....	37
6.7	Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).....	39
6.8	Fortalecimiento de la oferta de servicios en salud.....	42
	Referencias	46

1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de lo ordenado por la Sentencia T-760 de 2008 de hacer un informe anual *“en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello”*, este Ministerio desarrolla el presente documento.

El cumplimiento de esta orden ha sido objeto de una evolución tanto conceptual como operativa, a lo largo de estos años. Por un lado, no solo se han incorporado las órdenes de la Honorable Corte Constitucional sino que gracias a diversos espacios presenciales compartidos con los Peritos Constitucionales designados para el caso, se han promovido avances significativos para contar con una mejor información del fenómeno. Lo anterior ha contribuido a la formulación de una política pública sectorial más asertiva para abordar los problemas que el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) afronta.

Adicionalmente, en respuesta a lo ordenado por el Auto 590 de 2016, este documento incorpora indicadores de goce efectivo del derecho (GED) como herramienta de evaluación de la actuación de los actores del sistema. No obstante, desde el punto de vista metodológico estricto, este estudio presenta una limitación significativa frente a la posibilidad de hacer inferencias estadísticas expandidas al universo de tutelas en salud debido a dificultades con la muestra.

Pese a que el fenómeno de tutelas totales y tutelas en salud ha presentado una tendencia creciente en los últimos dos años, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha hecho grandes esfuerzos para abordar desde todas las perspectivas posibles las fallas tanto estructurales como operativas del sistema de salud. Sin embargo, como ocurre con este tipo de políticas públicas, los resultados no necesariamente se evidencian en el corto plazo pues se requiere de un tiempo prudente para su evaluación.

Finalmente, La primera sección de este informe analiza el panorama general de las tutelas remitidas a la Honorable Corte Constitucional para su revisión durante el año 2017, y tipificadas por dicha Corte como Tutelas en salud. Posteriormente, en la siguiente sección se detalla la metodología adoptada para el análisis de las tutelas en salud de la vigencia 2017. El informe luego presenta el análisis de la muestra recogida en la Corte Constitucional, detallando las solicitudes al interior de ellas y, finalmente, se analizan las medidas adoptadas por este Ministerio, tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y por ende, reducir el número de acciones de tutela del sector salud.

2. PANORAMA GENERAL DE LAS TUTELAS EN SALUD

Esta sección corresponde a un análisis global de tipo descriptivo que se realiza a partir de la información del universo de tutelas que la Honorable Corte Constitucional entrega al MSPS, por solicitud de este último.

Desde el punto de vista metodológico, la información entregada por la Honorable Corte Constitucional viene discriminada nominalmente por demandante, demandado, lugar donde se realiza la primera instancia y fecha de interposición. El equipo técnico de este Ministerio normaliza la información para estandarizar los datos alfanuméricos y realizar el análisis descriptivo correspondiente.

Con la información histórica recogida se construyó la Tabla 1, la cual presenta la evolución de las tutelas en salud, entre el año 2000 y 2017. Durante los primeros 8 años se observa un incremento en el uso de este instrumento legal, hasta alcanzar un pico en el año 2008, año en el que fueron interpuestas 142.957 acciones. Lo anterior equivalía a una tasa de 3,6 tutelas por cada 1.000 afiliados. Entre 2009 y 2010 se presentó un descenso importante en el número de tutelas en salud. Durante los años posteriores la tendencia se estabilizó hasta el año 2015, año en el cual se interpusieron 150.728 acciones de tutela en salud y la tasa de tutelas por 1.000 afiliados fue de 3,4. Para 2017, la tasa de tutelas por 1.000 afiliados se ubicó en 4,2 lo que representó un total de 191.577 tutelas. Con respecto al año 2016, esto representó un incremento de 16,6%, crecimiento mayor al registrado el año anterior (9,0%).

Tabla 1. Comportamiento de las tutelas en salud, 2000-2017

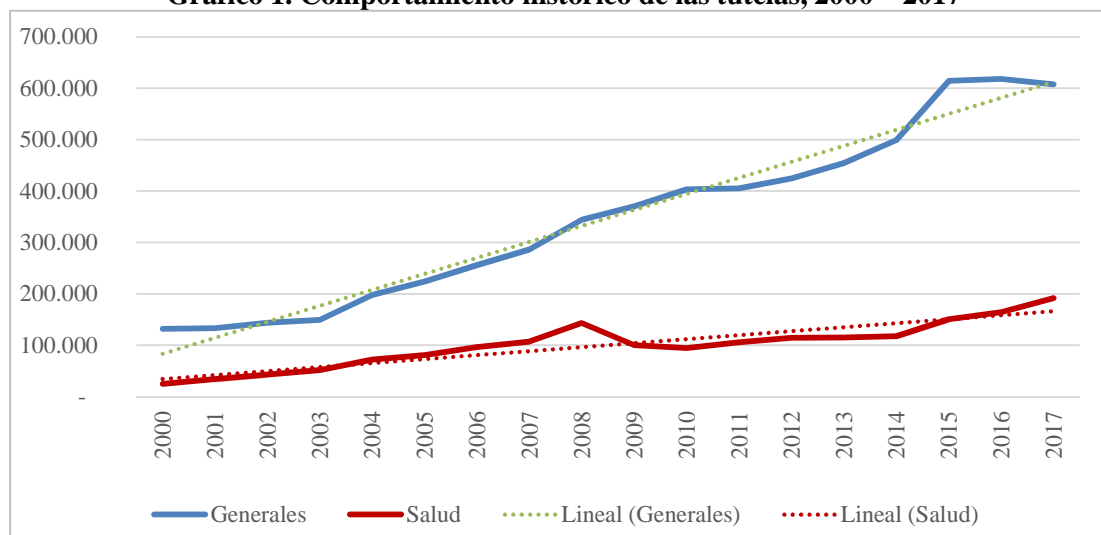
Año	Afiliados	Población	Total tutelas en salud	Crecimiento tutelas en salud	Tasa-Afiliados *	Tasa-Población *
2000	23.017.680	40.295.563	24.843	16,6%	1,1	0,6
2001	23.806.139	40.813.541	34.319	38,1%	1,4	0,8
2002	24.194.854	41.328.824	42.734	24,5%	1,8	1,0
2003	25.413.865	41.848.959	51.944	21,6%	2,0	1,2
2004	30.040.650	42.368.489	72.033	38,7%	2,4	1,7
2005	33.881.988	42.888.592	81.017	12,5%	2,4	1,9
2006	36.461.003	43.405.956	96.226	18,8%	2,6	2,2
2007	38.655.698	43.926.929	107.238	11,4%	2,8	2,4
2008	39.561.521	44.451.147	142.957	33,3%	3,6	3,2
2009	38.681.796	44.978.832	100.490	-29,7%	2,6	2,2
2010	40.047.220	45.509.584	94.502	-6,0%	2,4	2,1
2011	41.899.763	46.044.601	105.947	12,1%	2,5	2,3
2012	42.854.862	46.581.823	114.313	7,9%	2,7	2,5

2013	42.879.901	47.121.089	115.147	0,7%	2,7	2,4
2014	43.515.870	47.661.787	117.746	2,3%	2,7	2,5
2015	44.633.177	48.203.405	150.728	28,0%	3,4	3,1
2016	46.404.041	48.747.708	164.274	9,0%	3,6	3,4
2017	46.161.893	49.291.609	191.778	16,6%	4,2	3,9

Fuente: BDUA, 2017. Incluye subsidiado, contributivo y regímenes especiales. La información del total de tutelas en salud proviene de la Honorable Corte Constitucional. *Información de proyecciones poblacionales proviene del DANE.

Como se ha observado en informes anteriores, el incremento en el número de acciones de tutela en salud está intrínsecamente relacionado – al menos en una proporción – con la dinámica generalizada del total de tutelas en el país, las cuales presentan una tendencia creciente hasta el año 2016. Sin embargo, en el Gráfico 1 se observa que en el último año el crecimiento de la proporción de las tutelas en salud es ligeramente mayor respecto al total de tutelas interpuestas en el país durante dicha vigencia.

Gráfico 1. Comportamiento histórico de las tutelas, 2000 – 2017



Fuente: Datos Defensoría del Pueblo y Honorable Corte Constitucional.

A partir de levantamiento de información y el análisis de los expedientes se contrastó las fechas de radicación de la tutela en la Honorable Corte Constitucional frente a la fecha en que se interpuso la acción de tutela. Se encontró que la media se encuentra en 157 días, de lo que se podría inferir que en el bloque de tutelas radicadas en la Honorable Corte Constitucional durante el 2017 corresponden al periodo en que el gobierno nacional se vio abocado a tomar acciones sobre Saludcoop-Cafesalud. Más aún cuando se encuentra que el 22% de las tutelas interpuestas las EPSs corresponden a ésta aseguradora en particular (ver sección 2.2 y Tabla 4).

Por otra parte, tal y como ha ocurrido en años anteriores, existe un discreto sobredimensionamiento de las tutelas clasificadas de salud en el universo de la Corte

Constitucional. Para la vigencia 2017, en la revisión de la muestra de expedientes (3.533), se pudo identificar que el 2.5% (91) de las tutelas que eran clasificadas por la Honorable Corte Constitucional como tutelas en salud, en realidad correspondía a tutelas de otras materias, por ejemplo, casos de pensiones o solicitudes de traslado dirigidas a las Fuerzas Militares.

Paralelamente, y también de manera global, la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS - 2017¹ muestra que la gran mayoría de los pacientes acceden a los servicios de salud sin necesidad de interponer ningún tipo de acción legal. De acuerdo con la encuesta en mención, el 97,8% de los usuarios del Régimen contributivo y el 99,4% de los usuarios del Régimen subsidiado afirmaron no haber tenido que recurrir a acciones legales para acceder a los servicios que requerían.

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

2.1 Lugar de residencia de los demandantes

A continuación, se presentan los hallazgos más representativos frente al lugar de residencia de los tutelantes, discriminado por departamento, municipio y región geográfica.

En relación con los departamentos, se evidenció que Antioquia (21,3%), Valle del Cauca (10,6%) y Bogotá D.C. (8,1%) continúan siendo los departamentos que registraron mayor número de tutelas en salud; prácticamente sin variaciones respecto al año 2016.

Tabla 2. Distribución de acciones de tutela por Departamento 2017

Departamento	Tutelas	Participación	Tasa de tutelas por mil habitantes	Tasa de tutelas por mil afiliados
Antioquia	40.810	21,3%	6,2	6,7
Valle del Cauca	20.308	10,6%	4,3	4,8
Bogotá, D.C.	15.569	8,1%	1,9	2,1
Norte de Santander	13.301	6,9%	9,6	9,7
Caldas	12.052	6,3%	12,2	13,9
Santander	11.265	5,9%	5,4	5,6
Risaralda	9.426	4,9%	9,8	10,3

¹ Se realizaron 24.586 encuestas efectivas. Cabe mencionar que la encuesta en mención es representativa para la población mayor de 18 años, que ha utilizado por lo menos uno de los servicios de las EPS en los últimos seis meses. La encuesta la realiza todos los años una firma consultora, tras un concurso de méritos que lleva a cabo el MSPS.

Tolima	6.442	3,4%	4,5	5,3
Huila	5.187	2,7%	4,4	4,8
Córdoba	5.183	2,7%	2,9	3,2
Quindío	4.966	2,6%	8,7	9,9
Cundinamarca	4.836	2,5%	1,8	2,2
Atlántico	4.772	2,5%	1,9	2,0
Cesar	4.704	2,5%	4,5	4,1
Bolívar	4.495	2,3%	2,1	2,2
Cauca	4.491	2,3%	3,2	3,6
Boyacá	4.312	2,2%	3,4	3,9
Meta	4.215	2,2%	4,2	4,6
Nariño	3.981	2,1%	2,2	2,8
Magdalena	2.456	1,3%	1,9	1,9
Sucre	1.829	1,0%	2,1	1,9
Caquetá	1.571	0,8%	3,2	4,1
Arauca	1.407	0,7%	5,3	5,8
La Guajira	964	0,5%	1,0	1,1
Casanare	865	0,5%	2,3	2,3
Chocó	677	0,4%	1,3	1,6
Putumayo	463	0,2%	1,3	1,5
San Andrés Islas	415	0,2%	5,3	7,4
Amazonas	250	0,1%	3,2	3,6
Guaviare	166	0,1%	1,5	2,3
Vaupés	139	0,1%	3,1	4,5
Guainía	122	0,1%	2,9	2,9
Vichada	116	0,1%	1,5	1,5
No se identificó	23	0,0%	-	-
Total Nacional	191.778	100,0%	3,9	4,2

Fuente: Construcción propia MSPS, 2017, de acuerdo a información suministrada por la Honorable Corte Constitucional el 26 de enero, El total de tutelas en salud año 2017 fue de 191.778.

A nivel municipal, en 1.005 municipios se presentó al menos una acción de tutela. San Miguel-Santander (30,7), Salamina-Caldas (22,9) y La Dorada-Caldas (20,7), registraron la tasa de tutelas (por 1.000 habitantes) más alta. Los municipios con las tasas más bajas fueron Manaure-Cesar (0,02), Inza-Cauca, San Pablo-Bolívar y Páez-Cauca (0,03). Al agrupar los municipios por quintiles de acuerdo a su número de habitantes (Tabla 3), se observa que las dos ciudades más grandes del país, que concentran el 21,9% de la población, presentan una tasa de 3,3 tutelas por cada mil habitantes, tasa cercana a la tasa nacional (3,9). Por su parte, los 755 municipios más pequeños, los cuales concentran el 15% de la población, tienen una tasa de 2,1 tutelas por cada mil habitantes. La mayor tasa (6,3) de tutelas corresponde a las ciudades con población entre 123.9555 y 474.335 habitantes.

Tabla 3. Tasa de tutelas por mil habitantes agrupadas por municipios según el tamaño de la población año 2017

Agrupación de la población de los municipios por quintiles	Municipios		Población		Tutelas		Tasa de tutelas x mil habitantes
	Q	%	Q	%	Q	%	
Quintil 1- Municipios con población entre 1,066 y 31,866 Hbtes.	755	75,1	9.206.614	19,0	19.564	10,2	2,1
Quintil 2- Municipios con población entre 31.986 y 119.838 Hbtes.	194	19,3	9.918.821	20,5	29.370	15,3	3,0
Quintil 3- Municipios con población entre 123.955 y 474,335 Hbtes.	44	4,4	10.022.572	20,7	63.137	32,9	6,3
Quintil 4- Municipios con población entre 499.391 y 2'420.114 Hbtes.	10	1,0	8.616.745	17,8	44.839	23,4	5,2
Quintil 5- Municipios con población entre 2'508.454 y 8'010.732 Hbtes.	2	0,2	10.589.186	21,9	34.845	18,2	3,3
Total	1.005	100,0	48.353.938	100,0	191.755	100,0	4,0

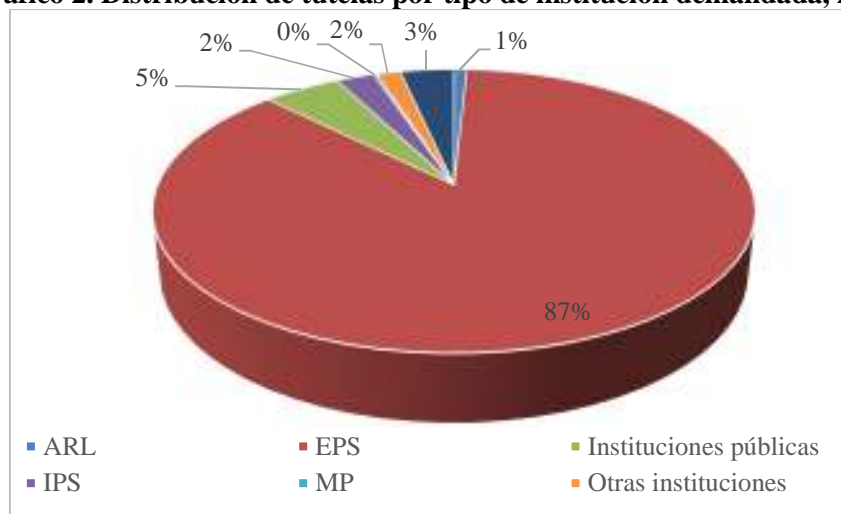
Fuente: Construcción propia MSPS, 2017. Datos entregados por la Honorable Corte Constitucional.

Nota: Los datos corresponden a los registros enviados por la Honorable Corte Constitucional 26 de enero de 2018.

2.2 Distribución de las tutelas por tipo de institución demandada

La información suministrada por las Honorable Corte Constitucional sobre la relación de tutelas enviadas a esa Corporación durante 2017, en cuanto a la institución demandada se agrupó así: 1. Administradoras de Riesgos Laborales (ARL); 2. Prestadores de Servicios de Salud (IPS); 3. Empresas de Medicina Prepagada (MP); 4. Regímenes especiales, de excepción y empresas adaptadas (RE y EA); 5. Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (EPS); 6. Instituciones públicas (incluye instituciones de la rama ejecutiva del orden nacional y departamental y municipal, e instituciones de la rama judicial, organismos de control incluye también INPEC y FOSYGA); y 7. Otro tipo de institución.

Gráfico 2. Distribución de tutelas por tipo de institución demandada, 2017



Fuente: Construcción propia MSPS, 2017. Datos entregados por la Honorable Corte Constitucional.

Según se observa en la Tabla 4, las tres principales EPS con mayor número de tutelas por afiliado para el año 2017 son Savia Salud con 9,3 tutelas por cada 1.000 afiliados, seguida de MEDIMAS EPS con una tasa de 7,9 y COOMEVA con una tasa de 6,9. Llama la atención la tasa de tutelas de las Empresas Adaptadas y Regímenes Especiales, la cual se ubica en 32,65 por cada 1.000 afiliados, muy por encima de la media nacional y las demás EPS de los dos regímenes generales.

Tabla 4. Distribución del total de Tutelas según EPS por cada 1.000 afiliados, año 2017

EPS	# Tutelas en salud	# Afiliados	Tasa de tutelas /mil Afiliados
ALIANSA SALUD	159	207.289	0,8
AMBUQ	2.094	859.798	2,4
ASMET SALUD	7.817	1.927.980	4,1
CAJACOPI	1.065	788.738	1,4
CAPITAL SALUD	3.126	1.158.585	2,7
CAPRESOCA	242	177.395	1,4
COMFABOY	501	105.951	4,7
COMFACHOCO	168	162.290	1,0
COMFACOR	1.388	572.342	2,4
COMFACUNDI	319	126.963	2,5
COMFAMILIAR CARTAGENA	7	194.591	0,0
COMFAMILIAR GUAJIRA	49	218.684	0,2
COMFAMILIAR HUILA	456	509.086	0,9
COMFAMILIAR NARIÑO	92	183.603	0,5
COMFAORIENTE	451	112.376	4,0

EPS	# Tutelas en salud	# Afiliados	Tasa de tutelas /mil Afiliados
COMFASUCRE	80	117.561	0,7
COMFENALCO VALLE	681	241.408	2,8
COMPARTA	5.769	1.774.122	3,3
COMPENSAR	977	1.331.567	0,7
CONVIDA	1.860	560.189	3,3
COOMEVA	19.193	2.769.425	6,9
COOSALUD	4.528	1.956.845	2,3
CRUZ BLANCA	1.531	526.207	2,9
ECOOPSOS	1.553	295.742	5,3
EMDISALUD	840	458.455	1,8
EMSSANAR	5.598	1.908.489	2,9
FAMISANAR	1.610	1.953.568	0,8
MEDIMAS EPS	38.777	4.934.969	7,9
MUTUAL SER	688	1.487.358	0,5
NUEVA EPS	18.955	4.155.932	4,6
SALUD TOTAL	9.773	2.536.170	3,9
SALUDVIDA	5.512	1.284.091	4,3
SANITAS	3.109	2.056.374	1,5
SAVIA SALUD	15.529	1.672.074	9,3
SOS SA	4.630	941.420	4,9
SURA	3.587	2.579.207	1,4
1. Total EPS	162.714	42.846.844	3,8
2. EPS INDIGENAS	738	1.227.420	0,6
3. EMPRESAS ADAPTADAS Y REGIMENES ESPECIALES	6.600	51.151	32,65
4. REGIMENES ESPECIALES	6.600	2.036.476	3,2
5. Total (1+2+3+4)	163.452	44.074.264	3,7
6. EPS LIQUIDADAS	86	-	-
7. EPS SIN IDENTIFICAR	2.482	-	-

Nota: en Medimas incluye las tutelas de Cafesalud y Saludcoop (37.428).

Fuente: Construcción propia MSPS, 2017, Datos entregados por la Honorable Corte Constitucional.

3. METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA

Esta sección describe los aspectos metodológicos y el instrumento de recolección utilizado en el trabajo de campo para levantar la información relevante de cada una de las tutelas seleccionadas en la muestra para el año 2017.

3.1 Diseño de la muestra

La población objetivo para la muestra son las tutelas que fueron falladas y remitidas a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión durante el año 2017 y que invocaron 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 Honorable Corte Constitucional en el año 2017.

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

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

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

Por su parte, se toma una proporción de $P=50\%$, de esta manera se genera la mayor variabilidad y por ende el mayor tamaño de muestra, con lo cual Q es igual a 50%. Al asumir este tamaño de muestra se está garantizando el cubrimiento de los fenómenos de ocurrencia inferior. La selección de la muestra se obtuvo con un criterio de fijación proporcional por departamento.

Como resultado del proceso arriba descrito, de las 191.778 acciones de tutela que invocan el derecho a la salud radicadas ante la Honorable Corte Constitucional, se seleccionó una muestra representativa de 7.288 acciones de tutela para aplicar la herramienta de recolección que se expondrá más adelante. No obstante, al momento de la captura de los registros no se tuvo acceso a la totalidad de los expedientes seleccionados en la muestra, debido a que solo fueron entregados al grupo de estudio de este MSPS 3.533 tutelas por parte de la Honorable Corte Constitucional. Esta situación, ajena al Ministerio de Salud, no permite para este año hacer inferencia estadística del universo de tutelas en salud, pues su representatividad nacional se ve comprometida.

Finalmente, la muestra se recolectó como una encuesta continua a lo largo de las semanas del año, con lo cual se va acumulando la muestra para el período anual.

3.2 Marco estadístico

La base de datos suministrada por la Honorable Corte Constitucional contiene los siguientes campos, de los cuales se le agrega el Departamento para poder realizar la muestra que se recolecta semanalmente:

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

3.3 Instrumento para la recolección de la información

La posibilidad de revisar de primera mano el expediente completo de cada una de las tutelas seleccionadas y el levantamiento de la información relevante a través de un formato estandarizado, es una de las principales fortalezas metodológicas de los últimos informes. El trabajo de campo (recolección de la información a partir de los expedientes físicos) fue realizado por personal contratado y supervisado por el MSPS, el cual ha recibido de manera constante capacitación y entrenamiento respecto a las problemáticas propias del sector salud. Adicionalmente, este personal contratado estuvo sujeto a la reserva de la información y al respeto de las reglas fijadas por la Honorable Corte Constitucional.

El formato de recolección de información se diseñó para responder 4 preguntas, las cuales se presentan en el siguiente cuadro, divididas en tres módulos.

Tabla 5. Preguntas guía para el formato de recolección

Módulo	Pregunta	Principales variables recolectadas
A. Caracterización de las tutelas	1. ¿Cuáles son las características de los tutelantes (régimen, EPS, niveles de ingreso)?	-Identificación de la persona a quien se le tutelan los derechos -Identificación de la persona quien interpone la tutela -Régimen de salud y calidad de afiliación (beneficiario o cotizante) -Fecha de nacimiento y sexo -Vinculación laboral -Departamento y municipio
	2. ¿Cuál es el número de tutelas asociadas a los problemas jurídicos mencionados por la sentencia T-760 para 2017?	-Tipo de solicitud -Clasificación de la solicitud enmarcada en los problemas jurídicos de la Sentencia T-760
B. Análisis detallado de las solicitudes	3. ¿Cuál es la composición de las solicitudes realizadas por los tutelantes en el año 2017?	-Frecuencia del total de solicitudes (una tutela puede tener varias solicitudes)

		-Composición de las solicitudes por el tipo de servicios de salud (medicamentos, tratamientos, etc.)
C. Análisis de la decisión judicial	4. ¿Cuáles son las características de las decisiones judiciales?	-Decisión de primera instancia -Recursos utilizados en primera instancia (CTC, orden médica, análisis de capacidad de pago) -Apelación

Fuente: Elaboración propia, MSPS.

Es importante tener en cuenta que todo informe que pretenda medir las acciones de tutela en el marco de la Sentencia T-760 de 2008 debe contemplar en su análisis los problemas jurídicos planteados en la sentencia. En este sentido, tanto el instrumento de recolección de la información como el análisis mismo se han diseñado reconociendo dichos problemas jurídicos a través de categorías de agrupación de los datos.

4. RESULTADOS: ANÁLISIS DE LAS TUTELAS Y LAS SOLICITUDES

La información que se expone a continuación se construye a partir del análisis de los expedientes de acciones de tutelas, correspondiente a la muestra de la relación de tutelas suministrada semanalmente por la Honorable Corte Constitucional.

El número total de expedientes examinados por el MSPS fue de 3.533. De este total de casos se analizaron las siguientes variables: (i) Derecho de salud invocado; (ii) Características de edad y sexo; (iii) Régimen de afiliación; (iv) Naturaleza del accionante; (v) Existencia de representación legal; (iv) Naturaleza del demandando; y (v) Departamento y Municipio de residencia de los demandantes.

Este perfil de las acciones de tutela es clave para establecer los factores sociales y demográficos de los tutelantes que influyen en la decisión de accionar el sistema judicial a través del mecanismo de tutela. Así mismo, es determinante para la toma de decisiones por parte del operador Judicial y se convierten además en indicativos para la identificación de prioridades en el marco de las políticas en salud.

A lo largo del análisis también se evidenció que persiste una proporción de acciones de tutela que a pesar de invocar el derecho a la salud como derecho vulnerado, no tienen relación con una reclamación directa al Sistema de Salud, ya que obedecen a otro tipo de exigencias. En la mayoría de casos se trata de solicitudes de reconocimiento de pensión de vejez, reincorporación o reubicación del puesto de trabajo y litigios entre empresas privadas como empresas de medicina prepagada o disputas entre empresas de servicios públicos y telefonía celular, entre otros. Fueron 91 acciones de tutela que corresponden al 2,5% del total de acciones de tutelas analizadas.

4.1 Derechos Invocados

El mayor derecho invocado por los accionantes fue el derecho a la salud (participación de 97,7%²). Por su parte, la violación de derechos fundamentales como el del trabajo, el derecho de petición, seguido de la reclamación a la vida digna, correspondieron al 1,7% del total de las acciones de tutela analizadas. No se debe confundir estos derechos invocados - los cuales corresponden a la clasificación hecha por la Honorable Corte Constitucional - con el análisis que se hace más adelante de la muestra de tutelas recogidas, en donde luego del estudio por parte del equipo técnico de este Ministerio se logra determinar cuáles corresponden al derecho a la salud y cuales están por fuera de ese ámbito.

Tabla 6. Relación de acciones de tutela por derecho invocado, 2017

Derecho invocado	N° tutelas	Part (%)
Debido Proceso	5	0,1%
Libertad de conciencia	1	0,0%
Libre desarrollo de la personalidad	1	0,0%
Otros	14	0,4%
Presentar peticiones	31	0,9%
Salud	3.452	97,7%
Trabajo	12	0,3%
Vida	17	0,5%
Total general	3.533	100,0%

Fuente: Construcción propia MSPS, 2017. Datos Honorable Corte constitucional

Cabe mencionar que también fueron agrupados casos bajo la variable otros que corresponde a violaciones de otro tipo de derechos como los del derecho colectivo y del ambiente, y los relacionados con los sociales, económicos y culturales.

4.2 Existencia de representación en las acciones de tutelas

Por regla general la acción de tutela es interpuesta directamente por la persona a la cual se le estén vulnerando sus derechos fundamentales, dado que no se requiere apoderado para el efecto, sin perjuicio de que se pueda ejercer a través de un apoderado. De la misma manera, es procedente actuar mediante una agencia oficiosa, que puede ser ejercida por cualquier persona, siempre y cuando: (i) la persona titular de los derechos fundamentales invocados

² Es importante recordar que dentro de estas acciones se encuentran las enunciadas en la sección 2.1 (2,5% de los que invocaron la vulneración del derecho a la salud) que se excluyeron del análisis por estar mal catalogadas, por lo que se sumarían a las acciones que invocan otro derecho.

como vulnerados o violados no se encuentre en condiciones de ejercer por sí misma la defensa de sus derechos y; (ii) quien actúe como agente oficioso manifieste tal condición.

En el análisis realizado se pudo evidenciar que el 50,9% los accionantes lo realizan a título propio, y se da en una mayor cantidad en los grupos de edades entre los 45 a 64 años, seguido de la representación por agencia oficiosa con un 30,5%. Llama la atención que el grupo etario al cual se presenta más esta última figura jurídica es en los mayores de 65 años y más.

Tabla 7. Distribución por formas de representación en las acciones de tutela Vs Rango de edad, 2017.

Formas de representación	Representación por rango de edad								
	<1	1 a 5	6 a 14	15 a 44	45 a 64	65 o más	No específica	Total	Part. (%)
A título propio*	1	-	3	562	672	358	201	1.797	50,9%
Curador tutor padres	31	113	155	64	2	2	2	369	10,4%
Otra forma de agencia oficiosa	8	46	66	198	218	468	74	1.078	30,5%
Personería defensoría del pueblo ICBF	1	14	15	44	48	59	12	194	5,5%
Representada por abogado	-	9	3	27	20	21	15	95	2,7%
Total	41	182	242	895	960	908	304	3.533	100,0%

*Para el caso concreto de los menores de 18 años, durante el levantamiento de información no fue posible clarificar si la acción de tutela fue interpuesta por una persona diferente a quien se vulnera el derecho. Fuente: Construcción propia MSPS, 2017. Datos de la muestra de tutelas recogida de la Honorable Corte Constitucional

4.3 Características de los tutelantes (edad y sexo)

En 2017 no se observa una diferencia marcada por sexo en la demanda de algún servicio relacionado con la salud, aunque las tutelas en salud interpuestas por mujeres representan el 53,34% del total (Tabla 8). En relación con la edad, se observa que los grupos de 45-64 años, mayores de 65 años y 15-44 años son los que mayormente invocan la vulneración de un derecho por vía tutela con el 28,4%, 25,71% y 24,75%, respectivamente.

Tabla 8. Distribución por género y rango de edad, 2017.

Rango de edad	Femenino	Proporción	Masculino	Proporción	Total general	Proporción
1 a 5 años	81	53,29%	71	46,71%	152	4,30%
15 a 44 años	455	52,06%	419	47,94%	874	24,75%
45 a 64 años	582	58,03%	421	41,97%	1.003	28,40%
6 a 14 años	117	46,80%	133	53,20%	250	7,08%

Mayores de 65 años	517	56,94%	391	43,06%	908	25,71%
Menores 1 año	17	41,46%	24	58,54%	41	1,16%
no específica	115	37,83%	188	61,84%	305	8,60%
Total general	1.884	53,34%	1.647	46,63%	3.533	100,00%

Fuente: Construcción propia MSPS, 2017. Datos de la muestra de tutelas recogida de la Honorable Corte Constitucional.

Lo anterior guarda coherencia con la transición epidemiológica y la carga de enfermedad para el caso de la población entre los rangos entre los 44 y 64 años y más de 64 años³. El envejecimiento de la población por lo general genera una mayor presión sobre los servicios de salud debido a las mayores necesidades en salud de este grupo poblacional.

4.4 Personas en situación de vulnerabilidad

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

En correspondencia con las dinámicas demográficas arriba descritas, las personas de la tercera edad con un 32,9% de participación, es el grupo en situación de vulnerabilidad que presenta mayor número de acciones de tutela frente a los demás grupos en situación de vulnerabilidad.

Tabla 9. Distribución de acciones de tutela por grupos vulnerables 2017

Grupos Vulnerables	Cantidad de casos	Participación (%)
La tercera edad (mayores de 60 años)	1.162	32,90%
Niños y niñas menores de 12 años	388	11,00%
Niños, niñas y adolescentes entre 12 y 18 años	162	4,60%
Reclusos	60	1,70%
Personas en situación de discapacidad	42	1,20%
La mujer embarazada	29	0,80%
Víctimas de violencia y del conflicto armado (se incluyen víctimas de violencia sexual y desplazados)	8	0,20%
Indígenas y minorías étnicas	7	0,20%
Homosexuales	2	0,10%
Veteranos de la fuerza pública	2	0,10%

³ El país ha venido experimentado una transición demográfica con disminución en las tasas de fecundidad y mortalidad, y aumento de la edad promedio, con sus consecuentes cambios en el perfil epidemiológico, caracterizados por el aumento pronunciado y sostenido de las enfermedades crónicas no transmisibles, propias de la población adulta y adulta mayor.

Personas con enfermedades huérfanas	1	0,00%
Población General *	1.670	47,30%
Total general	3.533	100,0%

Fuente: Construcción propia MSPS, 2017. Datos de la muestra de tutelas recogida de la Honorable Corte Constitucional.

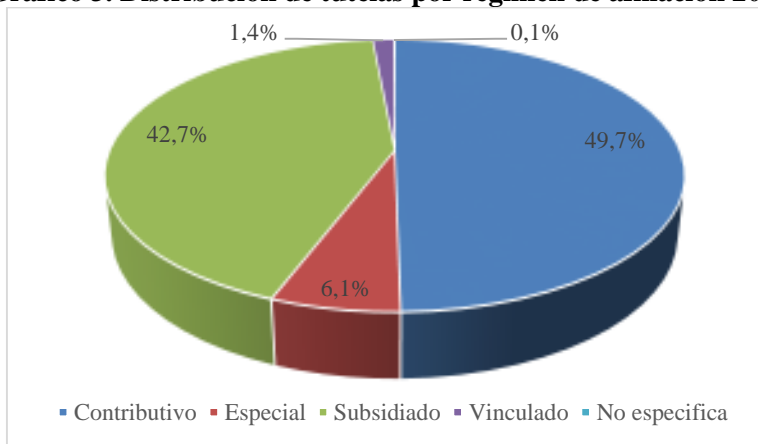
Nota: * Corresponde a la población general no incluida en ninguna de estas categorías

4.5 Régimen de afiliación y naturaleza de entidades demandadas

Se describe el régimen de aseguramiento de la totalidad de los tuteantes (incluidas las tutelas determinadas luego del estudio de los expedientes como no-salud), debido a que es un factor indirecto de determinación de la capacidad económica de accionante y, adicionalmente, es un insumo más amplio para la política pública sectorial.

En este sentido, se registró que el 49,7% de los afiliados pertenecen al régimen contributivo, seguido del 42,7% al régimen subsidiado y el 6,1% a un régimen especial o de excepción (ver Gráfico 3). Llama la atención, por tanto, el hecho que cerca de la mitad de las personas que interponen una acción de tutela cuentan, como mínimo, como un ingreso base de cotización.

Gráfico 3. Distribución de tutelas por régimen de afiliación 2017



Fuente: Construcción propia MSPS, 2017. Datos de la muestra de tutelas recogida de la Honorable Corte Constitucional

4.6 Caracterización de los problemas jurídicos y servicios

Como se mencionó previamente, el análisis de las tutelas de salud se hace con base en los problemas jurídicos que se encuentran contenidos en la Sentencia T-760 de 2008. En este orden de ideas, cada tutela (expediente) presenta una serie solicitudes puntuales, que no son mutuamente excluyentes. Por tal motivo, se expone, en primer lugar, el análisis de las

solicitudes contenidas en las tutelas, enmarcado en los problemas jurídicos de la mencionada sentencia. Posteriormente, se analiza el tipo de servicios de salud que se está reclamando.

Los datos a continuación, son tomados y analizados de los 3.442 expedientes relacionados exclusivamente con el ámbito de salud (excluyendo las 91 acciones encontradas que correspondían a otros ámbitos distintos).

4.6.1 Análisis de las solicitudes

Con la finalidad de identificar las causas que dieron origen a la instauración de las acciones de tutela por parte de los usuarios (las solicitudes al interior de cada tutela), fue necesario determinar criterios de selección que las agruparan en categorías y subcategorías de manera sistemática para poder hacer un análisis comprensible.

La inclusión de dichas categorías y subcategorías de clasificación permite a las instancias regulatorias adoptar medidas tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, así como a los organismos de inspección, vigilancia y control, enfocar acciones de evaluación y seguimiento.

Antes de ahondar en la descripción de los principales resultados, es importante aclarar que el número de solicitudes es mayor que el número de acciones de tutelas, es decir, que en cada acción de tutela (invocación del derecho) pueden (y de hecho se da en su mayoría) existir varias reclamaciones (solicitudes), razón por la cual en este aparte la unidad de análisis es la solicitud y no necesariamente la tutela.

Adicionalmente, en una misma tutela y en una misma solicitud pueden estar incluidos varios servicios de salud. Por ejemplo, una tutela que puede clasificarse dentro de las categorías de solicitud de (i) “servicio NO POS que fue aprobado pero que está demorado” y (ii) “solicitud de atención integral”, puede incluir la reclamación por varios servicios de salud como una cita con especialista, el inicio de un tratamiento farmacológico y una cirugía. En este caso, tenemos una (1) tutela, con dos (2) solicitudes y tres (3) servicios de salud.

En este orden de ideas, los análisis a partir del número de tutelas solamente son insuficientes y de acuerdo a la metodología sugerida por el MSPS, es mucho más preciso el diagnóstico de la situación a partir de la evaluación de las solicitudes. El otro punto desde el cual se puede hacer el análisis es el de los servicios de salud, pero siendo éste tan específico, no puede hacerse de manera aislada de los otros dos puesto que se incurriría nuevamente en una información insuficiente para entender la problemática por su especificidad.

A continuación, en la Tabla 11, se presentan los resultados a partir de las solicitudes definidas para este estudio. En 2017, la causa que origina mayor número de tutelas es la “Solicitud de servicio de salud pos que no ha sido negado pero está demorado” (43,2%), seguido de “Solicitud de atención integral” con el 18,6% y “Solicitud de servicio de salud no pos que fue aprobado pero esta demorado” con un 17,1%.

Tabla 10. Agrupación por tipo de solicitudes que originaron las acciones de tutela en salud, 2017

Categorías de Solicitudes	Contributivo	Especial	Subsidiado	Vinculado	N° Casos	Porcentaje
(i)Solicitud de servicio de salud pos que no ha sido negado pero está demorado	1.764	231	1.442	43	3.480	43,2%
(ii)Solicitud de atención integral.	734	65	673	21	1.493	18,6%
(iii)Solicitud de servicio de salud no pos que fue aprobado pero esta demorado	598	66	709	6	1.379	17,1%
(iv)Solicitud de servicio sin prescripción médica y negado por ser no pos	309	40	357	0	706	8,8%
(v)Solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser no pos.	194	18	190	0	402	5,0%
(vi)Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos.	160	1	167	7	335	4,2%
(vii)Solicitud de traslado de una persona a la que se le niega por otras razones	36	2	27	7	72	0,9%
(viii)Solicitud de prestador específico por parte del paciente, no existe una atención previa	45	4	19	0	68	0,8%
(ix)Solicitud de que se mantenga un mismo prestador	21	3	13	0	37	0,5%
(x)Solicitud de reconocimiento de incapacidad por enfermedad general negada por pago tardío.	24	0	0	0	24	0,3%
(xi)Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red.	16	0	5	0	21	0,3%
(xii)Solicitud de servicio de salud negado por pertinencia médica	8	1	4	0	13	0,2%
(xiii)Solicitud de licencia de maternidad o paternidad negada porque no cotizó todo	8	0	0	0	8	0,1%

Categorías de Solicitudes	Contributivo	Especial	Subsidiado	Vinculado	N° Casos	Porcentaje
el embarazo o cotizó tardíamente.						
(xiv)Solicitud de prestación de servicios que son negados por mora en la cotización.	3	0	0	0	3	0,0%
(xv)Solicitud de documentos: historia clínica	1	1	0	0	2	0,0%
(xvi)Solicitud de traslado de una persona a la que se le niega a pesar de haberse cumplido el tiempo necesario para poder trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica y, por tanto, debería esperar más tiempo para poder trasladarse.	1	0	1	0	2	0,0%
No aplica	1	0	1	0	2	0,0%
Total	3.923	432	3.608	84	8.047	100,0%

Fuente: Construcción propia MSPS, 2017. Datos de la muestra de tutelas recogida de la Honorable Corte Constitucional

Es relevante anotar que lo observado con los servicios que presentan una deficiencia en la oportunidad de prestación, es consistente con lo evidenciado en los resultados de la Encuesta de percepción de los usuarios de las EPS, donde su principal queja son las demoras en los trámites para acceder a un servicio de salud.

En relación con los dos regímenes más importantes, contributivo y subsidiado, se observa una leve diferencia entre ambos regímenes: 3.923 casos y 3.608 casos respectivamente. Esto es diferente a lo encontrado en 2016, donde en ambos regímenes hubo un comportamiento similar.

Sin embargo, para las categorías de solicitudes de menor prevalencia llama la atención algunas diferencias. En particular, las solicitudes en que se solicita un prestador puntual, un servicio negado por pertinencia médica o por no ser ordenado por médico adscrito a la red o una licencia de maternidad/paternidad o reconocimiento de incapacidad por enfermedad negada por pago se encuentra una mayor concentración (casi del doble) en el régimen contributivo que en el régimen subsidiado.

Es importante mencionar la necesidad de hacer ajustes a la metodología del próximo año, y puntualmente en la categorización de las solicitudes, debido a los cambios estructurales que introdujo la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751, 2015). En particular, en la actualidad, el

conjunto de prestaciones y tecnologías en salud no cubiertas por el sistema (i.e. que no pueden ser pagadas con recursos públicos) está definido a partir de un mecanismo de exclusiones (reglamentado por el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018). Las exclusiones deben cumplir al menos uno de los criterios establecidos en la ley (ser experimentales, no efectivas, no autorizadas, prestadas en el exterior o con fines meramente estéticos) y deben estar antecedidas de una discusión pública, primero, por un grupo técnico-científico y, luego, por los pacientes afectados. Por su parte, el conjunto de prestaciones cubiertas se divide en dos grupos: (i) prestaciones que garantizan la protección colectiva del derecho a la salud y que son, en conjunto, financiadas con cargo a la UPC; y (ii) prestaciones que garantizan la protección individual del derecho y que son ordenadas mediante el aplicativo Mipres y financiadas, una a una, por un fondo público (a cargo de la Nación en el régimen Contributivo y de los departamentos y distritos en el régimen Subsidiado). Dicho ajuste corresponde a una de las medidas implementadas por el MSPS para garantizar el derecho a la salud y reducir con ello el número de tutelas del sector (ver sección 6).

4.6.2 Servicios solicitados

Como se señaló anteriormente, una tutela puede contener varias solicitudes. A su vez, dichas solicitudes pueden contemplar servicios específicos que pueden estar relacionados con tecnologías en salud o con trámites administrativos como documentos de historias clínicas, o con prestaciones sociales como lo son viáticos, manutención, entre otros. En virtud de lo anterior y, al igual que con lo realizado con las solicitudes, se han definido unas categorías de agrupación de estos servicios (tipo de servicio), las cuales se analizan en este apartado⁴.

En la Tabla 12 se observa que el tratamiento integral (25,1%), las citas médicas (13,8%), medicamento (11,7%) y los procedimientos (9,9%) son los servicios que con mayor demanda reclaman los usuarios del SGSSS.

Tabla 11. Agrupación por tipo de servicio 2017

Servicio	N° Casos	% Part
Tratamiento integral	1.932	25,1%
Citas medicas	1.064	13,8%
Medicamento	903	11,7%
Procedimiento	761	9,9%
Viáticos	707	9,2%
Imagen diagnostica	339	4,4%
Insumo para el aseo personal	266	3,5%
Cirugía plástica reparadora o funcional	249	3,2%
Referencia y contrarreferencia	190	2,5%

⁴ Para este año, se preservan las categorías sin cambios.

Servicio	Nº Casos	% Part
Contingencias económicas	186	2,4%
Afiliaciones	172	2,2%
Exámenes de laboratorio y complementarios	170	2,2%
Suplemento dietario	140	1,8%
Prótesis u ortesis	138	1,8%
Recurso humano (at)	105	1,4%
Cosméticos	77	1,0%
Atención domiciliaria (at)	75	1,0%
Dispositivo medico	61	0,8%
Material de curación	42	0,5%
Servicio de ambulancia	39	0,5%
Enseres	37	0,5%
Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento	24	0,3%
Análisis conductual aplicado (aba)	12	0,2%
No aplica	6	0,1%
Total	7695	100,0%

Fuente: Construcción propia MSPS, 2017. Datos de la muestra de tutelas recogida de la Honorable Corte Constitucional

La reclamación de “tratamientos integrales” puede estar mediado por el temor de los usuarios a que durante la ejecución de un tratamiento determinado esos servicios y tecnologías prescritos por el médico tratante no fueran suministrados oportunamente. Lo anterior debido a los diferentes trámites administrativos que se debe seguir para obtener las correspondientes autorizaciones, interrumpiendo el normal transcurrir del tratamiento.

Las acciones que solicitan la entrega de medicamentos, las prácticas de cirugías plásticas reparadoras o funcionales y la realización de algunos procedimientos o entrega de insumos, pueden tener como causa la falta de claridad que tienen las entidades aseguradoras, los médicos tratantes y los usuarios, acerca de lo que se encuentra incluido en el plan de beneficios y se financia con recursos de la UPC, lo que no se encuentra incluido en el plan de beneficios pero que se financia con recursos del Sistema de Salud dado su pertinencia y cumplimiento de las subreglas establecidas por Honorable Corte Constitucional y lo que definitivamente se trata de servicios que no deben ser financiados con recursos del sistema.

Con respecto a la causa relacionada con la “referencia y contrareferencia”, ésta puede estar evidenciada principalmente por el casi inexistente intercambio de la información de registros clínicos entre prestadores y aseguradores, los deficientes procesos de articulación entre los

mismos y a la baja oferta de servicios de salud con calidad que tienen los prestadores de servicios de salud del primer nivel de atención⁵.

Por otro lado, al indagar por el tipo de citas médicas que se solicitan, existe una amplia variabilidad de los datos, sin existir una especialidad dominante, siendo la más solicitada Ortopedia (9,1%), seguido por Oftalmología retinología (8,0%) y Medicina Interna (7,2%) (Tabla 13). En términos generales, sin embargo, si es posible afirmar que ciertas especialidades médicas - y no la atención por medicina general - son las más solicitadas vía acción de tutela.

Tabla 12. Distribución por especialidad médica requerida en el servicio de citas médicas 2017

Especialidad médica	Nº Casos	% Part
Ortopedia	97	9,1%
Oftalmología retinología	85	8,0%
Medicina interna	77	7,2%
Neurología	66	6,2%
Cirugía general	51	4,8%
Psiquiatría	43	4,0%
Anestesiología	42	3,9%
Oncología	42	3,9%
Urología	42	3,9%
Cardiología	39	3,7%
Medicina del trabajo del deporte	39	3,7%
Ginecología y obstetricia	38	3,6%
Otorrinolaringología	38	3,6%
Endocrinología	36	3,4%
Fisiatría	34	3,2%
Nutricioista	22	2,1%
Angiología y cirugía vascular	21	2,0%
Gastroenterología	20	1,9%
Neurocirugía	19	1,8%
Dermatología	18	1,7%
Neumología	18	1,7%

⁵ Al respecto, vale la pena señalar que a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, se observa una disminución en la oferta de servicios de los primeros niveles de atención, la cual ha disminuido entre 2013 y 2016 en un 2.8%; en el segundo nivel se presenta el mismo comportamiento con una disminución del 1.5%; mientras que hay un crecimiento significativo de las IPS públicas de tercer nivel de atención las cuales crecen durante el mismo periodo en 9.8%. Adicionalmente, los niveles de atención básicos presentan alta obsolescencia tecnológica, deficiencia en cantidad, pertinencia y calidad del personal de salud y de infraestructura (MSPS, 2016, pág. 14).

Especialidad médica	N° Casos	% Part
Odontología	18	1,7%
Reumatología	17	1,6%
Neuropediatría	15	1,4%
Pediatría	14	1,3%
Hematología	13	1,2%
Cirugía cardiovascular	10	0,9%
Nefrología	10	0,9%
Medicina general	9	0,8%
Traumatología	9	0,8%
Infectología	8	0,8%
Cirugía plástica, estética y reparadora	6	0,6%
Radiología	6	0,6%
Rehabilitación	6	0,6%
Neuropsicología	5	0,5%
Alergología	4	0,4%
Cirugía oral y maxilofacial	4	0,4%
Cirugía ortopédica y traumatología	4	0,4%
Cirugía pediátrica	4	0,4%
Genetista	3	0,3%
Terapias físicas de lenguaje y demás relacionadas	3	0,3%
Cirugía torácica	2	0,2%
Hepatología	2	0,2%
Inmunología	2	0,2%
Proctología	2	0,2%
Geriatría	1	0,1%
Medicina familiar	1	0,1%
No aplica	1	0,1%
Total	1066	100,0%

Fuente: Construcción propia MSPS, 2017. Datos de la muestra de tutelas recogida de la Honorable Corte Constitucional

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

- i. Escasez de especialistas para la demanda requerida. “...en el marco de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), de acuerdo a lo definido en la Resolución 429 de 2016 de este Ministerio, con el que se espera, entre otras cosas, fortalecer el trabajo interprofesional y colaborativo entre los diferentes

perfiles. Así mismo, se busca mejorar la resolutiveidad y pertinencia en los equipos multidisciplinares de salud del componente primario de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud” (Resolución 1441 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.)

- ii. Concentración de especialistas en las grandes urbes del territorio nacional. De acuerdo con el Registro Único de Talento humano en Salud (ReTHUS) y la ubicación laboral reportada en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes al SGSSS, para el año 2016 se observa una mayor densidad de profesionales de la salud en las zonas urbanas (102 por cada 10 mil habitantes), respecto a las zonas rurales (40,8) y dispersas (28,1).
- iii. Saturación de solicitudes de atención por especialista debido a la baja capacidad resolutoria del personal de la salud de los primeros niveles de atención, que remiten los casos a prestadores de mayor complejidad. La baja resolutiveidad se presenta no solo para la atención sino para la prevención de la enfermedad y el cuidado paliativo. El perfil del médico general y de las especialidades médicas básicas muestran obsolescencia y subutilización en los servicios, los odontólogos generales, bacteriólogos y enfermeros, han perdido la mayor parte de la capacidad y competencias para resolver las necesidades de salud en el primer nivel de atención, y todos ellos no muestran competencias para la coordinación de programas e intervenciones comunitarias dada la tendencia a perfiles de formación hospitalocéntricos. Algunos perfiles han desaparecido; entre ellos, el promotor de salud, los gestores en salud, los agentes comunitarios y los auxiliares de salud pública que deben hacer parte del talento humano en salud para contribuir con acciones de promoción y prevención. El sistema pone su capacidad de respuesta principalmente en los médicos especialistas cuando ésta atención debe ser excepcional (documento de Política de Atención Integral en Salud pág.21).

4.6 Caracterización de las decisiones judiciales

En esta sección se aborda desde lo consignado en la tutela, las diferentes herramientas con la que cuenta el juez para proferir su decisión. Del mismo modo, se detalla la identificación del demandado, el papel que juega éste en todo el proceso de la tutela, el sentido de las decisiones judiciales, entre otros. Sin embargo, y tal como se expresó en la parte introductoria, se está realizando la debida minería de los datos con distintas fuentes de información adicionales con la finalidad de contar con escenario más amplio para entender mejor la problemática.

4.6.1 Sentido de las decisiones de Primera y Segunda Instancia

De los 3.442 expedientes analizados, en el 65,7% de los casos se concede todo lo solicitado y en el 20,3% de los casos se concede de manera parcial lo solicitado por el demandante. En aproximadamente el 13,1% de los casos fue negada la tutela principalmente por considerarse un hecho superado o por ser considerado improcedente.

Tabla 13. Agrupación de decisiones judiciales de primera instancia

Decisiones judiciales de Primera Instancia	Nº Casos	Participación (%)
Concede todo lo solicitado	2.263	65,7%
Concede parcialmente lo solicitado	699	20,3%
Niega lo solicitado porque es un hecho superado porque se suministró el servicio mientras se tramitaba la tutela	263	7,6%
Niega por improcedente	191	5,5%
Niega lo solicitado por daño consumado por muerte del demandante	8	0,2%
Sin determinar	5	0,1%
Niega por una acción temeraria	4	0,1%
Niega porque existían otros recursos o medios de defensa	4	0,1%
Niega lo solicitado porque se concluyó que el servicio no era necesario para proteger la vida o la integridad del paciente	3	0,1%
Niega lo solicitado porque el médico que ordenó el servicio no hacía parte de la red	1	0,0%
Niega porque se trata de hechos de carácter general impersonal o abstractos	1	0,0%
Total general	3.442	100,0%

Fuente: Construcción propia MSPS, 2017. Datos de la muestra de tutelas recogida de la Honorable Corte Constitucional.

Nota: No incluye los registros Ámbito: “No salud” (91 registros)

En contraste, solo el 18,4% impugnó la decisión judicial, mientras en el 81,3% de los casos quedo en firme la decisión de primera instancia (Tabla 15).

Tabla 14. Relación de acuerdo a la impugnación del fallo de primera instancia 2017

Impugnación de fallo primera instancia	Nº Casos	%
No se impugnó	2.791	81,1%
Impugnó la EPS	487	14,1%
Impugnó el demandante	107	3,1%
Impugno régimen de excepción - otras entidades relacionadas	24	0,7%
Sin determinar	12	0,3%
Impugno EPS - entidad territorial	5	0,1%
Impugno EPS - prestador de servicios de salud	5	0,1%
Impugno entidad territorial - otras entidades relacionadas	2	0,1%
Impugno la IPS	2	0,1%
Impugno prestador de servicios de salud - entidad territorial	2	0,1%
Impugno prestador de servicios de salud - régimen de excepción	2	0,1%
Impugno EPS - otras entidades relacionadas	1	0,0%

Impugno prestador de servicios de salud - otras entidades relacionadas	1	0,0%
Promiscuo municipal	1	0,0%
Total general	3.442	100,0%

Fuente: Construcción propia MSPS, 2017. Datos Honorable Corte Constitucional

5 SOBRE EL GOCE EFECTIVO Y LA EVALUACIÓN DE LOS AGENTES DEL SISTEMA DE SALUD Y SUS INDICADORES

La Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria) en su artículo 7 establece que:

“El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad”

Adicionalmente, el Auto 590 de 2016, en su orden cuarta establece que este Ministerio:

“cree los indicadores de goce efectivo (GED) como base para la evaluación de la gestión de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud...”

Sobre lo anterior, el MSPS desde el año 2014 viene construyendo y divulgando el Sistema de Evaluación y Calificación de Actores (SEA), en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 111 de la Ley 1438 de 2011. Dicha Ley especifica la responsabilidad del Ministerio de desarrollar un Sistema de Evaluación y Calificación de los actores (SEA), con el propósito de dar a conocer públicamente información relacionada con la gestión del riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, así como la calidad en la atención en salud y la satisfacción del usuario frente a estos actores del SGSSS.

En este sentido, las mediciones del SEA dan cuenta directa e indirectamente de los elementos esenciales del goce efectivo del derecho fundamental a la Salud, que establece la mencionada Ley Estatutaria (Ley 1751 de 2015).

Desde el punto de vista técnico, cabe mencionar que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (OECD, 2015) y la Organización Mundial para la Salud (OMS) han recomendado y propuesto sistemas de desempeño, que abarcan las dimensiones: eficiencia, seguridad de la atención, acceso, equidad, sostenibilidad financiera, calidad de la atención, y experiencia de la población en el sistema de salud.

Considerando lo anterior, el MSPS ha trabajado y elaborado diferentes estrategias de seguimiento y evaluación al desempeño de los actores del SGSSS para, de igual manera, medir lo mejor posible el goce efectivo a la salud, a saber: el Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, con el cual se construye el Ranking u Ordenamiento de las EPS; el Sistema de Información para la Calidad, el Sistema de Evaluación y Calificación de Actores (SEA) y la evaluación de los indicadores del goce efectivo. Estos sistemas han sido divulgados y publicados a todos los actores del

sistema, incluyendo los usuarios, a través del Observatorio Nacional de Calidad en Salud (MSPS, 2018), con el propósito de empoderar a la población en la toma de decisiones en salud.

La Tabla 15 corresponde a los indicadores propuestos para medir el goce efectivo, entorno a los elementos esenciales del mismo, con sus respectivos resultados para los años 2016 – 2017.

Tabla 15. Indicadores de goce efectivo del derecho a la salud

Elementos esenciales	Actores	Indicadores	Sem I-2016	Sem II-2016	Sem I-2017
Disponibilidad	IPS	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	39,5%	45,0%	SD
		Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)	57%	NA	64,9% **
		Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), con diagnóstico de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH)	0,90% *	NA	0,46% **
	EAPB	Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral	90,1% *	NA	92,1% **
		Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	61,63% *	NA	66,3% **
		Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para Virus de inmunodeficiencia Humano con Terapia Antirretroviral (TAR)	93,7% *	NA	95% **
	ETS	Prevalencia de Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en personas de 15 a 49 años	0,2% *	NA	0,2% **
Aceptabilidad	IPS	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	92,9%	90,0%	95,6%
	EAPB	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la EPS	72,9%	NA	72,6%
Accesibilidad	IPS	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	2,9 días	2,9 días	3,6 días
		Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	119,0 min	111,0 min	90,3 min
		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	11,6 días	14,5 días	13,8 días
		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	9,7 días	11 días	9,1 días
	EAPB	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	8,2 días	9,3 días	9,15 días
		Tiempo promedio de espera para la autorización de Resonancia Nuclear Magnética	4 días	2 días	2,3 días
		Tiempo promedio de espera para la autorización de Cirugía de Reemplazo de Cadera	2,4 días	2,7 días	3 días
Calidad	IPS	Proporción de personas con Diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre	32,3% *	NA	43,4% **
		Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto	46,6% *	NA	51,3% **
	EAPB	Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral	90,1% *	NA	92,1% **
		Proporción de pacientes diabéticos controlados	60,8% *	NA	52% **
		Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	50,3 días*	NA	60,1**
	ETS	Prevalencia de Diabetes Mellitus	1,91% *	NA	2% **
		Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer	9,1%	9,0%	9,2% **

Fuente: Construcción propia MSPS, Sistema de Información para la Calidad. SD: sin dato aun procesado. NA: No Aplical. *Información 2015. ** Información 2016. Estos indicadores se calculan desde la Cuenta de Alto Costo y estos presentan rezago de 1 año.

Disponibilidad

Dado que este elemento esencial habla de garantizar la existencia de servicios y programas de salud, para la selección de los indicadores se tuvieron en cuenta aquellas temáticas en salud priorizados en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, así como en sus objetivos estratégicos. De esta manera, se seleccionaron los programas trazadores de Salud Materna, Enfermedades Crónicas No Transmisibles (Diabetes Mellitus) y VIH (Enfermedades Transmisibles).

En cuanto a la salud materna, se observan mejorías entre los periodos bajo estudio. Se evidencia que el porcentaje de gestantes que asisten a control prenatal antes de las 12 semanas de gestación paso de 39,5% al 45,0%, entre el primer y segundo semestre de 2016 respectivamente. Así mismo, aumentó el porcentaje (92,1% en 2017) de gestantes que cuentan con serología trimestral durante su embarazo. Estas mejorías posiblemente han contribuido a la disminución de la razón de mortalidad materna de los últimos años, que entre 2012 y 2016 pasó de 65,8 a 51,2 muertes por 100.000 nacidos vivos, respectivamente.

En cuanto a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, se observa un aumento en la captación de personas con Diabetes Mellitus, pasando de 61,6% a 66,3%, así como un aumento en el porcentaje de personas con Diabetes Mellitus con son estudiadas para Enfermedad Renal Crónica, la cual es una enfermedad catalogada como de Alto Costo para el Sistema de Salud. Aquí es importante anotar, que Colombia, al igual que la mayoría de los países de la región (América Latina y el Caribe), experimenta la segunda fase de transición demográfica, caracterizada por el descenso vertiginoso de las tasa de natalidad hasta equiparar valores reducidos junto con la mortalidad; como consecuencia, los países de la región están experimentando cambios en las estructuras poblacionales por edad evidenciándose principalmente una reducción en la población infantil y un aumento en la población de personas mayores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Este aumento, en la población de personas mayores, ha hecho que en términos de morbilidad atendida, predominen las enfermedades crónicas no transmisibles con un 76% sobre el total por grandes grupos de carga de enfermedad, porcentaje similar al de los países desarrollados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Finalmente, a pesar del aumento en la prevalencia de VIH en el país (0,19% a 0,21% entre 2016 y 2017) se observa que en lo concerniente a las atenciones en salud que reciben estas personas, ha habido mejoras, como por ejemplo el aumento en el porcentaje de gestantes que reciben tratamiento antirretroviral, pasando de 93,7% a 95% entre 2016 y 2017, publicado respectivamente.

Aceptabilidad

Este elemento esencial establece que los establecimientos deberán prestar servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto de la confidencialidad; permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten. Es por lo

anterior que, para este elemento, se seleccionaron dos indicadores que dieran cuenta de la satisfacción de los usuarios del sistema de salud.

En los resultados encontrados, se evidencia una mayor satisfacción global por parte de los usuarios con las IPS, que para el primer semestre de 2017 se encontraba en un 95,6%. Por su parte, la satisfacción global de los usuarios con respecto a su EPS para el año 2017 se encontraba en un 72,6%.

Accesibilidad

De acuerdo a lo definido de este elemento en la Ley Estatutaria (Ley 1751, 2015), la accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información. De esta manera se seleccionaron (en particular, por cuestiones de disponibilidad de la información) indicadores que por el momento dieran cuenta del acceso físico, a través de la oportunidad de la atención en salud. Además, medir la oportunidad permite realizar seguimiento y análisis a las demoras en la atención, que es la principal causa por la cual en el año 2017 interpusieron tutelas los usuarios (Ver sección 4.6.1 Análisis de Solicitudes)

La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutiveidad es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias. El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento en la calidad de la atención.

De acuerdo a lo reportado a través del Sistema de Información para la Calidad (SIC) por las IPS, en Colombia el tiempo promedio de espera para la asignación de cita con medicina general en los últimos 3 años no ha superado los 3 días (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), el cual incluso es el tiempo máximo permitido por el Decreto Ley 019 de 2012⁶.

Con respecto a la atención en Urgencias, el MSPS, a través del SIC, realiza seguimiento al indicador de “tiempo para la atención de un paciente en urgencias clasificado con triage 2⁷. Se observa que entre el primer semestre de 2016 y el primer semestre de 2017 hubo una

⁶ Artículo 123. Programación de citas de consulta general. “... La asignación de estas citas no podrá exceder los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud...”

⁷ El triage la clasificación de la gravedad, sintomatología y problema de salud que presenta un paciente cuando llega al servicio de urgencias y que permite definir la prioridad de la atención.

disminución de casi media hora (28,7 min) cuando paso de 119 minutos a 90,3 minutos respectivamente.

Calidad

Al igual que con el elemento de disponibilidad, para este se seleccionaron las temáticas de acuerdo a los objetivos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

En el caso de Diabetes Mellitus, se observa una mejoría en el porcentaje de diabéticos a quienes se les realiza la toma de hemoglobina glicosilada, indispensable en el manejo de los pacientes con esta enfermedad, la cual paso de 32,3% a 43,4% entre 2016 y 2017, respectivamente. Lo anterior contrasta con el porcentaje de diabéticos controlados, el cual ha disminuido pasando de 60,8% a 52% entre los periodos publicados respectivamente.

6 ESTUDIO DE CIRCUNSTANCIAS INTERNAS DE ASEGURADORES

En atención a lo señalado en el Auto 590 de 2016 de la Honorable Corte Constitucional, concretamente en el Numeral 9.3.1 que conmina al MSPS a “... v) *identificar las causas principales por las cuales se invoca el amparo describiendo el tipo de medicamentos, procedimientos, insumos y demás tecnologías requeridas; vi) si existe en el marco de causa la “negación del servicio” las razones de la negación, al igual si es por “demora” en el mismo*”, este Ministerio decidió profundizar en el conocimiento de dichas causas y circunstancias para fortalecer las medidas adoptadas y la asertividad de la política pública.

En consecuencia, a partir de la muestra de los expedientes recogida en la Honorable Corte Constitucional, se identificaron y analizaron las causas por las que los usuarios acuden a interponer acciones de tutela para cada una de las EPS. No obstante, en los expedientes no se describen las causas originarias o subyacentes detrás de la vulneración al derecho invocada, razón por la cual, este Ministerio envió comunicación escrita del 23 de enero de 2017 (ver Tabla 16), a cada una de las EPS. En la comunicación, a partir del perfil individual de sus tutelas, se le solicita a las EPS que indiquen las causas internas por las cuales los usuarios se ven abocados a utilizar dicho mecanismo de protección, y qué acciones ha implementado la EPS para superar esos inconvenientes y garantizar a los usuarios el derecho a la salud. Estamos a la espera de la respuesta.

Con la información resultante, se planea consolidar y analizar los resultados y conformar una mesa de trabajo con las EPS para realizar la retroalimentación, profundizar en el análisis, conocer las acciones que hayan incidido positivamente y promover su adopción e implementación por parte de las demás EPS. Adicionalmente, el trabajo desarrollado en esta mesa será un insumo fundamental para el fortalecimiento de la política sectorial.

Así mismo, se planea avanzar en la definición de acciones para que con el acompañamiento de la Superintendencia Nacional de Salud y este Ministerio, los aseguradores emprendan

acciones orientadas a superar las prácticas que llevan a los usuarios a utilizar la acción de tutela como mecanismo para proteger su derecho a la salud.

Tabla 16. Radicados de comunicaciones a EPS.

EPS	Radicado	Fecha
Famisanar Ltda. -Cafam – Colsubsidio- EPS	201814000054731	23/01/2018
Emssanar EPS	201814000054701	23/01/2018
Emdisalud EPS	201814000053521	22/01/2018
Ecoopsos EPS	201814000053511	22/01/2018
Dusakawui EPSI	201814000053451	22/01/2018
Cruz Blanca EPS	201814000053431	22/01/2018
Coosalud EPS	201814000053421	22/01/2018
Coomeva	201814000053411	22/01/2018
Convida	201814000053361	22/01/2018
Comparta	201814000053341	22/01/2018
Comfenalco Valle EPS	201814000053231	22/01/2018
Comfasucre	201814000053181	22/01/2018
Comfaoriente eps	201814000053111	22/01/2018
Comfamiliar Nariño	201814000052931	22/01/2018
Comfamiliar Huila	201814000052761	22/01/2018
Comfamiliar Cartagena	201814000052691	22/01/2018
Comfaguajira	201814000052611	22/01/2018
Comfacundi	201814000051841	22/01/2018
Comfacor	201814000051831	22/01/2018
Comfamiliar Chocó	201814000051771	22/01/2018
Comfaboy	201814000051511	22/01/2018
Capresoca	201814000051431	22/01/2018
Capital Salud EPS	201814000051401	22/01/2018
Cajacopi	201814000051361	22/01/2018
Asmet Salud	201814000051251	22/01/2018
Anas Wayuu EPSI	201814000050531	22/01/2018
Ambuq EPS	201814000050431	22/01/2018
Aliansalud EPS	201814000050371	22/01/2018
A.I.C. EPSI	201814000050201	22/01/2018

7 MEDIDAS ADOPTADAS DURANTE LA VIGENCIA 2017

A continuación se describen las principales acciones de reglamentación, de política pública y de rectoría que este Ministerio ha realizado para continuar impactando positivamente el sector y hacer frente a las problemáticas que dan origen a la interposición de tutelas en salud.

7.6 Ley Estatutaria en Salud: Protección colectiva, protección individual y exclusiones

De acuerdo con la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015)⁸, en particular en su Artículo 15:

“El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;*
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;*
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;*
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;*
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;*
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.*

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad. Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.”

Bajo este mandato, el país ha venido ordenando la cobertura del sistema público de salud, definiendo qué se cubre y qué no se cubre y de qué manera se paga (diferencialmente) por lo cubierto. Además de definir el mecanismo para decidir la incorporación de las nuevas

⁸ “Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” (Ley 1751, 2015).

tecnologías (mecanismo de exclusiones)⁹, este reordenamiento implica ajustes frente a la definición de las prestaciones cubiertas. Dichas prestaciones pueden dividirse en dos: (i) prestaciones que garantizan la protección *colectiva* del derecho a la salud y que son, en conjunto, financiadas con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC); y (ii). prestaciones que garantizan la protección *individual* del derecho y que son ordenadas mediante el aplicativo Mipres y financiadas, una a una, por un fondo público (a cargo de la Nación en el régimen Contributivo y de los departamentos y distritos en el régimen Subsidiado).

La protección colectiva del derecho tiene un énfasis utilitarista, está basada en un examen *a priori* de las necesidades de toda la población. La protección individual tiene un énfasis principista, está basado en un examen *a posteriori* de las necesidades de un individuo particular. Por ejemplo, los medicamentos oncológicos ya probados, sobre los que existe una mayor evidencia científica y un mayor conocimiento sobre las necesidades y demandas colectivas, deben hacer parte del núcleo, de la protección colectiva. Los medicamentos más nuevos (y generalmente más costosos), sobre los que existe una mayor incertidumbre, deben hacer parte de la protección individual: solo serán cubiertos si las alternativas terapéuticas han sido agotadas y el especialista, el oncólogo en este caso, identifica la necesidad individual.¹⁰

7.6.1 Plan de beneficios en salud (PBS): Mecanismo colectivo de protección

Con el objetivo de fortalecer la atención integral en salud y con ello garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud, en diciembre de 2017 el Ministerio emitió la Resolución 5269, por medio de la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Dicha regulación implica la ampliación del PBS con 112 nuevos medicamentos, procedimientos y dispositivos médicos.

Esta actualización integral del PBS incluye, entre otras tecnologías (i) las laparoscopias más utilizadas por los médicos en Colombia; (ii) medicamentos de primera línea para la atención del cáncer (nuevas formas de quimio y radioterapia) y el VIH en niños y adultos; (iii) medicamentos de primera línea para la prevención y el manejo agudo de la migraña, el estreñimiento, la hipertensión arterial pulmonar, el asma en niños, el trastorno obsesivo compulsivo, el manejo de la enfermedad de Alzheimer; (iv) medicamentos para la prevención de tromboembolismo venoso profundo en remplazo de cadera; (v) medicamentos de primera línea para el manejo de la enfermedad de Alzheimer; (vi) ampliación de la financiación del stent medicado y del kit de ostomía, entre otros.

⁹ Este nuevo mecanismo fue definido por el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 de 2015, Artículo 72). Este mecanismo evalúa algunas tecnologías en la puerta de entrada y decide, con base en su efectividad relativa y su costo, si la tecnología en cuestión entra o no al sistema. Las buenas tecnologías se incorporan a un precio negociado de manera centralizada; las tecnologías promedio se incorporan a los precios de sus homólogos; y las tecnologías que no agregan valor, quedan excluidas.

¹⁰ Esta explicación ha sido expuesta por el Ministro Alejandro Gaviria (Gaviria, 2017).

Aunque son 112 inclusiones (78 medicamentos, 32 procedimientos y 2 dispositivos médicos), en la práctica se trata de 278 nuevas opciones terapéuticas – varias tienen más de una indicación – que solas o en diferentes combinaciones permiten la atención de 137 patologías. Esta actualización integral del PBS priorizó las tecnologías según la carga de enfermedad y las que fueran primera línea de tratamiento. Así mismo, la actualización eliminó algunas aclaraciones o excepciones susceptibles de fragmentar la atención o de convertirse en barreras de acceso. Por ejemplo, autorizó todas las indicaciones autorizadas en el país para ciertos medicamentos.

En línea con esta actualización, en diciembre de 2017 el MSPS incrementó en 7,83% la prima que financia el plan de beneficios de salud con recursos de la UPC (Resolución 5268 de 22 de diciembre de 2017). Para el régimen contributivo la prima base pasó de \$ 746.046,00 en el año 2017 a \$ 804.463,20 en el año 2018. Para el régimen subsidiado la UPC pasó de \$667.429,20 a \$ 719.690¹¹.

La ampliación del PBS y la destinación de mayores recursos financieros para garantizar las tecnologías con cargo a la UPC son una medida que directamente impacta el fenómeno de las tutelas en salud. En particular, se espera reducir las tutelas que incluyen solicitudes de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser no pos. Cabe mencionar que el MSPS continuará, de manera progresiva, con la actualización integral de los beneficios que se financian con la UPC.

7.6.2 Mipres: Mecanismo individual de protección

Como se señaló arriba, las prestaciones que garantizan la protección individual del derecho a la salud (i.e. casos particulares), que se salen de las necesidades promedio de la población y que, por tanto, seguirán siendo financiados vía Mipres en el régimen contributivo y por las entidades territoriales en el régimen subsidiado.

Según se explicó en el informe 2016, Mipres es una herramienta tecnológica - diseñada por el MSPS en el año 2016 - para prescribir servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios a los afiliados del régimen Contributivo; es decir, lo que solía llamarse No POS. Su implementación ha significado la abolición de los Comités Técnico-Científicos (CTC), la reducción de trámites administrativos y el fortalecimiento de la autonomía médica.

¹¹ Cabe señalar que el ministerio –con base en la información de los actores- calcula cerca de 154 UPC o primas de aseguramiento colectivo. Entre otras consideraciones, estas primas tienen valores diferenciales por zona geográfica, así como por grupos de edad y sexo. Así, se reconocen primas con mayor valor para los menores de un año, los mayores de 70 años y más, al igual en mujeres entre 19 y 44 años de edad, en virtud de existir un mayor riesgo para estas poblaciones. Adicionalmente se cuenta con una prima adicional en el régimen subsidiado para las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, en desarrollo de la prueba piloto que iguala la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado al contributivo, para el año 2017 en \$801.788,40 y para el año 2018 en \$864.568,80.

El aplicativo está diseñado para registrar y reportar las prescripciones de los servicios y/o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así como las prestaciones de servicios complementarios, soporte nutricional y prescripción excepcional de medicamentos del listado UNIRS (uso no indicado en el registro sanitario), que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario del país otorgado por el INVIMA, y que son realizadas por los profesionales de la salud tratantes.

Según se explicó en el informe anterior, con Mipres se espera reducir de manera sustancial el número de acciones de tutela en salud. Por un lado, se espera reducir las barreras administrativas para el acceso a los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC, en la medida que desaparece la evaluación de pertinencia por parte del CTC, y con ello se reduce el tiempo de suministro del servicio o tecnología y los trámites para el usuario para el 94% de las solicitudes realizadas. Así mismo, con esta herramienta se espera reducir las acciones constitucionales por servicios complementarios debido a que con Mipres la prescripción de servicios complementarios tales como los medicamentos incluidos en la lista UNIRS y las prescripciones de soporte nutricional realizadas en el tipo de atención ambulatoria (entre todos constituyen el 6% de las solicitudes de recobro), son ahora analizados en una Junta de Profesionales idóneos que establecerán si tales servicios son requeridos por el paciente, de acuerdo a sus condiciones clínicas. En otras palabras, con Mipres la accesibilidad a servicios complementarios aumenta. Cabe también mencionar que el proceso de prescripción en el aplicativo Mipres descartó la prescripción desagregada de insumos, materiales, dispositivos y cualquier elemento que se requiera para llevar a cabo un procedimiento. En este sentido, se evitan los trámites por tecnologías en salud aisladas ya que se consideran parte de la integralidad de la prestación de servicios. Con lo anterior se espera entonces reducir el número de acciones de tutela que solicitan la cobertura integral de un servicio.

Finalmente, es importante mencionar que Mipres establece como obligatorio el reporte del suministro efectivo de los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC por parte de la EPS. Con ello es posible obtener datos relacionados con el tiempo que tarda cada aseguradora en hacer entrega efectiva de los servicios y control el cumplimiento de los términos establecidos en las normas vigentes para tal efecto. Contar con esta información permitirá adoptar las acciones de control a que haya lugar por parte de la autoridad competente para obligar a su cumplimiento, esperando la reducción de las acciones de tutela por este motivo.

Aunque la implementación de Mipres es relativamente reciente y su impacto aún no se evidencia en su totalidad, a la fecha ésta herramienta ha sido satisfactoria. Un sondeo¹²

¹² Este sondeo se llevó a cabo el 18 de septiembre de 2017 y tuvo un universo de 513 personas, de las cuales 281 contestaron el cuestionario.

realizado por el MSPS sobre el funcionamiento de Mipres revela progresos significativos, puntualmente con respecto a la entrega de medicamentos. Según este sondeo, en la actualidad el 65% de los usuarios está recibiendo de manera oportuna los medicamentos prescritos a través de esta herramienta, y el 63% los recibe de manera completa. Así mismo, el 5% de los encuestados reportaron que no recibieron los medicamentos, proporción menor a la registrada en el sondeo realizado en marzo del mismo año (8%).

De acuerdo con información sobre el comportamiento mensual de esta herramienta, Mipres está operando en la totalidad del territorio nacional. Entre diciembre de 2016 y el 14 de enero de 2018 se inscribieron en Mipres 37 EPS, 2.191 IPS (persona jurídica), 11.063 profesionales independientes y 62.760 profesionales de la salud. En total se han realizado 4.241.853 prescripciones vía Mipres, correspondiente a 1.618.446 pacientes¹³.

7.7 Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

Según se expuso en el informe 2016, la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) tiene como objetivo primordial orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”, para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

PAIS centra la acción de salud en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo. Esta política comprende un componente estratégico que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo, y un componente operativo, que consiste en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), el cual se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados. Metodológicamente la formulación de la Política contó con la participación y validación de la academia, sociedades científicas, representantes de pacientes y demás agentes que integran el sistema.

En este contexto, los gobernantes y las instituciones de salud deben responder a las necesidades de salud de los ciudadanos, siendo los responsables primarios para liderar el desarrollo de acciones individuales y colectivas a través de redes integrales de servicios. Con la implementación del MIAS se espera fortalecer la atención integrada, continua, oportuna y con mayor resolutivez en los servicios de salud, mediante el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los niveles primarios (puestos, centros y hospitales con médicos y especialidades básicas), acorde a las necesidades de salud de la población en cada territorio. Lo anterior se traduce en mayor acceso de la población a los servicios de salud, y por ende, mejores resultados en salud.

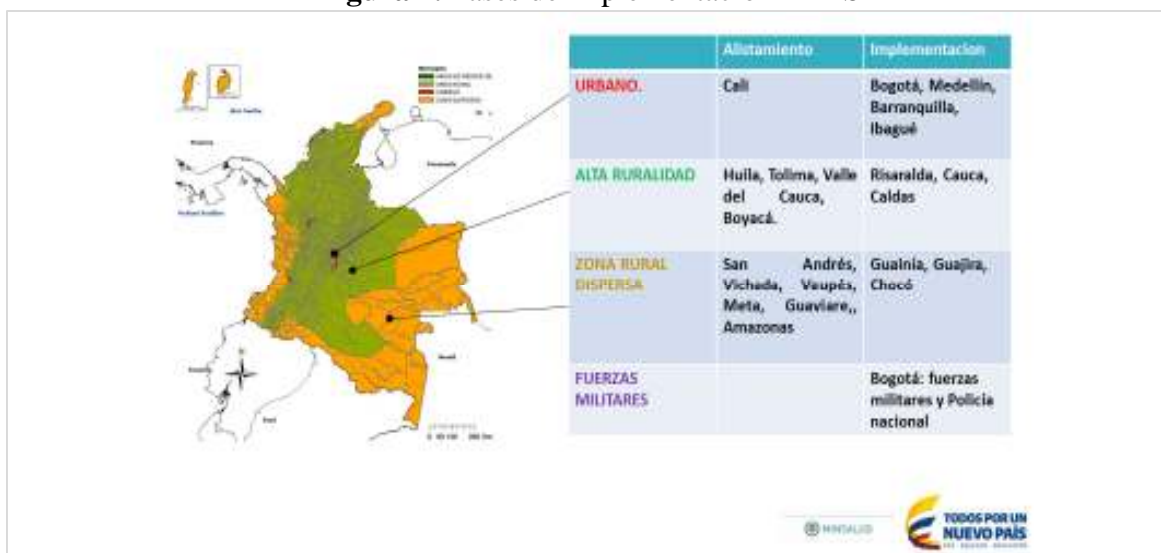
¹³ Cabe anotar que debido a anulaciones y modificaciones que hacen los mismos prescriptores, estas cifras presentan ligeras variaciones en el tiempo.

Avances en alistamiento e implementación

La gestión de la implementación del MIAS define cuatro etapas alistamiento, diagnóstico de capacidades, implementación del modelo y evaluación. Durante la vigencia 2017 se avanzó en la etapa de alistamiento, la cual incluye (i) el diseño y adaptación del modelo en los territorios que demanda decisión política; (ii) incorporación al plan de desarrollo; (iii) definición de prioridades en salud; (iv) socialización, capacitación y articulación de los agentes del Sistema con la entidad territorial; (v) redefinición del modelo de aseguramiento y de prestación de servicios; (vi) dimensión de los proyectos de inversión, proyección de costos del modelo y; (vii) plan de implementación. Esta etapa se encuentra en ejecución en cuatro (4) grandes ciudades y diecisiete (17) departamentos, distribuidos por zonas, así: Urbano Bogotá, Medellín Cali, Barranquilla, Ibagué; Alta Ruralidad Risaralda, Huila, Tolima, Valle Del Cauca, Cauca, Boyacá, Caldas; Zona Rural Dispersa San Andrés, Vichada, Meta, Guaviare, Guajira, Chocó, Amazonas y Fuerzas Militares.

Asimismo, la gestión de la implementación incluye caracterización de las poblaciones por grupos de riesgo, sinergia entre el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y las rutas de atención integral en salud (RIAS) priorizadas, fortalecimiento de la capacidad resolutive del prestador primario (equipos extramurales, telesalud, especialidades básicas, gestores en salud) por micro-territorios, pilotos de mecanismos de contratación y pago por capitación, acciones de salud intercultural y humanización. Estas acciones se encuentran en ejecución en cuatro (4) grandes ciudades y seis (6) departamentos, a saber: Bogotá, Medellín, Barranquilla, Ibagué, Risaralda, Cauca, Caldas, Guainía, Guajira, Chocó. Estas acciones también se están ejecutando en las FFMM y la Policía Nacional en Bogotá.

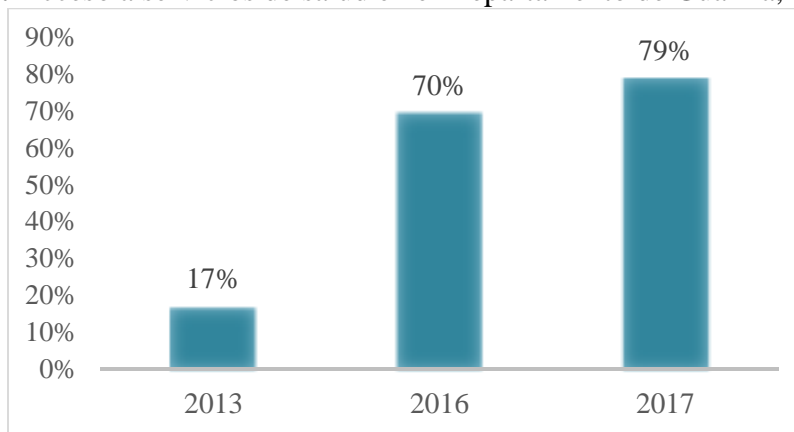
Figura 1. Fases de implementación MIAS



Fuente: MSPS, 2017.

Según se indicó en el informe 2016, en zonas dispersas la implementación del MIAS ha tenido un avance importante en Guainía, departamento que cuenta con un asegurador único para el régimen subsidiado, con cobertura del 100%. Durante las caracterizaciones a lo largo de los ríos, se realizaron consultas médicas y actividades de promoción y prevención a toda la población. Hoy en día el MIAS en este departamento cuenta con rutas definidas por los cuatro principales Ríos / Cuencas (Guaviare, Guainía, Atabapo, Inírida y Caños del Inírida) y según acuerdos con la comunidad se realizan actualmente intervenciones en salud con periodicidad semanal o quincenal. Entre el 2016 y el 2017 estas acciones han mejorado en nueve (9) puntos porcentuales el acceso a los servicios en esta región.

Figura 2. Acceso a servicios de salud en el Departamento de Guainía, 2013-2017



Fuente: Reporte Coosalud y Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Por otra parte, en el departamento de Guainía durante 2017 se implementaron estrategias para la disponibilidad de talento humano en salud y fortalecimiento de capacidades en la comunidad. Ejemplo de ello es la presencia de residentes de pediatría ya en entrenamiento en los centros de salud, con Médico Familiar como docente y que integral los equipos de salud. Con el liderazgo de la Secretaría de Salud Departamental, la participación de la entidad territorial, EPS, IPS y comunidad se ha fortalecido la implementación de la Metodología *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, comunitario (AIEPI) Comunitario*, en busca de impactar en la mortalidad y la morbilidad en los niños menores de cinco años y mejorar la calidad de la atención en salud. Como se indicó en el informe 2016, entre los principales resultados en salud en este periodo se resalta: cero muertes maternas, tasa de mortalidad neonatal y perinatal tardía más baja del país (4 x 1.000 N.V) e inversión en construcción de infraestructura de \$8.300 millones.

Avances en adopción de Rutas integrales de atención en salud (RIAS)

Según se indicó en el informe 2016, el MIAS contempla la elaboración de rutas integrales de atención en salud (RIAS), herramientas que define las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los

entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Dichas RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas, y se dividen en tres tipos: (i) Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; (ii) Rutas de Grupo de Riesgo; y (iii) Rutas de eventos Específicas de Atención.

Según reporte de las direcciones territoriales de salud (DTS), durante el año 2017 se identificó que 15 DTS del país ya cuentan con equipos territoriales para la implementación de las RIAS, los cuales están conformados por representantes de la DTS con participación de EAPB, IPS y comunidad que en su mayoría están representados por asociaciones de usuarios, COPACOS y veedurías. Las DTS con este avance son: Antioquia, Bogotá D.C., Boyacá, Caldas, Caquetá, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, Magdalena, Nariño, Quindío, Risaralda, San Andrés y Sucre.

Dentro de las actividades territoriales es relevante la identificación de grupos de riesgos de acuerdo al análisis de situación en salud (ASIS) del territorio. En este sentido, 13 DTS como Bogotá ya cuentan con esta identificación y priorización, siendo prioritarios temas como salud materno-perinatal, enfermedades crónicas no transmisibles, cardíaco-cerebro vascular metabólico (Hipertensión y Diabetes), trastornos mentales, accidentes y traumas, y alternaciones nutricionales.

Entre los cinco primeros departamentos que cuentan con mayor avance en la implementación de las RIAS, con respecto a lo definido en la Resolución 3202 de 2016 son: Bogotá con el 80.8%, Caldas 69.2%, Cauca 59.6%, San Andrés 53.8%, Nariño 52.9%.

7.8 Fortalecimiento de la oferta de servicios en salud

La Ley Estatutaria en salud (Ley 1751, 2015), al definir la naturaleza y el contenido esencial del derecho a la salud, resalta el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Para que este acceso efectivo se suceda, los usuarios del SGSSS deben contar con la posibilidad de acudir al sistema sin barreras (financieras o físicas) a los servicios, y que los mismos tengan la capacidad resolutive y calidad requeridas.

La Organización Mundial de la Salud define la accesibilidad física como la disponibilidad de servicios de salud al alcance de quienes la necesitan. Lo anterior comprende la organización y suministro de los servicios de salud, y permite a las personas obtener los servicios cuando ellas lo necesitan (OPS/OMS, 2014).

Teniendo en cuenta lo anterior y lo evidenciado en las solicitudes de las tutelas en salud, las cuales han aumentado en lo referente a los trámites y demoras en la atención, el Gobierno Nacional ha buscado fortalecer la oferta de servicios de salud del país. En particular, durante la vigencia 2017 el MSPS invirtió cerca de 218.000 millones de pesos en ambulancias, dotación e infraestructura, en veintiocho departamentos del país (Mapa 1). Cinco nuevos

hospitales en Santander, cuatro nuevos hospitales en Córdoba, cinco unidades médico odontológicas en La Guajira, tres nuevos centros de salud en la zona rural de Buenaventura, el hospital mental de Cúcuta, los nuevos hospitales de Vigía del Fuerte y Mocoa, y siete proyectos en Risaralda fueron, entre otros, los proyectos financiados con estos recursos.

Ahora bien, la inversión realizada a través del Ministerio de Salud y Protección Social no ha sido solo a nivel de infraestructura sino que también en el apoyo a programa de promoción y prevención, dotación de equipos médicos, transporte asistencial (ambulancias), vehículos extramurales para la atención en salud, garantizando el acceso efectivo a los servicios de salud de los colombianos. El detalle de la distribución de estos recursos, a nivel departamental, se puede apreciar en la Tabla 17.

En la medida que las limitaciones de la oferta en salud constituyen una barrera importante para el acceso efectivo a los servicios, con esta inyección de recursos se espera contribuir a garantizar el acceso efectivo de los colombianos a los servicios de salud, mejorar la calidad de la atención en salud (incluyendo la oportunidad), y con ello contribuir a la disminución de las tutelas por estas causas. No obstante, es importante anotar, como lo ha señalado la OMS (WHO, 2010), que ningún país -sin importar que tan rico sea- ha sido capaz de garantizar a cada persona el acceso inmediato a todos los servicios de salud. Ni siquiera los países de altos ingresos, de los que se dice comúnmente han alcanzado la cobertura universal y cortas listas de espera. En este sentido, todos los países - de bajos, medianos y altos ingresos - se esfuerzan por incrementar los recursos necesarios para cubrir el gasto en salud de su población, y realizan un esfuerzo sostenido para garantizar la cobertura.

Mapa 1. Distribución de los recursos entregados por el MSPS para infraestructura y dotación en 2017

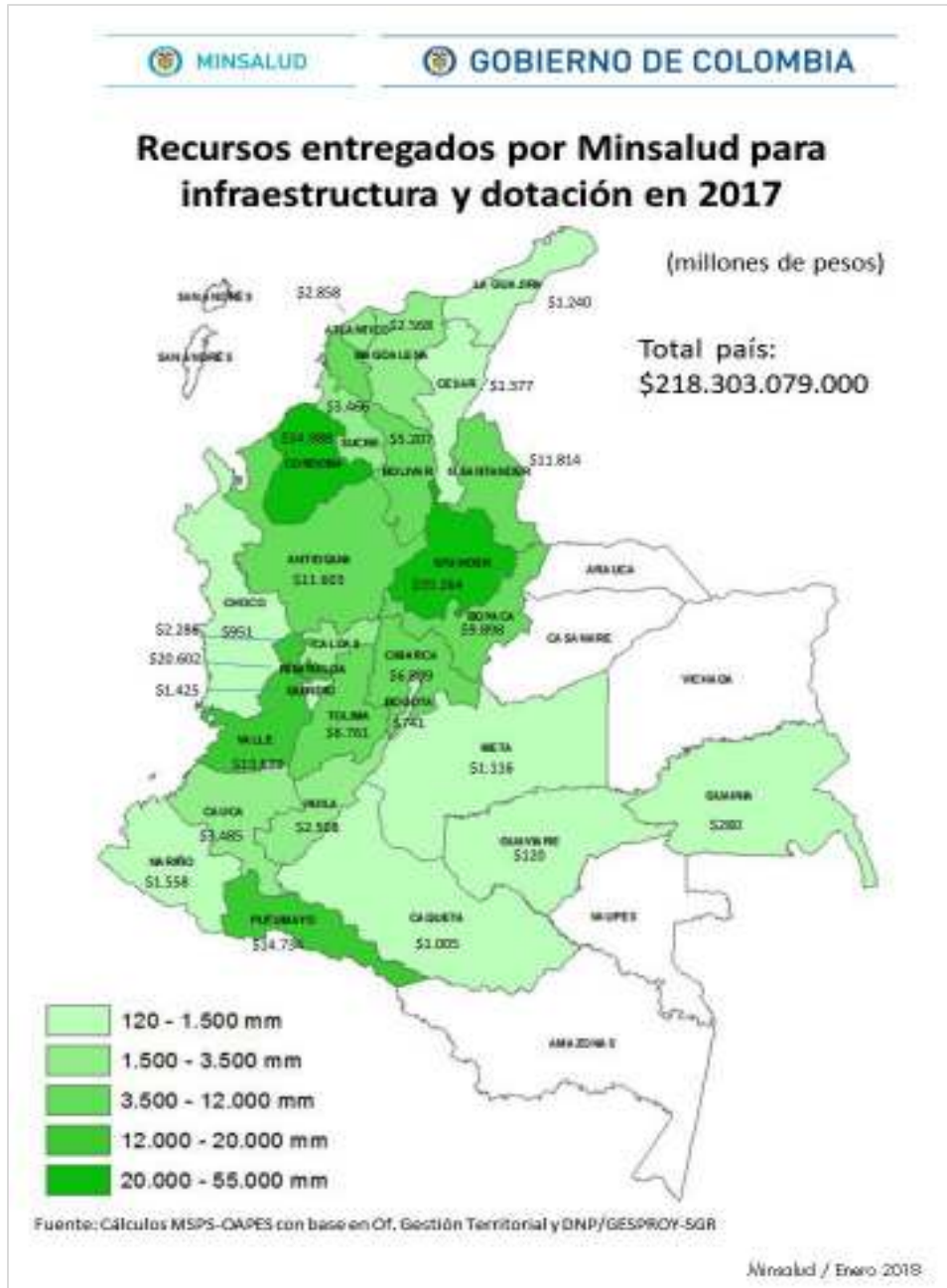


Tabla 17. Distribución de recursos entregados por Minsalud para infraestructura y dotación, por Departamento y Distrito. 2017

Entidad Territorial (municipios beneficiados)	Apoyo en Programas en P y P	Apoyo Infraestructura en Salud	Dotación Equipo Médico	Otros	Planta Eléctrica	Transporte Asistencial (TAB,TAM)	Unidad Médico Odontológica	Vehículo Extramural	Total Recursos Asignados
Antioquia (32)		3.725.000.000	5.238.000.000		70.000.000	1.656.000.000	720.000.000	194.000.000	11.603.000.000
Atlántico (12)			770.000.000			1.908.000.000	180.000.000		2.858.000.000
Bogotá, D.C. (1)						740.700.000			740.700.000
Bolívar (3)		2.107.000.000	3.000.000.000			100.000.000			5.207.000.000
Boyacá (36)	432.000.000	5.424.000.000	220.000.000			2.628.300.000	1.194.000.000		9.898.300.000
Buenaventura D.E. (1)		2.532.000.000							2.532.000.000
Caldas (26)						2.196.000.000		90.000.000	2.286.000.000
Caquetá (4)			445.000.000			100.000.000	360.000.000	100.000.000	1.005.000.000
Cauca (22)	398.000.000		1.071.300.000			2.015.996.000			3.485.296.000
Cesar (2)			1.287.000.000					90.000.000	1.377.000.000
Chocó (6)						951.000.000			951.000.000
Córdoba (10)		48.403.000.000	6.038.000.000			367.000.000	180.000.000		54.988.000.000
Cundinamarca (18)		5.000.000.000				1.809.212.000			6.809.212.000
Guainía (2)						280.000.000			280.000.000
Guaviare (1)						120.000.000			120.000.000
Huila (17)			270.000.000		327.800.000	1.280.000.000	540.000.000	90.000.000	2.507.800.000
La Guajira (6)						270.000.000	970.000.000		1.240.000.000
Magdalena (16)			500.000.000			1.888.000.000	180.000.000		2.568.000.000
Meta (7)			400.000.000			715.733.000			1.115.733.000
Nariño (14)						1.081.164.000	477.000.000		1.558.164.000
Norte De Santander (16)		7.296.000.000	2.990.000.000			1.428.000.000		100.000.000	11.814.000.000

Putumayo (2)		14.500.000.000						234.000.000	14.734.000.000
Quindío (7)						1.245.000.000	180.000.000		1.425.000.000
Risaralda (8)		18.040.910.000		1.200.964.000			1.360.000.000		20.601.874.000
Santander (19)		33.524.000.000	560.000.000			1.180.000.000			35.264.000.000
Sucre (4)		978.000.000	2.308.000.000				180.000.000		3.466.000.000
Tolima (14)		2.342.000.000	3.539.000.000			760.000.000		120.000.000	6.761.000.000
Valle del Cauca (5)		8.802.000.000	1.000.000.000			765.000.000	540.000.000		11.107.000.000
Total General	830.000.000	152.673.910.000	29.636.300.000	1.200.964.000	397.800.000	25.485.105.000	7.061.000.000	1.018.000.000	218.303.079.000

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres. Ministerio de Salud y Protección Social.

Referencias

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

OPS/OMS. (2 de Octubre de 2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Obtenido de <http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>

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