



# LA TUTELA Y LOS DERECHOS A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL 2022

*Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social*



**Defensoría  
del Pueblo**  
COLOMBIA

[www.defensoria.gov.co](http://www.defensoria.gov.co)

#NosUnenTusDerechos

# LA TUTELA Y LOS DERECHOS A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL 2022

• • •

2023

**Defensoría del Pueblo**

Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social



**Defensoría  
del Pueblo**  
C O L O M B I A

#NosUnenTusDerechos





#NosUnenTusDerechos

**ISSN: 2462-8514**

© Defensoría del Pueblo, 2023  
Obra de distribución gratuita.  
El presente texto se puede re-  
producir, fotocopiar o replicar,  
total o parcialmente, citando  
la fuente.

Páginas: 244

Bogotá, D. C., 2023

•••

**CARLOS CAMARGO ASSIS**  
**Defensor del Pueblo**

**LUIS ANDRÉS FAJARDO**  
**ARTURO**  
**Vicedefensor del Pueblo**

**ÓSCAR JULIÁN VALENCIA**  
**LOAIZA**  
**Secretario general**

**NELSON FELIPE VIVES CALLE**  
**Secretario privado**

**LEONARDO HUMBERTO**  
**HUERTA**  
**Delegado para el Derecho a la**  
**Salud y la Seguridad Social**

**Coordinación y edición**  
**general**

**GISELA ARIAS GONZÁLEZ**  
**Directora Nacional de Pro-**  
**moción y Divulgación de los**  
**Derechos Humanos.**  
**Secretaria del Comité Editorial**

**Equipo investigador**

**LEONARDO HUERTA**  
**GUTIÉRREZ**

**LYDA MARIANA GONZÁLEZ**  
**LIZARAZO**

**ÉDGAR ALIRIO PINILLA**  
**ROBAYO**

**HILARIO PARDO ARIZA**

**EDWIN JULIÁN ANGULO**  
**HERRERA**

**Ingeniero de Sistemas**  
**EVML**

**Diseño diagramación**

**SONIA VILLALBA**  
**TATIANA BUITRAGO TIBADUIZA**  
**Corrección de estilo**

•••

*El presente texto se puede re-  
producir, fotocopiar y replicar,  
total o parcialmente citando la  
fuente. Defensoría del Pueblo  
17.a edición, 2023*

**Este documento debe citarse  
así:**

*Defensoría del Pueblo -  
Defensoría Delegada para el  
Derecho a la Salud y la Segu-  
ridad Social. [2023]. La tutela  
y los derechos a la salud y a la  
seguridad social 2022*

•••



# LA TUTELA Y LOS DERECHOS A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL 2022

• • •

2023

**Defensoría del Pueblo**

Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social



#NosUnenTusDerechos



## *Agradecimientos*

A las doctoras Diana Fajardo Rivera y Cristina Pardo Schlesinger, presidente y expresidente de la Honorable Corte Constitucional de Colombia, respectivamente; a la doctora Martha Victoria SÁCHICA, secretaria General y al ingeniero Isaac Sáenz Cruz. Ellos facilitaron la base de datos de tutelas de la Corte Constitucional correspondiente al año 2022, lo cual permitió la elaboración del presente estudio.





# CONTENIDO

<b>Agradecimientos .....</b>	<b>7</b>
<b>Presentación .....</b>	<b>15</b>
<b>I.ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>19</b>
1. Objetivos.....	19
1.1. Objetivo general .....	19
1.2. Objetivos específicos .....	19
2. Metodología .....	20
3. Recolección de la información.....	21
3.1. Descripción de la muestra para el análisis de hechos.....	22
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>25</b>
<b>III. POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD, 2022.....</b>	<b>33</b>
1. Aseguramiento.....	33
1.1. Afiliación de oficio .....	33
1.2. Plan Decenal de Salud Pública.....	34
1.3. Política de Atención Integral en Salud .....	35
1.4. Ajustes a copagos y cuotas moderadoras	37
1.5. Presupuestos máximos.....	38
1.6. Sisbén IV .....	40
1.7. Gestión del Riesgo en Salud (GIRS) .....	40
1.8. Procedimiento para la certificación de discapacidad .....	42
2. Prestación de servicios .....	44
2.1. Política Nacional de Talento Humano de Enfermería.....	44
2.2. Rutas Integrales de Atención en Salud .....	45

2.3. Registro sanitario de medicamentos.....	46
2.4 .Lineamientos técnicos para ASUE de medicamentos .....	47
2.5. Desabastecimiento de medicamentos .....	48
2.6. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).....	50
2.7. Parto digno y humanizado en Colombia ..	50
2.8. Atención materna.....	51
3. Financiamiento .....	52
3.1. Acuerdo de Punto Final .....	52
3.2. Unidad de Pago por Capitación (UPC) .....	53
3.3. Contribución solidaria.....	54
3.4. Pago de prestaciones económicas en salud	55
4. Acciones de inspección, vigilancia y control.	57
4.1. Liquidación Comfamiliar Huila EPS.....	57
4.2. Liquidación de Convida .....	58
4.3. Liquidación Comfaguajira.....	58
4.4. Intervención a Savia Salud EPS .....	58
4.5. Intervención Ecoopsos EPS .....	59
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>61</b>
1. La tutela en Colombia durante 2022.....	61
1.1. Los derechos invocados en las tutelas .....	64
1.2. Despachos judiciales y decisión en primera instancia.....	74
1.3. Lugar de origen de las tutelas .....	74
1.4. Entidades con el mayor número de tutelas..	80
2. La tutela y el derecho a la salud.....	84
2.1. El derecho a la salud y su relación con otros derechos.....	87
2.2. Despachos judiciales y decisión en primera instancia .....	88
2.3. Lugar de origen de las tutelas de salud.....	88

2.4. Entidades con el mayor número de tutelas de salud.....	99
2.5. Tipos de entidades demandadas por vulneraciones al derecho a la salud .....	101
2.6. Análisis de los hechos en las tutelas.....	118
3. La tutela y el derecho a la seguridad social.	166
3.1. El derecho a la seguridad social y su relación con otros derechos .....	167
3.2. Despachos judiciales y decisión en primera instancia .....	168
3.3. Lugar de origen de las tutelas de seguridad social.....	168
3.4. Entidades con el mayor número de tutelas por el derecho a la seguridad social.....	173
3.5. Tipos de entidades demandadas en las tutelas que invocan el derecho a la seguridad social..	175
3.6. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de seguridad social .....	179
<b>Conclusiones .....</b>	<b>184</b>
1. Tutelas en general .....	185
2. Tutelas en salud.....	186
3. Tutelas en seguridad social .....	187
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>190</b>
1. Recomendaciones del estudio de 2022.....	190
1.1. Al Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud): .....	190
1.2. Al Ministerio de Educación Nacional (MEN):.	194
1.3. A la Superintendencia Nacional de Salud (SuperSalud): .....	194
1.4. A la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud	

(ADRES):.....	197
1.5. A las aseguradoras de salud: .....	197
1.6. A los prestadores de servicios de salud:....	198
1.7. Al Consejo Superior de la Judicatura (CSJ):	199
1.8. Al Ministerio de Trabajo (MinTrabajo):.....	199
1.9. A la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV):.....	199
1.10. Al Instituto Nacional Penitenciario y Carcela- rio (INPEC) y a la Unidad de Servicios Penitencia- rios y Carcelarios (USPEC):.....	199
2. Análisis de respuestas a las recomendaciones de 2021 .....	199
2.1. Ministerio de Salud y Protección Social (Min- Salud):.....	199
2.2. Ministerio de Educación Nacional (MEN):.	209
2.3. Superintendencia Nacional de Salud (Super- Salud):.....	211
2.4. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES):	216
2.5. Unidad de servicios penitenciarios y carcela- rios (USPEC):.....	218
2.6. Aseguradoras de salud:.....	219
<b>Referencias .....</b>	<b>235</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>238</b>





## Presentación

En cumplimiento de la misión constitucional de defender y promover los derechos humanos, la Defensoría del Pueblo impulsa su efectividad mediante acciones integradas de promoción, divulgación, prevención, protección y defensa, a través del monitoreo continuo a las distintas formas que puedan impedir la materialización y goce efectivo de estos derechos.

En Colombia, el derecho a la salud se constituye como el segundo derecho más vulnerado después del derecho de petición, según las quejas presentadas ante la Defensoría del Pueblo y la Superintendencia Nacional de Salud, así como el número de tutelas presentadas por los usuarios en todo el territorio nacional. Estos indicadores revelan una crisis en el sistema de salud, principalmente por las dificultades para acceder o recibir los servicios de salud de manera adecuada y oportuna. No es suficiente tener una cobertura cercana al 100 %, si el acceso se niega o la calidad de los servicios es deficiente.

Una de las formas en que la Defensoría del Pueblo supervisa el sistema de salud es a través del seguimiento de las acciones de tutela desde que esta figura fue incluida en la Constitución Nacional de 1991. Hasta ahora se han interpuesto más de 9 millones de acciones de tutela y el 29 % de ellas ha invocado la protección al derecho a la salud. Aunque algunos consideran este porcentaje insignificante en comparación con los servicios prestados, no se debe ignorar que esta acción judicial es subsidiaria y que en muchos casos está en juego la vida de quienes la presentan.

El informe actual es la decimoséptima edición del seguimiento de las tutelas realizadas por la Defensoría del Pueblo durante los últimos 19 años y se basa en datos recolectados en 2022. En el estudio se describen algunas políticas públicas adoptadas durante el año, incluyendo aspectos normativos relacionados con el derecho fundamental a la salud, así como criterios aplicados por la jurisprudencia constitucional para su protección. Además, se realiza un análisis estadís-



tico de las tutelas interpuestas en Colombia por violaciones a los derechos fundamentales, con énfasis en salud y seguridad social.

El análisis estadístico revela un aumento significativo en la presentación de tutelas en 2022, con un incremento del 35,71 % a nivel general, y del 69,10% en las tutelas relacionadas con la salud, con cifras absolutas similares a las observadas antes de la pandemia por COVID-19. En el caso de la salud, la participación se incrementó en 5 puntos porcentuales con relación a 2021, representando el 25,25 % del total de tutelas presentadas.

Varios factores contribuyeron al incremento de las tutelas que invocaron el derecho a salud en 2022, entre los que se pueden mencionar las dificultades para acceder a los servicios y tecnologías en salud con oportunidad y calidad, el traslado de usuarios de EPS liquidadas y la escasez de medicamentos, entre otros. Estos factores han llevado a que el grado de pertinencia de estas tutelas sean del 87,3 %, convirtiéndose en la principal herramienta de protección con la que cuentan los ciudadanos para hacer valer su derecho a la salud.

Otro aspecto importante encontrado es la negación reiterativa y sistemática de tecnologías financiadas por la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que, a pesar de presentar una leve dis-

minución, continúan las constantes demandas por la inoportunidad en el acceso de citas médicas especializadas, la entrega parcial de medicamentos y la realización de exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas.

Con toda consideración,

*Carlos Camargo Assis*  
**Defensor del Pueblo**





# I. ASPECTOS METODOLÓGICOS

---

## 1. *Objetivos*

### 1.1. Objetivo general

Formular recomendaciones a partir de los hechos relevantes sucedidos en 2022 y del análisis del comportamiento de las tutelas interpuestas en Colombia durante el mismo año para incidir en la garantía del goce efectivo de los derechos a la salud y a la seguridad social.

### 1.2. Objetivos específicos

- Dar a conocer las principales políticas públicas que fueron implementadas durante la vigencia 2022 en materia de salud para que los actores de ese sector las conozcan y las exijan.
- Exponer los principales criterios emitidos por la Corte Constitucional en relación con el derecho fundamental a la salud.
- Cuantificar las tutelas interpuestas y los derechos más invocados, la relación de estos con los derechos a la salud y la seguridad social, y su tendencia.
- Señalar la orientación judicial de las decisiones en primera instancia tanto de las tutelas en general como las de los derechos a la salud y a la seguridad social.
- Identificar las entidades territoriales del país donde se interponen las tutelas en general y a los derechos a la salud y a la seguridad social.
- Determinar las entidades contra las cuales se interpone el mayor número de tutelas, en general por violaciones a los derechos a la salud y a la seguridad social.
- Determinar los tipos de entidades contra las cuales se interpone el mayor número de tutelas por violaciones a los derechos a la salud y a la seguridad social.
- Identificar los contenidos más frecuentes de las tutelas que invocan los derechos a la salud y a la seguridad social. Esto incluye las variables de mayor relevancia, como diagnósticos, contenidos del Plan de Beneficios en Salud (PBS), entre otras.

## 2. Metodología

Para el capítulo sobre el Derecho a la Salud, 2022, se realizó una revisión bibliográfica respecto a la normatividad, doctrina y jurisprudencia emitida durante el año de estudio. Se extrajeron los aspectos más importantes sobre la garantía del derecho fundamental a la salud, relacionados con el impacto de la COVID-19, las políticas públicas y los criterios jurisprudenciales. El propósito de este capítulo no es evaluar las políticas públicas ni sus resultados, sino promover su divulgación para que sean conocidas por todos los actores del sector salud.

Respecto al capítulo de resultados, el análisis de la información comprende las acciones de tutela radicadas en la Corte Constitucional de Colombia en el 2022. El estudio es de tipo descriptivo, de corte longitudinal, dado que se toma mensualmente la totalidad de las tutelas que llegan a la Corte Constitucional de Colombia. El periodo de análisis es del 2022, correspondiente a la base de datos de tutelas suministrada por la Corte Constitucional el 26 de febrero de 2022. Las unidades de observación son las tutelas interpuestas por los ciudadanos en Colombia, las cuales corresponden a las tutelas radicadas en la Corte Constitucional durante el año inmediatamente anterior a la publicación de los datos.

El análisis de las tutelas se compone de tres partes que se describen a continuación:

- Un análisis comparativo de todas las tutelas interpuestas en el

país durante el 2022 frente a las interpuestas en el 2021. En este análisis se determinan el comportamiento, los derechos invocados, las entidades accionadas y los lugares donde se interpusieron las tutelas, entre otras variables.

- Un análisis centrado en el universo de tutelas que invocaron el derecho a la salud en los últimos dos años. Se estudia su comportamiento, las entidades accionadas y los lugares donde se interpusieron, así como aspectos relacionados con la orientación de las decisiones de los jueces y los tipos de entidades demandadas. En esta etapa también se hace un análisis específico de los hechos narrados por los accionantes mediante una muestra aleatoria estratificada por departamento de las tutelas que invocaron el derecho a la salud. Se identificaron: (i) solicitudes más frecuentes, (ii) diagnósticos, (iii) financiación de las solicitudes PBS (UPC, PMAX y otras) y (iv) exclusiones.

En la clasificación de las solicitudes se establecieron 8 grupos, a saber: (i) servicios y tecnologías de salud, (ii) medicamentos (iii) tratamientos integrales, (iv) suplementos dietarios y alimenticios, (v) pañales y productos de aseo, (vi) elementos no esenciales pero que se tutelan, (vii) aseguramiento en salud y (viii) otros no relacionados con salud (anexo B).

Con relación a los diagnósticos, la agrupación se hizo según los capítulos y bloques establecidos en la Clasificación

Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10) (anexo A). Con respecto a la clasificación de las solicitudes PBS, estas se subdividieron atendiendo el mecanismo de financiación, así: a cargo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), Presupuestos Máximos (PMAX) y servicios que incluyen vacunación y prueba PCR, con forma de pago por el Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres UNGRD- ADRES/FOME/ UNGRD. Para el caso de las exclusiones, se tuvo en cuenta la Resolución 2273 del 22 de diciembre de 2021, por la cual se adopta el nuevo listado de servicios y tecnologías en salud, que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

Adicionalmente, se estableció un indicador anual de número de tutelas por cada 10.000 afiliados en todas las EPS activas al 31 de diciembre 2022, debido al aumento o la disminución de afiliados como consecuencia de la liquidación de EPS por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), mediante el siguiente procedimiento: para cada mes, se toman las tutelas en cada entidad y se dividen por el número de afiliados, estos resultados mensuales se multiplican por 10.000. El indicador anual se calcula con la suma de los indicadores parciales.

- Un análisis centrado en el universo de tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social y no invocaron el derecho a la salud en

los últimos dos años. Se estudia su comportamiento, las entidades accionadas y los lugares donde se interpusieron, así como aspectos relacionados con la orientación de las decisiones de los jueces y los tipos de entidades demandadas. Adicionalmente, se hace un análisis específico de los hechos narrados por los accionantes en las tutelas mediante una muestra aleatoria estratificada por departamento. De esta forma, se identifican todos los requerimientos de los usuarios en las tutelas seleccionadas.

### *3. Recolección de la información*

Para la recolección de información en el análisis de los hechos, se diseñó un formulario en Google y los datos se digitalizaron directamente en este, según lo consignado en los expedientes digitalizados, los cuales se habían enviado con anterioridad a la Corte Constitucional para efectos de selección y acceso directo, teniendo en cuenta las muestras mensuales suministradas por la Defensoría del Pueblo. Para el caso del derecho a la salud, los datos fueron registrados tal como aparecen en los hechos narrados por los accionantes en las tutelas, así: en medicamentos se incluyó marca o principio activo, gramaje, concentración y presentación; y para otras solicitudes se incluyeron especificaciones especiales para identificar claramente su financiación: UPC, PMAX, ADRES/FOME/

UNGRD y exclusiones mediante el cruce manual con las resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Con respecto al derecho a la seguridad social, se diseñaron muestras mensuales y se realizó el mismo procedimiento utilizado en las muestras de salud, sin tener en cuenta las tutelas que invocaron el derecho a la salud con el fin de evitar duplicidad de registros.

La cuantificación se hizo con base en todas las solicitudes realizadas en cada una de las tutelas inspeccionadas, teniendo en cuenta que, en una misma tutela, un usuario puede hacer más de una solicitud, ponderadas de acuerdo con la variable de estratificación.

### 3.1. Descripción de la muestra para el análisis de hechos

#### 3.1.1. Muestra de las tutelas que invocaron el derecho a la salud

*Marco muestral:* tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional de Colombia durante el 2022.

*Población objetivo:* tutelas interpuestas en el 2022, en las cuales los colombianos invocaron el derecho fundamental a la salud.

*Modelo de muestreo:* tipo aleatorio estratificado por departamento con asignación proporcional, con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 1,40 %.

*Tamaño de la muestra:* 3.006 tutelas.

*Unidad de análisis:* tutela en la cual el accionante invocó como derecho vulnerado el derecho fundamental a la salud, solo o en conjunto con otros derechos.

*Resultados:* se presentan utilizando un factor de expansión en función de la misma variable de estratificación.

#### 3.1.2. Muestra de las tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social

*Marco muestral:* tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional de Colombia durante el 2022.

*Población objetivo:* tutelas que contienen vulneraciones al derecho a la seguridad social y no contienen el derecho a la salud.

*Modelo de muestreo:* tipo aleatorio estratificado por departamento con asignación proporcional, con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error de 2,1 %.

*Tamaño de la muestra:* 1.538 tutelas.

*Unidad de análisis:* tutela en la cual el accionante invocó como derecho vulnerado el derecho a la seguridad social y no invocó el derecho fundamental a la salud.

*Resultados:* se presentan utilizando un factor de expansión en función de la misma variable de estratificación.





APERTURA DE HISTORIA CLINICA

CAJA 6

Caja Preferencial  
Mujeres Embarazadas  
Adultos Mayores  
Personas Discapacitadas  
Personas de Etnias Indígenas  
Personas Desplazadas  
AREA ADMINISTRATIVA



## II. MARCO TEÓRICO

---

Los derechos humanos son parte inherente de toda persona por el solo hecho de existir, sin que cuente su nacionalidad, origen, sexo, color, idioma, religión o cualquier otra condición. Son universales, inalienables indivisibles e interdependientes, equitativos y no discriminatorios.

Universales, debido a que todos los seres humanos tenemos los mismos derechos; inalienables, porque no pueden suprimirse, solo bajo excepciones muy concretas y con procedimientos adecuados (ej. la privación de la libertad cuando se es declarado culpable por la justicia); indivisibles e interdependientes porque no pueden ser disfrutados plenamente sin los otros; y equitativos y no discriminatorios, porque aplica para todos y todas en las mismas condiciones de igualdad.

Respecto a los derechos humanos, los Estados tienen la obligación de respetarlos, protegerlos y cumplirlos. Respetar implica que los Estados se abstengan de limitarlos o de intervenir en su disfrute; proteger exige que estos cuiden a las personas de las violaciones a los derechos humanos; y cumplir implica la adopción de medidas positivas para facilitar su disfrute.

Al respecto, el derecho a la salud fue clasificado originalmente como un derecho de segunda generación (derechos económicos, sociales y culturales). Es así como, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptó la observación general N.º 14 sobre el derecho a la salud, la cual aclaró su naturaleza y el contenido de los derechos individuales, así como las obligaciones de los Estados partes, abarcando la salud no solo desde el ámbito de la atención oportuna, sino que incluyó factores determinantes como el agua potable, la vivienda, la nutrición, condiciones sanitarias adecuadas y los alimentos, entre otros.

Esta observación estableció como criterios de evaluación del derecho a la salud, la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, entendiendo el primero, como la existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención; el segundo enmarcado en que dichos establecimientos, bienes y servicios en salud, deben ser accesibles a todos en igualdad de condiciones y sin discriminación; el tercero, que todos los establecimientos, bienes y

servicios en salud sean respetuosos de la ética médica, del género, la cultura y el ciclo de vida, con respeto de la confidencialidad y enfocados a mejorar el estado de salud de las personas; y el último, la calidad, respecto a que dichos establecimientos, bienes y servicios sean adecuados desde el punto de vista científico y médico.

En Colombia, respecto al derecho a la salud, la Constitución Política de 1991 estableció, entre otros aspectos, la seguridad social como un servicio público y obligatorio (artículo 48) a cargo del Estado, señaló su fundamentalidad para el caso de los niños (artículo 44) e implantó la gratuidad en la atención de todo niño menor a un año, no cubierto por algún tipo de seguridad social, en todas las instituciones que recibieran aportes del Estado (artículo 50).

Para dar cumplimiento a lo establecido en la CPC, el Congreso de la República expidió la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el cual buscó solucionar la falta de acceso a los servicios de salud, originada entre otros motivos, por la baja cobertura de la población, buscando así eliminar la inequidad existente, incrementar las cotizaciones y ser eficientes, a través de la competencia entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS), la libre elección y la participación de los usuarios, entre otros.

En este sentido, se planteó un sistema solidario, de aseguramiento en salud, con cobertura universal, protección

familiar y de calidad, el cual, con el transcurrir del tiempo, empezó a evidenciar fallas en oportunidad, negación de servicios, corrupción y no entrega de medicamentos, dando lugar a que la Corte Constitucional emitiera sentencias de tutela protegiendo el derecho a la salud de los usuarios. Dicha corporación inició por reconocer que los derechos llamados de segunda generación eran amparables a través de la acción de tutela, bajo la tesis de conexidad, la cual se presentaba cuando se demostraba un nexo entre ellos y un derecho fundamental (vida, integridad personal y dignidad humana) y en aquellos contextos donde el tutelante era un sujeto de especial protección constitucional.

Sin embargo, al observar que dichas medidas no lograban influir en el Gobierno nacional, en el 2008, emite la Sentencia T-760, que declaró el derecho a la salud como fundamental de manera autónoma y estableció una serie de órdenes a las entidades responsables para lograr su efectiva protección, frente a las violaciones sistemáticas y recurrentes que se presentaban. Al respecto, ratificó la obligación del Estado de garantizar el derecho a todos los ciudadanos, atendiendo al concepto de dignidad humana.

Siguiendo la línea jurisprudencial anterior, en el 2015 se expidió la Ley 1751 (LES) que reguló el derecho fundamental a la salud e hizo énfasis en los estándares internacionales del goce efectivo del derecho: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, estableciendo al Estado como el res-

ponsable de garantizar este derecho, a través de la adopción de políticas que así lo aseguraran.

Al respecto, según la Corte Constitucional en la Sentencia C-313 de 2014, que revisó su constitucionalidad, estableció que, bajo el principio de progresividad del derecho a cargo del Estado, se debería entre otros, reducir las barreras de acceso a los servicios, promover su ampliación gradual, mejorar su prestación, ampliar la capacidad instalada del sistema de salud y mejorar las condiciones del talento humano.

Es así como, a partir de la LES, se pasó de un modelo de inclusiones expresas a exclusiones explícitas, donde todo aquel servicio o tecnología en salud que no se encuentre expresamente excluido, se entiende por incluido. En este sentido, las exclusiones deben corresponder a alguno de los criterios fijados por el legislador en su artículo 15 “(...) 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 y f) que tengan que ser prestados en el exterior (...)”; las cuales deben estar expresamente determinadas y señaladas en una norma, como resultado de un

procedimiento técnico-científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente (Resolución 318 de 2023). Actualmente, los servicios y tecnologías en salud excluidos de financiación con recursos públicos de la salud están contenidos en la Resolución 2273 de 2021.

Sin embargo, la Corte Constitucional ha previsto la posibilidad de excepcionar la prestación de un servicio o tecnología excluido, siempre que se cumpla con las reglas establecidas por ella en las sentencias SU-480 de 1997 y T-237 de 2003:

*(...) i) Que la ausencia del servicio o tecnología en salud excluido lleve a la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o la integridad física del paciente, bien sea porque se pone en riesgo su existencia o se ocasione un deterioro del estado de salud vigente, claro y grave que impida que esta se desarrolle en condiciones dignas. Sobre este presupuesto, la Sala Plena encuentra necesario precisar que para su superación es necesario que exista una clara afectación a la salud y no basta con la sola afirmación sobre el deterioro de la dignidad humana. De tal forma, la afectación de la salud debe ser cualificada en los anteriores términos, como quiera que compromete la inaplicación de las restricciones avaladas por el mecanismo participativo bajo criterios técnicos y científicos y por consiguiente, impacta la garantía de prestación a cargo del Estado y*

*la correlativa financiación de los servicios que se requieren: ii) Que no exista dentro del plan de beneficios otro servicio o tecnología en salud que supla al excluido con el mismo nivel de efectividad para garantizar el mínimo vital del afiliado o beneficiario; iii) Que el paciente carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del servicio o tecnología en salud y carezca de posibilidad alguna de lograr su suministro a través de planes complementarios de salud, medicina prepagada o programas de atención suministrados por algunos empleadores; iv) Que el servicio o tecnología en salud excluido del plan de beneficios haya sido ordenado por el médico tratante del afiliado o beneficiario, profesional que debe estar adscrito a la entidad prestadora de salud a la que se solicita el suministro (...).*

Pese a lo anterior, y a que la LES empezó a regir desde febrero de 2015, las quejas de los usuarios de los servicios en salud por falta de oportunidad, continuidad e integralidad en la atención, barreras de acceso y negación de lo incluido en el plan obligatorio de salud, no han disminuido y, al contrario, cada año crecen, tal como se ha verificado en los estudios de tutela que realiza esta entidad.

La acción de tutela es el mecanismo de protección constitucional más utilizado por los colombianos para hacer valer su derecho fundamental a la salud. Fue instituida en la Constitución Política de 1991, artículo 86, y establece

que toda persona puede reclamar ante los jueces, a través de un procedimiento preferente y sumario, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando estos fueren vulnerados por la acción u omisión de una autoridad pública o de particulares encargados de la prestación de un servicio público.

Sin embargo, para que proceda la acción de tutela se debe demostrar, en primera medida, la titularidad de la acción, la cual puede ser a nombre propio o por quién actúe en su lugar: a través de representante, mediante agencia oficiosa o, a través del defensor del Pueblo y los personeros municipales. Respecto al segundo caso, la Corte ha establecido que se debe reunir tres requisitos: (i) la manifestación expresa de quien ejerce la agencia oficiosa, de actuar en defensa de derechos ajenos, (ii) que la persona no esté en condiciones de promover su propia defensa y (iii) que exista informalidad, no siendo necesario que exista documento que delegue esta facultad.

El segundo requisito de procedibilidad de la tutela es que esté establecido el destinatario de la acción, es decir, quien debe responder por la vulneración o amenaza del derecho fundamental, cuando este resulte demostrado. En este sentido y en salud, el artículo 42 numeral 2 del Decreto 2591 de 1991 establece que la acción de tutela procede contra omisiones o acciones de particulares encargados de la prestación del servicio público de salud.

En tercer lugar, está el requisito de subsidiariedad, el cual procede cuando el afectado no dispone de otro medio de defensa judicial que evite el perjuicio irremediable. Sin embargo, no significa que solo proceda cuando no existen otros medios o cuando ya se agotaron, debido a que cada caso debe revisarse de manera independiente. En materia de salud, el legislador le asignó la función jurisdiccional a la Superintendencia de Salud, para que resuelva, entre otros, los asuntos relacionados con la cobertura de los servicios y tecnologías en salud, cuando su negativa ponga en riesgo o amenace la salud del usuario.

La función jurisdiccional de la Superintendencia cuenta con tres requisitos: la informalidad, en el sentido que la demanda puede ser presentada a través de memorial u otro escrito, sin que medie formalidad alguna o autenticación y sin apoderado judicial; su carácter preferente y sumario, artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, donde se establece que la entidad emitirá sentencia dentro de los veinte (20) días siguientes a la radicación de la demanda, cuando el objeto de esta sea la prestación de un servicio o tecnología incluido o excluido del Plan de Beneficios en Salud (en adelante PBS) y la posibilidad de adoptar medidas cautelares tendientes a proteger la salud del usuario.

Sin embargo, la Corte Constitucional ha reconsiderado este planteamiento debido a la existencia de vacíos y situaciones especiales normativas (el término para fallar en primera instancia en

el caso de la función jurisdiccional es de 20 días, mientras que en la acción de tutela es de 10 días), a la omisión del legislador en reglamentar lo relativo a la interposición de recursos (a pesar de que estableció la apelación de las decisiones y que serían tramitadas por el Tribunal Superior de Distrito Judicial, Sala Laboral, no consagró el término de respuesta a dicha apelación ni el efecto del recurso), al hecho de que solo procede ante la negativa por parte de las EPS, mas no cuando existe una omisión o un silencio y por la falta de determinación de un mecanismo que permita garantizar el cumplimiento de la decisión.

Lo anterior le ha permitido a la Corte Constitucional concluir un déficit en la protección del derecho fundamental a la salud y establecer que la Superintendencia tiene una capacidad limitada respecto a sus competencias jurisdiccionales, por lo que mientras persistan las dificultades para dicho ejercicio, el mecanismo jurisdiccional no es el medio idóneo y eficaz para la protección inmediata del derecho, lo que sí es la acción de tutela.

En cuarto lugar, respecto a la inmediatez, dicha corporación ha establecido que, si bien no existe un término de caducidad para su interposición, sí debe hacerse en un tiempo razonable, debido a la necesidad de protección que debe ser estudiado por el juez. Sin embargo, no es exigible cuando está de por medio una persona de especial protección constitucional, la vulneración es permanente y en los casos de personas en estado de indefensión,

interdicción, abandono, minoría de edad e incapacidad física, entre otros.

El quinto requisito de procedencia radica en que no se configure la carencia actual de objeto, el cual se presenta por daño consumado, hecho superado y por situación sobreviniente, entendiéndose el primero como aquel daño que se quería evitar con la tutela, el segundo como la terminación de la acción de tutela por la extinción del hecho que la produjo, y el tercero como la situación que ocurre con posterioridad a la interposición de la acción y que hace que la protección solicitada no sea necesaria.

No obstante, en Sentencia SU-522 de 2019 estableció el deber al juez de tutela de pronunciarse en estos casos cuando “(...) *a) sea necesario llamar la atención sobre la falta de conformidad constitucional de la situación que originó la tutela y tomar medidas para que los hechos vulneradores no se repitan; b) deba advertirse la inconveniencia de su repetición, so pena de las sanciones pertinentes; c) se requiera corregir las decisiones judiciales de instancia o; d) se deba avanzar en la comprensión de un derecho fundamental (...)*”.

Actualmente, la acción de tutela como se mencionó y como se verá en el presente documento, es el medio más efectivo para la protección del derecho fundamental a la salud y su alto porcentaje de favorecimiento (87,3 %), así lo demuestran los resultados de este estudio.









# III. POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD, 2022

---

En este capítulo se realiza una breve descripción de las políticas en salud emitidas durante el año del estudio en materia de aseguramiento, prestación de servicios, financiamiento e inspección, vigilancia y control.

Es importante aclarar que este capítulo no busca evaluar la implementación ni los resultados de la política pública, su único fin es divulgar y promover el conocimiento de las normas y de los hechos que, en materia de salud, marcaron principal relevancia durante el 2022 por ser de interés para la comunidad en general.

## 1. Aseguramiento

El aseguramiento en salud es una estrategia de política pública diseñada para lograr el acceso oportuno, equitativo y efectivo de la población a los servicios de salud que requieran, para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Está definida en la Ley 1122 de 2007, como: “(...) *la adminis-*

*tración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario (...)*”.

### 1.1. Afiliación de oficio<sup>1</sup>

Es la afiliación que realizan las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o la entidad territorial, según corresponda, cuando una persona no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) o cuando se encuentra con novedad de terminación de la inscripción en una aseguradora. Para hacerlo, primero debe verificar en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) el estado de afiliación y la clasificación Sisbén, y si cumple con las condiciones para pertenecer al régimen contributivo, la registrará en el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) y lo inscribirá en EAPB autorizada para operar en el

---

<sup>1</sup> Presidente de la República. Decreto 064 de 2020.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%20No.%20064%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20064%20de%202020.pdf)

municipio o distrito, pero, si no cumple y se encuentra clasificada como pobre o vulnerable, de acuerdo a las poblaciones que se identifican a través de los listados censales, deberá ser registrada en el SAT e inscrita en una EPS del régimen subsidiado autorizada para operar en el respectivo municipio o distrito de domicilio.

Si la persona no cumple con las condiciones para pertenecer tanto al régimen contributivo como subsidiado, ya que no se identifica a través del listado censal o no ha sido clasificada en el Sisbén como pobre o vulnerable, la IPS o la ET deberá registrarla en el SAT e inscribirla en una EPS, indicándole la fecha desde la que debe contribuir solidariamente al sistema. De igual forma, si la persona no cuenta con la última clasificación Sisbén y no hacen parte de un listado censal, la registrará en el SAT e inscribirá transitoriamente en una EPS del régimen subsidiado, pero deberán, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la inscripción, solicitar la encuesta Sisbén ante la entidad territorial, la cual tiene un plazo no mayor a cuatro (4) meses a partir de la afiliación para gestionar la misma y una vez obtenidos los resultados se determinará el mecanismo de afiliación que corresponda. Sin embargo, si vencidos los cuatro (4) meses no se ha realizado se procederá la terminación de la afiliación de oficio.

Efectuado el registro en el SAT y la afiliación de la persona a alguno de los regímenes, según corresponda, por parte del prestador o la entidad territorial, dicha novedad se notificará de manera automática a la entidad territorial, a la ADRES y a la EPS correspondiente. La entidad territorial o la IPS, según corresponda, deberá informar por escrito al afiliado el resultado de la afiliación, con el nombre de la EPS seleccionada o asignada y los datos de contacto de dicha aseguradora. Si la afiliación se da a través del mecanismo de contribución solidaria, además deberá informarles la tarifa a pagar.

## 1.2. Plan Decenal de Salud Pública<sup>2</sup>

El Plan Decenal de Salud Pública es una política que incluye la hoja de ruta para afrontar los desafíos en salud pública para los próximos 10 años. Se construye a partir del consenso social y ciudadano, por lo que establece, entre otros, los objetivos, metas, recursos, indicadores, y mecanismos de evaluación, orientado a la garantía del derecho fundamental a la salud, la calidad de vida y el bienestar integral de todas las personas en Colombia. Fortaleció la articulación intersectorial para la gestión de los determinantes sociales en salud y la interseccionalidad, reconociendo la discriminación como impacto negativo en la población.

---

<sup>2</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf)

El Plan Decenal compromete a todos los niveles de gobierno y a todos los actores del sistema de salud, siendo un instrumento de planeación nacional y regional por lo que, en el marco de las competencias, deben orientar las acciones y esfuerzos para dar respuesta a las necesidades de la población y alcanzar los resultados en salud anhelados. Se fundamenta en los principios de dignidad, equidad, progresividad, justicia social y distributiva, inclusión, prevalencia del interés general, transparencia e integralidad en salud. Es así como, el documento técnico que compone el plan está estructurado en seis ejes estratégicos: gobierno y gobernanza de la salud pública, gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud, gestión integral de la atención primaria en salud, gestión integral del riesgo en salud pública, gestión del conocimiento para la salud pública, y gestión y desarrollo del talento humano para la salud pública. Según el Ministerio de Salud y Protección S, en los años 2026, 2029 y 2032 se realizará evaluación de las acciones implementadas para verificar el cumplimiento de las metas planteadas.

La construcción del Plan fue el resultado de un gran acuerdo social<sup>3</sup>, donde además de los actores del sistema de salud, participó la comunidad a

través de 169 mesas zonales, 33 mesas departamentales, ocho (8) mesas regionales, dos (2) encuentros nacionales y dieciséis (16) talleres dirigidos a niños, niñas y adolescentes llevadas a cabo entre octubre de 2021 y febrero de 2022; y encuentros con representantes de comunidades indígenas, afrocolombianas, negras, raizales, ROM gitano, palenqueras, migrantes y víctimas del conflicto armado. En este sentido, el Ministerio recibió aportes de 4.343 ciudadanos, la participación directa de 9.310 representantes del sector, académicos, entidades territoriales y sociedad civil organizada.

### 1.3. Política de Atención Integral en Salud<sup>4</sup>

Esta política establece los lineamientos para garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, a través de la implementación de la operación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), por áreas geográficas para la gestión en salud como herramienta para reducir brechas frente al acceso y atendiendo las diferencias territoriales existentes.

Busca generar mejores condiciones de atención en salud a través de la promoción de la salud, la prevención de la en-

<sup>3</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. "¡Cumplimos!, Colombia tiene nuevo Plan Decenal de Salud Pública". Boletín de Prensa N.º 352 de 2022 de fecha 13 de junio de 2022. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Cumplimos-Colombia-tiene-nuevo-Plan-Decenal-de-Salud-Publica-minsalud.aspx>

<sup>4</sup> Presidencia de la República. Decreto 1599 del 05 de agosto de 2022 <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201599%20DEL%2005%20DE%20AGOSTO%20DE%202022.pdf>

fermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, en condiciones de accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad, integralidad, continuidad y capacidad resolutoria por parte de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, articulado con la gestión intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud. En este sentido y con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, establece que los agentes del Sistema deben desarrollar sus funciones desde las acciones promocionales, el aseguramiento del riesgo y la prestación del servicio de salud, a través de la definición de áreas geográficas promoviendo la gestión en salud que fortalezca (i) el diseño y aplicación de las políticas públicas adecuadas a la realidad territorial, (ii) la focalización y priorización efectiva de la inversión territorial y (iii) el cierre de brechas e inequidades en salud.

De igual manera, las áreas geográficas permiten la adopción de acciones aplicables a cada territorio, atendiendo las realidades sociales, por parte de los actores y de la política PAIS, con enfoques de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, diferencial poblacional y territorial, con un modelo centrado en el cuidado de las personas, familias y comunidades. Además, propone el desarrollo de una herramienta que permita la interoperabilidad de los instrumentos y fuentes de información para tener claridad sobre las necesidades de la población; actualiza las responsabilidades de EAPB e IPS para la operación

de la PAIS y establece un esquema de incentivos en la cadena de prestación de servicios y tecnologías en salud.

El modelo de atención en salud debe ser diferencial, adaptado a las condiciones y particularidades de cada población, reconociendo la cultura, la diversidad, el género, la etnia y las condiciones socioeconómicas, entre otras. Incluye la definición de los grupos de riesgo a través de la identificación de las necesidades en salud de las personas, familia y comunidad. Para la operación del modelo, la entidad aseguradora deberá, entre otras, identificar las necesidades en salud y definir los grupos de riesgo; promover el autocuidado, la demanda inducida y la búsqueda activa de casos sospechosos y de diagnósticos confirmados; implementar las rutas integrales de atención acorde a las necesidades en salud de la población; organizar las redes de atención con enfoque territorial; garantizar las modalidades de prestación y provisión de servicios adaptadas a las condiciones poblacionales y de territorio; gestionar el riesgo primario y técnico de su población; coordinar acciones con otros actores y garantizar que toda persona esté adscrita a un prestador primario con enfoque de salud familiar y comunitario.

Los prestadores de servicios primarios se constituyen como la puerta de entrada y el contacto permanente de las personas, familias y comunidad con el sistema y es donde se realiza la atención integral y se establece el plan integral de cuidado primario. El componente complementario, compuesto por prestadores y proveedores de mediana y alta complejidad, estarán

a cargo de garantizar la continuidad, integralidad y complementariedad de la atención, por lo que deberán contar con servicios de atención inmediata, ambulatorio, de internación, quirúrgicos, ayuda diagnóstica y soporte terapéutico, por lo que las aseguradoras deberán articular los dos componentes para cada región. Además, todas las aseguradoras, prestadores, operadores logísticos y direcciones territoriales de salud deberán contar con sistemas de información integrados que permitan la interoperabilidad de los datos y los procesos del aseguramiento, la prestación de los servicios, la salud pública, la financiación y el flujo de recursos.

#### 1.4. Ajustes a copagos y cuotas moderadoras

La nueva normativa establece la inclusión de los grupos actualizados en el Sisbén IV, entendiéndose a los grupos A1 a B7 como nivel 1 y a los grupos C1 a C18 como el nivel 2, siendo los afiliados al régimen subsidiado de este último grupo aquellos obligados a cancelar copagos.

En este sentido, los pagos compartidos (copagos) y cuotas moderadoras se aplicarán según el ingreso base de cotización del afiliado cotizante reportado al momento de la prestación de los servicios de salud y de acuerdo con el nivel socioeconómico, es decir: a mayor nivel de ingresos es mayor el

cobro de copago y cuota moderadora. Sin embargo, si en el núcleo familiar existe más de un cotizante, se tomará el menor ingreso base de cotización.

Las cuotas moderadoras deberán ser canceladas por cada usuario al momento de utilización de los servicios y para el caso de los servicios sujetos a copagos, se aplicará a todos los servicios y tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados, incluidos los servicios complementarios de la herramienta MIPRES. Respecto a los tratamientos ambulatorios o que se lleva a cabo en varias sesiones, como los procedimientos odontológicos y las terapias de rehabilitación, el cobro del copago se hará por la totalidad del tratamiento.

En cuanto a las excepciones para las cuotas moderadoras y los copagos, el decreto las mantiene, siendo exentos de su pago. Respecto a las primeras, entre otros, se encuentran los afiliados del régimen subsidiado y contributivo que deban someterse a prescripciones regulares (diabetes mellitus I y II, atención de pacientes con hipertensión arterial, pacientes con enfermedades huérfanas y ultra huérfanas, pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre otros); y las intervenciones individuales de las Rutas Integrales de Atención en Salud y atenciones de enfermedades transmisibles de interés en salud pública, así como intervenciones de la RIA materno perinatal.

---

<sup>5</sup> Presidencia de la República. Decreto 1652 de 2022.

<https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201652%20DEL%2006%20DE%20AGOSTO%20DE%202022.pdf>

En cuanto a los copagos, se encuentran exentos, eventos y servicios de alto costo de atención integral para trasplante (renal, corazón, hígado, médula ósea, páncreas, pulmón, intestino, multivisceral y córnea), insuficiencia renal (aguda y crónica), manejo quirúrgico de afecciones del sistema nervioso central, atención integral para reemplazos articulares, atención integral de pacientes afectados con quemaduras de gran nivel, atenciones para el manejo de trauma mayor, pacientes con cáncer, VIH/Sida, manejo de pacientes en UCI, manejo quirúrgico de enfermedades congénitas, manejo de enfermedades huérfanas de pacientes inscritos en el registro nacional de enfermedades huérfanas, entre otros.

## 1.5. Presupuestos máximos

El artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 (Plan de Desarrollo), estableció que los servicios y las tecnologías en salud que no son cubiertas por la UPC deben ser gestionados por las EPS y financiadas por los presupuestos máximos, los cuales transferirá la Administradora de Recursos de la Seguridad Social en Salud (ADRES) a dichas aseguradoras.

El presupuesto máximo está determinado para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud (medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales –APME–, procedimientos y servicios complementarios)

no financiados por la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado. En consecuencia, actualmente las aseguradoras reciben, por cada afiliado, una Unidad de Pago por Capitación (UPC) con el cual cubren financieramente los servicios y tecnologías incluidas en el PBS y un monto adicional, presupuestos máximos o techos para sufragar las que no están incluidas en el mencionado plan.

Para ello, la Resolución n.º 205 de 2020, estableció las disposiciones y metodología de estos presupuestos, sin embargo, fue derogada por la Resolución n.º 586 de 2021 que la reemplazó, estableciendo en el artículo 13 que el giro del presupuesto máximo lo haría la ADRES de manera mensual, dentro de los quince (15) primeros días de cada mes. En este sentido, con la Resolución n.º 206 de 2020, se asignaron como presupuestos máximos para ese año, por 10 meses, \$3.928.252.152.454 (\$392.825.215.245 mensuales), distribuidos de la siguiente manera: para el régimen contributivo \$3.333.679.923.783 (\$333.660.807.359 mensuales) y para el subsidiado \$594.572.228.671 (\$59.457.222.867 mensuales)<sup>6</sup>. En enero de 2021, fue expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social la Resolución n.º 043, que estableció los presupuestos máximos por los cuatro (4) primeros meses

<sup>6</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 206 de fecha 17 de febrero de 2020. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolucion%20206%20del%202020%20\\_.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20206%20del%202020%20_.pdf)

de dicho año debido a que, en enero, no se contaba con la información completa que permitiera realizar la asignación para todo el año.

Así mismo, en el año 2021, se adoptó la metodología para definir el presupuesto máximo a asignar a las aseguradoras de ambos regímenes y a las demás entidades obligadas a compensar, con base en el reporte de servicios y tecnologías en salud registrados en el cierre del ciclo de entrega de suministro de la herramienta tecnológica MIPRES, con fecha de entrega a 31 de diciembre de 2020, con fecha de generación de la información a 15 de febrero de 2021, proyectado atendiendo el Valor de la Mediana del Grupo Relevante del Sistema y de los Precios de Referencia por Comparación Internacional (PRI)<sup>7</sup>.

Por lo anterior, en mayo de 2021, con la Resolución n.º 594, se definieron los presupuestos máximos para los doce (12) meses, por un monto total de \$5.056.072.466.412 (\$421.339.372.201 mensuales) distribuidos así: para el régi-

men contributivo \$4.099.599.023.321 (\$341.633.251.943 mensuales) y para el régimen subsidiado \$956.473.443.091 (\$79.706.120.258 mensuales)<sup>8</sup>. Al comparar los valores mensualmente recibidos entre los dos años, se observa un incremento total del 7.25 %, del cual, 2.39 % le corresponden al régimen contributivo y 34 % al subsidiado.

Para el año 2022, con la Resolución n.º 1139 de 2022, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció nuevas disposiciones en relación con el presupuesto máximo, respecto a los componentes de procedimientos de salud, medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales (APME) y servicios complementarios<sup>9</sup> y con la Resolución n.º 1318 del mismo año, estableció la metodología para la definición del presupuesto máximo para la vigencia 2022<sup>10</sup>, debido al tiempo adicional que se necesitó para adoptar y fijar la metodología del presupuesto máximo debido a la necesidad de realizar una revisión detallada de los grupos relevantes, necesarios para el establecimiento del presu-

---

<sup>7</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 593 de 2021

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-593-de-2021.pdf>

<sup>8</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 594 de fecha 11 de mayo de 2021.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20594%20de%202021.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20594%20de%202021.pdf)

<sup>9</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1139 de 30 de junio de 2022.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.1139%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.1139%20de%202022.pdf)

<sup>10</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1318 de fecha 29 de julio de 2022.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201318%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201318%20de%202022.pdf)



puesto máximo que presentaron variaciones atípicas. En el proceso también se analizaron los datos reportados por las IPS, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos, EPS y entidades adaptadas, en el MIPRES y la base de datos histórica de recobro/cobro de la ADRES.

## 1.6. Sisbén IV

El Sisbén es un sistema de identificación para potenciales beneficiarios de programas sociales a través de una clasificación que atiende las condiciones de vida e ingresos de la población, que permite a las entidades ejecutoras de programas sociales focalizar las ayudas en la población más pobre o vulnerable.

En este sentido, el interesado debe registrarse en la base de datos y a partir de la ficha de caracterización socioeconómica, se clasifica cada hogar en uno de los cuatro grupos existentes, así: grupo A: pobreza extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos); grupo B: pobreza moderada (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A); grupo C: vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza); y grupo D: población no pobre, no vulnerable. Cada grupo está compuesto por subgrupos, los cuales se identifican por una letra y un número, lo que permite una clasificación más detallada de las personas: Grupo A: conformado por 5 subgrupos (desde A1 hasta A5); grupo B: conformado por 7 sub-

grupos (desde B1 hasta B7); grupo C: conformado por 18 subgrupos (desde C1 hasta C18); y grupo D: conformado por 21 subgrupos (desde D1 hasta D21).

La base de datos del Sisbén es sin duda un referente para que las entidades del Estado puedan seleccionar a los beneficiarios sus programas. Al respecto, además de facilitar la focalización de los posibles beneficiarios de manera rápida, objetiva, uniforme y equitativa, permite elaborar diagnósticos socioeconómicos precisos de la población y contribuye al fortalecimiento institucional, al ser un sistema moderno de información.

En su operación participa el Departamento Nacional de Planeación (DNP), que define la metodología del Sisbén, orienta a municipios y distritos para su implementación, consolida y aplica controles de calidad y lo publica; las entidades territoriales, siendo los encargados de implementar, actualizar, administrar y operar la base; las entidades públicas que administran los programas sociales, quienes establecen requisitos e identifican los beneficiarios y los ciudadanos, quienes deben mantener actualizada la información.

## 1.7. Gestión del Riesgo en Salud (GIRS)

La GIRS es una estrategia que busca anticiparse a las enfermedades y a los traumatismos, para que no se

<sup>11</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral del riesgo en salud.

<https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx>

presenten, o si se tienen, detectarlos y tratarlos de manera temprana para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Es una estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, establecida en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Además, es planteada como un instrumento de planeación de la política pública que busca el acceso oportuno, equitativo, efectivo, eficiente y sostenible a los servicios cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad. Permite desarrollar acciones orientadas hacia la promoción de la salud, a través de la prevención de enfermedades, perjuicios y mortalidad, así como identificar las necesidades y hacer uso de los recursos disponibles de la mejor manera para su intervención.

La GIRS cuenta con dos componentes: colectivo e individual. El primero, ejecutado por la entidad territorial en articulación con las acciones adelantadas por otros sectores y con las acciones de gestión individual, integrando intervenciones preventivas; se diferencia de la promoción de la salud en que busca no solo el bienestar sino reducir la probabilidad de efectos negativos en el riesgo, la enfermedad y las consecuencias. Por otra parte, el componente individual está a cargo de las EPS mediante la identificación, evaluación,

medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos que comprometan la salud de la población afiliada, con el fin de suministrar los servicios y tecnologías de manera integral para promover la salud, prevenir, tratar, rehabilitar, paliar o curar la enfermedad.

Las aseguradoras gestionan el riesgo a través de la operación de las redes de atención en las que participan prestadores y proveedores de servicios en salud, buscando la atención integral, la continuidad, el acceso y la oportunidad en la prestación y provisión de servicios dirigidas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación. También debe articularse con otras entidades como las ARL, comunidad, academia, asociaciones científicas, individuos y sus familias desde el autocuidado.

En el 2022, con la emisión del Decreto n.º 441 de 2022<sup>12</sup> incluyó, para garantizar la gestión del riesgo, entre otros: mecanismos de protección al usuario para garantizar la atención integral, sin barreras y oportuna; disposición de información para la toma de decisiones informadas acerca del prestador o proveedor y de las EPS; eliminación de la autorización para la atención de enfermedades como el cáncer infantil, el cáncer de adultos, el VIH y la atención para la promoción y mantenimiento de la salud y atención de po-

---

<sup>12</sup> Presidencia de la República. Decreto 441 de 2022.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%20No.%20441%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20441%20de%202022.pdf)

blación materno perinatal; modelos de atención que atiendan las diferencias poblacionales y de territorio; actualización de las modalidades de pago y la inclusión de incentivos económicos y no económicos por la mejoría, logro y mantenimiento de resultados de los indicadores pactados en los acuerdos de voluntades, entre otros.

### 1.8. Procedimiento para la certificación de discapacidad <sup>13</sup>

La Resolución n.º 1239 de 2022 estableció el acceso a la valoración integral de la población con discapacidad, a cargo de los equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud de las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud (IPS) autorizadas por las secretarías de salud departamentales o distritales, encargadas de esta función. En tal sentido, el objetivo de dicha resolución es el de establecer el procedimiento de certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), como medida para localizar, caracterizar y certificar a esta población, siendo obligación de las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, de las EPS de ambos regímenes (contributivo y subsidiado), entidades adaptadas, IPS y de las personas interesadas en acatar lo establecido.

Por lo anterior, el certificado valida la existencia de la discapacidad a partir de la identificación de las deficiencias en funciones y estructuras corporales, incluyendo las psicológicas, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, de acuerdo con los estándares internacionales de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Al respecto, la valoración del paciente está a cargo de los equipos multidisciplinarios, conformados por: tres (3) profesionales registrados en el directorio nacional de Certificadores de Discapacidad, cada uno de una disciplina distinta, ente los cuales está un (1) médico general o especialista y dos (2) profesionales de alguna de las siguientes áreas: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, enfermería, optometría o trabajo social.

El proceso no representa costos para el solicitante, se financiará con cargo a los recursos disponibles en el presupuesto general de la Nación. En este sentido, el interesado o su representante, debe solicitar ante la Secretaría de Salud de su lugar de residencia la orden para certificación de discapacidad, para lo cual debe anexar, entre otros, los siguientes documentos: (i) copia de la historia clínica en la que incluya el diagnóstico CIE vigente, así como los soportes de apoyo diagnóstico, emitidos por el médico tratante del prestador de servicios de salud de

---

<sup>13</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1239 de fecha 21 de julio de 2022.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201239%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201239%20de%202022.pdf)

la red de la EPS o entidad adaptada a la que se encuentre afiliada; (ii) la modalidad en que se requiere la cita para la valoración por el equipo multidisciplinario (institucional o domiciliaria), establecida por el médico tratante; (iii) los apoyos y ajustes razonables (movilidad, comunicación y acceso a la comunicación, persona de apoyo) de ser necesarios, establecidos por el médico tratante; (iv) comunicación suscrita por la empresa dirigida a la secretaría de salud, presentando a la persona y señalando que realizará el pago de la valoración clínica multidisciplinaria a la IPS.

Por su parte, la secretaría de salud debe verificar que la solicitud cumpla los requisitos exigidos, que la persona manifiesta su conformidad con el inicio del proceso, garantizar los apoyos y ajustes razonables que requieran las personas para acceder a tal información y tomar la decisión libre e informada y decidir respecto a la procedencia de la generación de la orden para la realización del procedimiento de certificación, atendiendo el resultado de la verificación en un término máximo de cuatro (4) días hábiles.

Si la solicitud cumple con los requisitos, la Secretaría de Salud, en un término máximo de un día hábil, deberá generar la orden para la realización del procedimiento de certificación de discapacidad en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad entregando el número de la orden, nombre completo, tipo y número de identificación, medio de contacto, razón social, dirección, número de teléfono y correo

electrónico de la IPS asignada para el procedimiento, la modalidad en la que se requiere la valoración clínica y cuando aplique, la manifestación de que el procedimiento será pagado directamente a la IPS por la empresa o grupo empresarial que presentó a la persona. Posterior a la generación de la orden, en el mismo término (un día hábil), la Secretaría deberá comunicar a la IPS asignada la generación del procedimiento, para que asigne la cita de valoración clínica multidisciplinaria.

La IPS debe asignar la cita y realizar la valoración en un término no superior a 10 días hábiles posteriores a la comunicación de la orden, para lo cual deberá comunicarle al solicitante o a la persona de apoyo, la fecha, hora y lugar donde se llevará a cabo. Si la valoración concluye que el solicitante presenta discapacidad, se otorga el certificado, señalando el resultado del procedimiento de certificación y las razones en que se fundamenta, su registro en el RLCPD, el cual genera el certificado de discapacidad como documento personal e intransferible. El certificado deberá ser entregado en los cinco (5) días hábiles posteriores a la realización de la valoración clínica multidisciplinaria. El procedimiento de certificación y la entrega del resultado no puede exceder de 17 días hábiles después del cumplimiento de la documentación e información entregada para la solicitud.

## 2. Prestación de servicios

La prestación de servicios de salud en Colombia busca garantizar el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud y el mejoramiento permanente de la calidad de la atención. Está reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, la Ley 1122 de 2007 y demás decretos reglamentarios. A continuación, se relacionan algunas de las medidas implementadas durante el 2022:

### 2.1. Política Nacional de Talento Humano de Enfermería<sup>14</sup>

Con el fin de promover la efectividad y calidad de la formación, el desempeño y ejercicio del Talento Humano en Enfermería, en el proceso de fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y los regímenes de excepción y especiales y en el marco de la prestación, acceso, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios de salud, el Ministerio de Salud adoptó la Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y el Plan Estratégico 2022-2031, a través de la Resolución n.º 755 de 2022.

Esta política fue el resultado del trabajo colaborativo adelantado entre representantes del Consejo Técnico

Nacional de Enfermería, la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería, la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, la Organización Colegial de Enfermería, la Organización Colombiana Estudiantil de Enfermería y el Ministerio de Salud y Protección Social, entre otros.

La implementación de la política es liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el ámbito Nacional, con la asesoría de los Consejos Técnicos de Enfermería y de otras entidades en el marco de sus competencias, siendo sus lineamientos obligatorios para los actores de todos los regímenes de salud del sistema.

La política cuenta con los enfoques psicosocial y de género, diferencial e intercultural, de derechos, humanización, poblacional y territorial, elementos orientadores para su desarrollo a través de planes, programas, proyectos y acciones. Así mismo, está estructurada en tres líneas estratégicas enfocadas en tres áreas: (i) condiciones para el ejercicio, el desempeño y gestión para el desarrollo profesional y auxiliar de enfermería; (ii) fortalecimiento de competencias y calidad de la formación en enfermería; y (iii) autonomía y liderazgo profesional.

Además, establece que, para su cumplimiento, debe diseñarse un instrumento de verificación de las acciones desarro-

<sup>14</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 755 de 2022.

<https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2022/05/Resolucion-No.-755-de-2022.pdf>

lladas en el marco de las líneas estratégicas, debiendo los Consejos Técnicos de Enfermería asesorar a las secretarías de salud en la estructuración, análisis y reporte de la información.

El anexo técnico de la Resolución contiene los antecedentes, caracterización del talento humano de enfermería y principales problemáticas, el contexto político y normativo, el enfoque de la política, objetivo, alcance y resultados esperados, así como su marco y plan estratégico 2022-2031, el cual está estructurado en las tres líneas antes mencionadas.

## 2.2. Rutas Integrales de Atención en Salud

Las RIAS son una herramienta que definen a los agentes del sistema (entidad territorial, asegurador, prestador) y de otros sectores, 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. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales. A partir de la RIAS, se consolidan las ac-

ciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios de Salud (PBS), incluyendo las Guías de Práctica Clínica (GPC) asociadas a estos. Las intervenciones incluidas se basan en la mejor evidencia disponible. El conjunto de RIAS, PIC, PBS y GPC deben cubrir la mayor parte de las contingencias de salud de la población.

Durante el año 2022, el Ministerio determinó los lineamientos para la implementación de la RIA para la población con riesgo cardiovascular o alteraciones cardio/cerebrovascular/metabólicas, los cuales son de obligatorio cumplimiento. Estos lineamientos deben ser acatados por las entidades territoriales, EPS, IPS y todas las entidades que realicen acciones en salud, en el marco de la operación del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) y por las entidades pertenecientes a los regímenes de excepción y especiales. Así mismo, la atención en salud debe adaptarse a las condiciones territoriales según corresponda (urbanos, de alta ruralidad y dispersos), así como de los grupos poblacionales. De igual manera, deben garantizar la disponibilidad, eficiencia e idoneidad del talento humano en salud y realizar monitoreo de las intervenciones y de la evaluación de los resultados en salud.

La población sujeta a esta RIA, es la población mayor a 18 años, identificada con alguno de estos criterios<sup>15</sup>: riesgo cardiovascular clasificado como mode-

<sup>15</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos y operativos De la Ruta Integral de Atención en Salud para personas con riesgo o presencia de alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas.

<https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2022/04/lineamientos-RIA-cardiovascular.pdf>

rado, alto, muy alto o extremadamente alto identificado mediante la escala de Framingham validada para Colombia y escalas OMS; riesgo de desarrollar diabetes mellitus 2 clasificado como alto por Findrisk Score validado para Colombia (según Resolución n.º 3280 de 2018), cifras de tensión arterial entre 85/130 – 89/139 mm Hg; niveles de glucemia en ayunas entre 100 – 125 mg/dl, glucosa post carga de 140-199 mg/dl o hemoglobina glicosilada entre 5.7% a 6.4%; diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 o dislipidemia independiente de la clasificación de riesgo cardiovascular; personas con sobrepeso, obesidad, tabaquismo o consumo de alcohol con riesgo cardiovascular o metabólico moderado o mayor.

El objetivo de esta ruta es orientar, definir e integrar las intervenciones colectivas e individuales y las acciones de la gestión de la salud pública requeridas para intervenir a las personas con riesgo de alteraciones cardio/cerebrovascular/metabólica, con el fin de evitar la aparición de eventos, así como la progresión de la enfermedad y disminuir la mortalidad por estas causas.

### 2.3. Registro sanitario de medicamentos

Durante el año 2022, el Ministerio de Salud y Protección Social y el INVIMA realizaron un análisis de impacto normativo sobre medicamentos,

cumplimiento del decreto n.º 677 de 1995, que integró, entre otros, los lineamientos para el registro sanitario y régimen de vigilancia sanitaria de medicamentos en el país, debido a que los requisitos sanitarios definidos en el mismo cuentan con 25 años de aplicación obligatoria, ocasionando, según algunos actores, que no esté acoplada a los estándares internacionales.

En este sentido, en dicho análisis, las entidades informan que, si bien el decreto 677 se mantiene vigente, ha sufrido modificaciones atendiendo a las necesidades en materia de salud pública y a razones de interés de los agentes sectoriales. Respecto al sector farmacéutico, el MinSalud destaca la fabricación, preparación y comercialización de productos farmacéuticos, bien sea de prescripción médica como de venta libre, para el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; genéricos o innovadores como las actividades principales que, a pesar de tener una mayor producción, evidencia la necesidad de importar para satisfacer la demanda. Con relación a la venta, el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED) reveló que en 2020 se vendió un total de \$15.1 billones de pesos, valor equivalente al 1.5 % del PIB, que corresponde a un 31,1 % a los laboratorios del país.

En dicho análisis, las autoridades en salud reconocen como problemas actuales, la armonización inadecuada,

<sup>16</sup> Ministerio de Salud y Protección Social / Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA. Análisis de Impacto Normativo: Registro sanitario y licencias, control de calidad y régimen de vigilancia sanitaria de medicamentos. Junio, 2022

los vacíos regulatorios y la rigidez de la regulación en términos de seguridad, calidad y eficacia para algunos medicamentos, entre otros, lo que genera que se continúe otorgando certificaciones en buenas prácticas de manufactura bajo las estipulaciones del Informe n.º 32 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aun cuando se han acogido los Informes n.º 37 y n.º 45 de la organización internacional, que los medicamentos y establecimientos encargados del cumplimiento de los lineamientos se guían por estándares menos estrictos que los exigidos a nivel internacional y que no se cuenta con un documento estandarizado para el trámite de registro sanitario, entre otros.

En este sentido, el informe señala que el decreto n.º 677 de 1995 es un documento “que impide la implementación de estándares nuevos e, incluso, la evaluación inicial debido al tiempo considerable establecido con dichos fines” y reconoce que la integración de nuevas tecnologías es uno de los elementos en los que se queda corta la normativa. Al respecto se concluye que en Colombia hay vacíos frente a la diferenciación entre los diseños de los productos de un mismo fabricante; los grafos o pictogramas que simbolizan información con significado para los usuarios y que eviten usos inadecuados, los sellos de seguridad o elementos que faciliten la diferenciación o la lectura de la información disponible de forma previa a su uso por el pa-

ciente (Ej. lenguaje braille, diseño con colores diferenciados por producto, estrategias de etiquetado, etc.), entre otras. Adicional, se evidencian demoras en la resolución de solicitudes por parte del Invima, lo que genera, entre otros, dificultades para interpretar los requisitos por parte de los funcionarios del Invima y de los usuarios, que la ARN no cuenta con suficiente cantidad de personal en términos de número y permanencia en el tiempo para atender las solicitudes que se reciben de los usuarios, y que las herramientas TIC disponibles en la ARN no tengan alcance suficiente para agilizar los procesos y actividades de seguimiento. En conclusión, para superar estas deficiencias es necesario la emisión de un nuevo decreto de régimen del registro sanitario y la derogatoria del Decreto n.º 677 de 1995.

## 2.4. Lineamientos técnicos para ASUE de medicamentos<sup>17</sup>

El Ministerio de Salud y Protección Social estableció un reglamento técnico de emergencia para el trámite de Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia (ASUE), para medicamentos biológicos o de síntesis química, con el fin de facilitar su acceso y disponibilidad temporal y condicionada en el mercado local de medicamentos, siendo aplicable para los laboratorios que los diseñen, desarrollen, fabriquen,

---

<sup>17</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1651 de 2022.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%20No.%201651%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%201651%20de%202022.pdf)



importen o comercialicen; para los titulares, fabricantes, importadores, distribuidores y gestores farmacéuticos que realicen actividades que los involucren, para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas (IPS) y los profesionales independientes de salud habilitados que realicen actividades propias del servicio farmacéutico y la prescripción de los medicamentos; para los servicios farmacéuticos habilitados y establecimientos farmacéuticos autorizados que participan en el proceso de almacenamiento, distribución, transporte, dispensación y comercialización de estos productos, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Minsalud, en el marco de las actividades de almacenamiento, distribución y reportes de información correspondiente; el Gobierno nacional y cualquier entidad pública cuando importe medicamentos para la salud pública, en el marco de las actividades de almacenamiento, distribución y reportes de información correspondiente; el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, y el Instituto Nacional de Salud, en el marco de sus competencias de vigilancia epidemiológica.

En este sentido, se debe presentar una solicitud de ASUE ante el INVIMA en un formato denominado CTD (*Common Technical Document*) que consignará “la información administrativa

(módulo 1), resúmenes de documentos técnicos comunes (módulo 2) y los datos adicionales que apliquen para cada medicamento”, y su autorización se realizará mediante acto administrativo con vigencia de 1 año, el cual entre otras contendrá las obligaciones que el titular adquiere con la autoridad sanitaria y la metodología para la revisión continua de entrega de datos.

La ASUE podrá ser renovada hasta tres veces por periodos iguales con la presentación de la solicitud respectiva y un mismo producto, siempre que el uso o la indicación sean diferentes, podrá contar con ASUE y registro sanitario de forma simultánea. Para garantizar la trazabilidad de los medicamentos con ASUE, el Invima requerirá a toda persona natural o jurídica que intervenga en la cadena del suministro del medicamento, los soportes, registros y datos de movimientos, atendiendo a lo establecido en la norma.

## 2.5. Desabastecimiento de medicamentos<sup>18</sup>

En agosto de 2022, el Ministerio de Salud y Protección Social reconoció de manera oficial el desabastecimiento de medicamentos, explicando que se debía a varias causas, entre ellas: la escasez global de materias primas (materiales de envase, empaque y producto terminado), preferencia de prescriptores

---

<sup>18</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud definió estrategias ante desabastecimiento de medicamentos. Boletín de Prensa No 437 de 2022. Agosto 23 de 2022.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-definio-estrategias-ante-desabastecimiento-de-medicamentos.aspx>

y pacientes por marcas comerciales, a pesar de la existencia de genéricos, segmentación entre el canal institucional y el canal comercial, la regulación sobre medicamentos de bajo interés y distorsiones de la demanda.

Al respecto, dicha cartera mencionó que, frente a la escasez global de materias primas, la propuesta era la de establecer intercambios entre países o implementar mecanismos de compras agregadas, modificar la regulación del Invima para la importación de medicamentos vitales no disponibles, con el fin de agilizar el ingreso de estos productos. Respecto a la elección de marcas comerciales, propuso la sustitución por productos de idéntica composición nacionales y campañas pedagógicas dirigida a generar confianza en los medicamentos genéricos.

Con relación a la segmentación, señaló la necesidad de revisar la política de precios, así como estimular la competencia; para los medicamentos bajo presiones regulatorias, realizar evaluaciones con el Invima para revisar los precios vigentes, incluso a un costo menor si fuese necesario; y para controlar las distorsiones de la demanda, se acudiría a la industria nacional y a las universidades con procesos de producción para la fabricación de algunos de los medicamentos, así como el fortalecimiento al seguimiento en los procesos de las EPS.

En este sentido, el Minsalud<sup>19</sup> y diversos actores sectoriales (Acemi, Gestarsalud, Asinfar, Asocoldro, Afidro, ARI, Ascif, Amcham, Cámara farmacéutica de la ANDI, Asociación Colombiana de Químicos Farmacéuticos Hospitalarios, Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos, Asociación Colombiana de Farmacovigilancia, Fenalco, Veeduría Nacional de Salud, Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales e Invima), determinaron estrategias para conocer la demanda insatisfecha de medicamentos. Al respecto, acordaron, entre otras, concentrar esfuerzos para desarrollar campañas educativas dirigidas a la población en general, con el propósito de dar a conocer el nombre genérico de los ingredientes que componen los medicamentos y promover el uso de sustitutos disponibles en el mercado; el compromiso en la oportunidad y transparencia en los reportes que se realicen y la información brindada por los actores; la necesidad de fortalecer la articulación con el Invima para que se realice la priorización de trámites que se requiera frente a los medicamentos con problemas de escasez; la prescripción en nombre genérico con el fin de que la población general se familiarice con las otras opciones que se encuentran en el mercado (especialmente para anticonceptivos); y el desarrollo de un sistema de monitoreo del estado de abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos y la generación de alertas por disponibilidad.

---

<sup>19</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud continúa con su estrategia para superar la escasez de medicamentos. Boletín de Prensa No 524 de 2022. Octubre 31 de 2022. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-continua-con-su-estrategia-para-superar-la-escasez-de-medicamentos.aspx>

## 2.6. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)<sup>20</sup>

Con la Resolución n.º 1036 de 2022 el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentó el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), al incluir el flujo de la información y los datos que se deben reportar, así como las reglas de validación a aplicar como soporte para el trámite y envío de la factura electrónica de las ventas en salud.

Los RIPS se definen como el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, control y regulación, así como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades obligadas (instituciones prestadoras de servicios de salud, grupos de práctica profesional, profesionales independientes, entidades administradoras de planes de beneficios y organismos de dirección, vigilancia y control del SGSSS).

Los datos del RIPS sirven, entre otros, para formular políticas de salud, eva-

luar coberturas de servicios, realizar la programación de oferta de servicios de salud, validar el pago de servicios de salud, asignar recursos financieros, humanos y técnicos, ajustar la Unidad de Pago por Capitación, fundamentar la definición de protocolos y estándares de manejo clínico, establecer mecanismos de regulación y uso de los servicios de salud, ajustar los contenidos de los planes de beneficios en salud, controlar el gasto en salud y conocer el perfil de morbilidad y mortalidad.

En este sentido, el párrafo 2 del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 estableció la obligatoriedad de la rendición de información y elaboración del RIPS para todas las entidades y organizaciones del sector que tengan parte en su elaboración y consolidación.

## 2.7. Parto digno y humanizado en Colombia<sup>21</sup>

La Ley 2244 de 2022 tiene como propósito reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal, respetando su libertad y conciencia, además de reconocer derechos a los recién nacidos.

<sup>20</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1036 de 2022.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201036%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201036%20de%202022.pdf)

<sup>21</sup> Congreso de la República. Ley 2244 de 2022.

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_2244\\_2022.html#:~:text=Leyes%20desde%201992%20%2D%20Vigencia%20expresa%20y%20control%20de%20constitucionalidad%20%5BLEY\\_2244\\_2022%5D&text=Por%20medio%20de%20la%20cual,Digno%2C%20Respetado%20y%20Humanizado%E2%80%9D.](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2244_2022.html#:~:text=Leyes%20desde%201992%20%2D%20Vigencia%20expresa%20y%20control%20de%20constitucionalidad%20%5BLEY_2244_2022%5D&text=Por%20medio%20de%20la%20cual,Digno%2C%20Respetado%20y%20Humanizado%E2%80%9D.)

Por lo anterior, presenta un enfoque de atención integral en todas las etapas del embarazo (cuidados prenatales), el parto sin importar el nivel de riesgo (bajo o alto) y las primeras atenciones de los recién nacidos, por lo que establece, además que los agentes en salud sean suficientes, idóneos, éticos e interdisciplinarios, que los espacios para la prestación de servicios estén equipados con insumos tecnológicos esenciales que garanticen la atención oportuna y digna de las gestantes y los neonatos, con enfoque intercultural y diferencial.

La norma también establece los derechos y deberes de las madres, los derechos de los recién nacidos, las obligaciones del Estado y las sanciones a su incumplimiento. El estado, además, deberá diseñar un plan para la divulgación de la ley y los lineamientos regionales sobre las políticas de atención a la mujer.

## 2.8. Atención materna<sup>22</sup>

El Minsalud, mediante circular externa n.º 47 de 2022, estableció las estrategias para reducir la mortalidad materna, al fortalecer el acceso efectivo a la atención de las mujeres gestantes y de los recién nacidos.

La circular dirigida a las secretarías de salud (departamentales o distritales), EPS, entidades adaptadas de los regímenes especiales y de excepción e IPS,

establece como medidas, entre otras, garantizar la autonomía sexual y reproductiva de las personas en capacidad de gestar, mejorar el acceso efectivo a las intervenciones descritas en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, fortalecer las redes sociales y comunitarias alrededor de la salud sexual y reproductiva con perspectiva intercultural y de género, implementar estrategias de información y comunicación para promover el cuidado y la salud materna y neonatal, cualificar las redes institucionales para la gestión de la atención a gestantes con emergencias obstétricas y los recién nacidos con complicaciones, fortalecer la gobernanza y hacer seguimiento a la implementación del plan de aceleración.

En este sentido, las aseguradoras deberán intensificar la demanda inducida, gestionar la atención en salud, garantizar el acceso oportuno y de calidad a los servicios en salud y coordinar con las entidades territoriales el acceso a albergues, traslado o medios de transporte, entre otros.

Por su parte, las IPS deberán contratar de manera inmediata la Ruta Integral de Atención en Salud materno perinatal, garantizar las tomas de muestras, las consultas, la entrega de medicamentos, el acceso oportuno a la atención y disponer del talento humano, tecnología e insumos necesarios para la atención de las mujeres en la gestación, parto y postparto, entre otras.

---

<sup>22</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Circular externa 47 de 2022.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Circular%20Externa%20No.%2047%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No.%2047%20de%202022.pdf)

Las Secretarías de Salud, definir en coordinación con las EPS y las IPS, las instituciones que atenderán las urgencias de los gestantes y recién nacidos, las cuales deben garantizar la disponibilidad y suficiencia de los servicios de salud para prevenir casos de mortalidad materna o perinatal; deberán monitorear la red para establecer su suficiencia e implementar redes colaborativas para la asistencia técnica y clínica, incluyendo la modalidad de prestación de telemedicina, entre otras.

### 3. *Financiamiento*

La financiación de la atención en salud se centra en la asignación de recursos para cubrir las necesidades en salud de la población (prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación)<sup>23</sup>, ya sea de manera individual o colectiva.

#### 3.1. Acuerdo de Punto Final<sup>24</sup>

Es una política que tiene por objeto preservar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud como vía para garantizar el derecho fundamental de salud, a través de sus dos componentes: saneamiento y transformación.

El saneamiento comprende la inclusión de recursos al sector a través del pago de deudas reconocidas en el proceso de liquidación de Caprecom y el saneamiento de la cartera asociada a los servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC, y la transformación comprende los mecanismos de gestión y financiación de las tecnologías no UPC, para garantizar el acceso equitativo y eficiente de todos los usuarios de sistema.

El componente de saneamiento está concentrado en las tecnologías no financiadas por la UPC, por lo que su pago le corresponde a la Nación y a los departamentos y distritos. En el régimen contributivo, quien realiza el reconocimiento y pago es la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y en el subsidiado, los departamentos y distritos para los servicios prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, posterior a dicha fecha, también le corresponde a la ADRES.

Según el Ministerio de Salud, las diferencias en las cuentas no UPC se presentan por varios motivos: la actualización del Plan de Beneficios en Salud, el ingreso de nuevas tecnologías, la demora en los procesos de las cuentas por cobrar, la existencia de diferentes procesos de reconocimiento y pago en las

<sup>23</sup> Organización Panamericana de la Salud. Financiamiento de los sistemas de salud. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2973:health-financing&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2973:health-financing&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)

<sup>24</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. ¿Qué es y que no es el acuerdo de punto final? <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/que-es-y-no-es-apf.pdf>

entidades territoriales, la ineficiencia en el manejo de recursos descentralizados y el desconocimiento de la oferta de servicios, entre otros.

El Acuerdo de Punto Final sana las deudas de servicios y tecnologías no UPC que el Gobierno nacional y territorial tienen con las EPS, por lo que los dineros son girados directamente a los prestadores de servicios de salud. Además, garantiza un cierre definitivo de las diferencias entre el pagador (ADRES y entidades territoriales) y las EPS, ya que las aseguradoras aceptan los resultados de la auditoría, renuncian a demandar por estos cobros, desisten de los procesos en curso y renuncian al cobro de intereses.

Por su parte, el componente de transformación implica el cambio en la forma en que se reconocen y pagan los servicios y tecnologías no UPC para evitar nuevas acumulaciones. En este sentido, para el régimen subsidiado, a partir del 01 de enero de 2020, se centralizó su reconocimiento y pago en la Nación (ADRES), garantizando la unidad de procesos, la eficiencia en los controles y el avance en equidad, al ser igual para ambos regímenes. Así mismo, implica la implementación de medidas como la de valores máximos de recobro que le permite al Estado pagar por principio activo y la de techos o presupuestos máximos que permite reconocer a tra-

vés del per cápita, la atención integral al paciente, permitiendo a las aseguradoras generar asociaciones más eficientes a través de la contratación y gestión de todos los servicios autorizados, la negociación y compra centralizada y la promoción de centros de referencia para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades huérfanas, entre otras.

De igual manera, para hacer más eficiente el gasto en salud, el Gobierno Nacional ha establecido, entre otras, medidas como la actualización progresiva del Plan de Beneficios en Salud, las exclusiones, el control de precios de medicamentos y la realización de compras y negociaciones centralizadas.

### 3.2. Unidad de Pago por Capitación (UPC)

Con la Resolución n.º 2381 de 2021 se fijó el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que financió los servicios y tecnologías de salud de los regímenes contributivo y subsidiado durante el 2022, por un valor de \$1.109.221 pesos para el primero y de \$964.807 pesos para el segundo<sup>25</sup>.

Adicionalmente, dicha Resolución estableció primas adicionales a zonas de especial dispersión geográfica, a determinadas ciudades y a zonas alejadas (archipiélago de San Andrés, Provi-

<sup>25</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2381 de 2021.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.2381%20de%202021.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.2381%20de%202021.pdf)

dencia y Santa Catalina) y determinó un incremento del porcentaje a trasladar a las IPS. Así mismo, dispuso como valor anual \$24.152 pesos para el desarrollo de actividades de promoción y prevención y del 0,40 % del IBC para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común por enfermedad general, y reiteró la obligación de las EPS, IPS y otras entidades de reportar información periódica y anual.

### 3.3. Contribución solidaria<sup>26</sup>

Es un mecanismo de afiliación al régimen subsidiado en salud para la población que según la última metodología del Sisbén (IV) fue clasificada como no pobre o no vulnerable, pero que tampoco cumple con los requisitos para ser cotizante o beneficiaria en el régimen contributivo, debiendo pagar una tarifa la cual es establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social atendiendo a la capacidad de pago.

Los afiliados a través de este mecanismo están sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles; el valor corresponde a la suma de las tarifas por cada uno de los miembros mayores de edad del núcleo familiar y el pago está a cargo de la persona clasificada como cabeza de familia. De igual manera, procede la afiliación adicional de quienes dependan económicamente, no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios y se encuen-

tren hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, además de haber sido clasificados como no pobres o no vulnerables.

En áreas no municipalizadas, las entidades territoriales deben informar a aquellos afiliados al régimen subsidiado que les corresponde, su obligación de contribuir solidariamente. Además, deben informarles sobre su clasificación, la tarifa que le corresponde pagar por cada integrante, el monto total por núcleo familiar, la fecha a partir de la cual deben realizar los pagos y los canales para hacerlo, siendo obligación también de las EPS informar a sus afiliados. Así mismo, podrán realizar afiliaciones y reportarlas al Sistema Integral de Información del Sector Salud de aquellas personas sin afiliación que cumplan las condiciones para la contribución solidaria.

El pago de la contribución se realizará mes vencido y podrá efectuarse hasta el último día hábil del mes, los pagos posteriores causan intereses moratorios y el no pago por dos (2) periodos, dará lugar a la suspensión de la afiliación tanto del cabeza de familia como de su núcleo familiar.

Si las EPS, durante el periodo de mora han garantizado la prestación de los servicios, tendrán derecho al reconocimiento de la UPC, una vez se realice el recaudo de lo adeudado; durante el pe-

<sup>26</sup> Presidencia de la República. Decreto 616 de 2022. Artículo 2.1.5.2.1

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%20No.%20616%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20616%20de%202022.pdf)

riodo de suspensión, los servicios que se demanden serán prestados a través de la red pública y los usuarios asumirán la tarifa plena de los mismos ya que no se reconocerá la UPC. La suspensión no aplica para la atención en salud de mujeres gestantes, los menores de edad hasta por doce (12) periodos de cotización en mora y a los afiliados con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria,

con internación y urgencias hasta por cuatro (4) periodos de mora.

En este sentido, la Resolución n.º 925 de 2022<sup>27</sup> fijó las tarifas de la contribución solidaria, la cual debe ser cancelada por la población clasificada en el grupo D, metodología Sisbén 4 (población no pobre no vulnerable), así:

Subgrupos Sisbén IV	Valor Tarifa
<b>D1 a D3</b>	2,5% del valor de la UPC-S anual del Régimen subsidiado
<b>D4 a D7</b>	3,7% del valor de la UPC-S anual del Régimen subsidiado
<b>D8 a D14</b>	5,5% del valor de la UPC-S anual del Régimen subsidiado
<b>D15 a D20</b>	8,3% del valor de la UPC-S anual del Régimen subsidiado
<b>D21</b>	11% del valor de la UPC-S anual del Régimen subsidiado

### 3.4. Pago de prestaciones económicas en salud<sup>28</sup>

El Ministerio de Salud y Protección Social con Decreto n.º 1427 de 2022 reglamentó los requisitos y procedimientos para el reconocimiento de las prestaciones económicas a cargo del SGSSS (licencias de maternidad y paternidad e incapacidades de origen común, incluidas las superiores a 540 días).

Para el reconocimiento de la licencia de maternidad, debe acreditarse al momento del parto la afiliación al sistema como cotizante, los aportes durante el periodo de gestación y el certificado de licencia de maternidad. En los casos de parto pretérmino y licencia por extensión, se requiere registro civil del menor entregado en adopción o acta de entrega del menor de edad por parte del ICBF, copia

<sup>27</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 925 de 2022.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%200925%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%200925%20de%202022.pdf)

<sup>28</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1427 de 2022.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%20No.1427%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.1427%20de%202022.pdf)



del acto administrativo que otorga la custodia, certificado de defunción o certificación médica que conste la incapacidad de la madre para cuidar al menor; para la licencia de paternidad, registro civil de nacimiento del menor, certificado de licencia de maternidad si el padre se encuentra afiliado a una EPS distinta. Determina para el reconocimiento de la licencia, el IPC el reportado en el día uno de la licencia.

Para el reconocimiento de la incapacidad de origen común, al inicio debe acreditarse la afiliación al sistema como cotizante, haber cotizado las cuatro (4) semanas inmediatamente anteriores y tener certificado de incapacidad de origen común.

En el mismo sentido, dicho decreto establece las condiciones para el reconocimiento de incapacidades de origen común por eventos retroactivos o prospectivos, por incapacidades expedidas en otro país y por incapacidades simultáneas; y dispone los casos de reconocimiento y pago por incapacidades superiores a 540 días. Además, para que el reconocimiento y pago del evento en salud, se debe anexar solicitud de pago suscrita por el aportante, certificación bancaria con fecha de expedición no mayor a 30 días calendario emitida por la entidad financiera, con la identificación de la cuenta, que incluya el nombre completo e identificación del titular, tipo, número y estado de la cuenta; en caso de no contar con cuenta bancaria, indicar el medio de pago. Adicionalmente, para la incapacidad de origen común, deberá

entregar el certificado de incapacidad expedido por la IPS de la red de la EPS.

La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas la debe hacer la aseguradora dentro de los 15 días hábiles siguientes a su presentación. En caso de que la EPS no cumpla con el pago de las prestaciones económicas, el aportante deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud.

El Decreto también definió como casos de abuso del derecho, entre otros, cuando la aseguradora comprueba que el cotizante no ha seguido el tratamiento o las terapias ordenadas por el médico tratante, no asiste a las valoraciones, exámenes y controles, no cumple con los procedimientos y recomendaciones necesarios para su rehabilitación; no asiste a los exámenes y valoraciones para determinar el origen y la pérdida de capacidad laboral; cuando se detecta presunta alteración o posible fraude en alguna de las etapas del curso de la incapacidad, así como la realización de actos o conductas contrarias con su estado de salud y cuando se detecte fraude al otorgar la certificación de incapacidad.

## 4. Acciones de inspección, vigilancia y control

El artículo n.º 189-22 de la Constitución Política de Colombia señala que le corresponde al presidente de la República ejercer la inspección y vigilancia de la prestación de los servicios públicos, entre ellos, el de seguridad social en materia de salud, la cual ejerce a través de la Superintendencia Nacional de Salud, organismo técnico adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social. Por ello, dicha Superintendencia tiene a su cargo el Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social, debiendo ejercer inspección, vigilancia y control respecto de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (artículos No. 155 de la Ley 100 de 1993, 121 y 130A de la Ley 1438 de 2011 y 2 de la Ley 1966 de 2019, entre otras).

Con las actividades de IVC, se busca la eficiencia en los recursos de salud, el cumplimiento de las disposiciones que regulan la prestación de los servicios de salud, asegurar la prestación oportuna, permanente y eficiente del servicio de salud, entre otros.

### 4.1. Liquidación Comfamiliar Huila EPS<sup>29</sup>

El 26 de agosto de 2022, la Superintendencia Nacional de Salud anunció la liquidación del programa de salud de Comfamiliar Huila con el fin de proteger el derecho fundamental a la salud de cerca de 541.000 afiliados ubicados en los departamentos de Huila y Boyacá, al considerar que la EPS se encontraba en un crítico estado financiero (patrimonio negativo \$375.701 millones de pesos) con un alto nivel de pasivos (412.229 millones de pesos) hacia la red de hospitales y clínicas y con un deterioro significativo en los indicadores asistenciales, lo que ocasionaba la vulneración del derecho.

Además, la Superintendencia encontró barreras reiteradas de acceso a los servicios que ocasionaba un alto número de peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD), llegando a recibir durante los últimos ocho (8) meses, cerca de 8.267 PQRD y entre enero y mayo de 2022 y unas 749 acciones de tutela por negación de servicios en salud. Así mismo, detectaron barreras de acceso a servicios de alto costo (quimioterapias y radioterapias para cáncer) y la imposición de barreras a pacientes seropositivos y a pacientes que requerían procedimientos quirúrgicos.

---

<sup>29</sup> Superintendencia Nacional de Salud. Resolución 2022320010005521-6 del 26 de agosto de 2022, "por la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar el Programa de la Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar del Huila, Comfamiliar identificada con NIT 891.180.008-2"

## 4.2. Liquidación de Convida<sup>30</sup>

El 15 de septiembre de 2022, la Superintendencia Nacional de Salud ordenó la liquidación de la EPS Convida, luego de varias medidas especiales implementadas durante más de cinco años, tras verificar la continuidad de las deficiencias en la atención que colocaban en riesgo a sus 478.399 afiliados de Cundinamarca.

Según la Supersalud, durante el primer semestre de 2022 registró 5.850 PQRD, un pasivo reportado por valor de \$433 mil millones de pesos (\$299 mil millones de acreencias con las IPS), altas tasas de mortalidad materno perinatal, graves falencias en la detección temprana del cáncer de cérvix y de mama, falta de oportunidad en la asignación de citas de medicina especializada, demora en la entrega de medicamentos y demoras en la referencia y contra referencia, entre otros.

## 4.3. Liquidación Comfagua-jira<sup>31</sup>

El 4 de noviembre de 2022, la Superintendencia Nacional de Salud ordenó la intervención forzosa administrativa

para liquidar el programa de salud de Comfaguajira, al considerar que su población afiliada se encontraba en riesgo debido a que tanto sus indicadores financieros como los administrativos, jurídicos y asistenciales presentaban deterioros significativos.

Según dicha entidad, las acreencias ascendían a \$56.067 millones especialmente con su red prestadora (57 %). Así mismo, no cumplió con los indicadores de capital mínimo y patrimonio adecuado, no se adelantaron acciones para pagar las obligaciones de la prestación de los servicios de salud; y las PQRD presentadas estaban enfocadas en la falta de acceso a servicios de medicina especializada, inoportunidad en la entrega de medicamentos y programación de cirugía, deficiente programación de exámenes de laboratorio y procedimientos quirúrgicos y barreras de acceso en la afiliación, entre otras.

## 4.4. Intervención a Savia Salud EPS<sup>32</sup>

El 28 de septiembre de 2022, la Superintendencia Nacional de Salud

<sup>30</sup> Superintendencia Nacional de Salud. Resolución 2022320030005874-6 del 14 de septiembre de 2022, “por la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la empresa promotora de salud “EPS” S Convida, identificada con NIT 899.999.107-9”

<sup>31</sup> Superintendencia Nacional de Salud. Resolución n.º 2022320000007627-6 del 3 de noviembre de 2022, “por la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar el Programa de la Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar de la Guajira (Comfaguajira), identificada con Nit. 892.115.006-5”

<sup>32</sup> Superintendencia Nacional de Salud. Resolución n.º 2022320030006141-6 del 27 de septiembre de 2022. Por la cual se prorroga por cuatro meses la medida de vigilancia especial que rige a la Alianza Medellín Antioquia S. A. S. Savia Salud EPS.

prorrogó la medida de vigilancia especial a la EPS Savia Salud, tras evidenciar que aún debe corregir su situación financiera y mejorar los indicadores de prestación de servicios para sus más de 1.7 millones de afiliados.

En este sentido, la Supersalud encontró que, durante los primeros siete meses de 2022, la EPS registró más de 14.537 PQRD y notificada de 3.481 acciones de tutela en salud y 650 incidentes de desacato, por causas relacionadas con consultas, procedimientos PBS, tratamiento integral, exámenes PBS y transporte. Así mismo y respecto a la prestación de los servicios de salud, no ha logrado establecer estrategias para ampliar la cobertura en programas de detección temprana de cáncer de mama y cuello uterino ni para captación temprana de gestantes y persisten debilidades en la implementación de acciones de detección temprana y protección específica para la reducción de riesgos para las gestantes y los neonatos.

#### 4.5. Intervención Ecoopsos EPS<sup>33</sup>

El 12 de diciembre de 2022, la Superintendencia Nacional de Salud estableció que esta entidad, estaría bajo medida de vigilancia especial, hasta el 12 de febrero de 2023, atendiendo el grave riesgo que representaba en la

actualidad por problemas en la prestación de los servicios de salud, de sus 362 mil usuarios ubicados en catorce (14) departamentos del país.

En este sentido, y en el marco de las visitas adelantadas por la Superintendencia, se encontraron hallazgos sobre la eficiencia en el uso de los recursos del sistema de salud, la eficacia en los procesos de contratación y la priorización en la atención, encontrando incumplimientos en indicadores de efectividad y gestión del riesgo en el binomio madre/hijo, indicadores de mortalidad materna, baja captación temprana al control prenatal, bajas coberturas para la detección de VIH en gestantes e incremento en la tasa de incidencia de sífilis congénita, entre otras.

Además, encontró problemas en la recuperación y depuración de cuentas por cobrar, facturación sin auditar, incumplimiento en el plan de reorganización institucional y de capitalización y un alto número de PQRD por deficiencias en la prestación de los servicios de salud a sus afiliados (barreras a consultas de medicina especializada, entrega de medicamentos, demora en la programación de exámenes y en el proceso de referencia y contra referencia, entre otras), así como el aumento significativo de tutelas en salud.

<sup>33</sup> Superintendencia Nacional de Salud. Resolución 2022320030008501-del 12 de diciembre de 2022. Por la cual se ordena la toma de posesión inmediata de bienes, haberes y negocios de la Empresa Promotora de Salud ECOOPSOS EPS S.A.S.



## IV. RESULTADOS

---

### *1. La tutela en Colombia durante 2022*

La acción de tutela en Colombia es un mecanismo de protección establecido en la Constitución de 1991, por la cual cualquier persona puede acudir ante un juez de la República para proteger sus derechos fundamentales cuando estos han sido vulnerados. Se puede acudir a ella cuando no existe otro medio judicial que resguarde los derechos del afectado por lo que se dice que es subsidiaria, o cuando existiendo, este no garantiza su protección debido a vacíos y restricciones normativa y a omisiones que impiden su materialización, situación que se presenta, por ejemplo, en el caso del derecho fundamental a la salud, en el que el legislador asignó la función jurisdiccional a la Superintendencia Nacional de Salud para dirimir asuntos relacionados con la cobertura de los servicios y tecnologías en salud, cuando su negativa

ponga en riesgo o amenace la salud del usuario, pero que fue reconsiderado por la Corte Constitucional al concluir que existía en esta función un déficit en la protección del derecho fundamental a la salud, a raíz de la capacidad limitada de dicha entidad respecto a sus competencias jurisdiccionales, por lo que estableció que mientras persistan dichas dificultades, el mecanismo jurisdiccional no era el medio idóneo y eficaz para la protección inmediata del derecho, lo que sí es la acción de tutela.

Es así como desde la promulgación se han interpuesto más de 9 millones de acciones y es considerado como el medio más efectivo que tienen los colombianos para hacer valer sus derechos, por lo que cada año el número es superior al anterior, crecimiento que solo fue truncado por la pandemia de la COVID-19. Sin embargo, preocupa que en los últimos años las entidades demandadas hayan aumentado el número de trabas para su cumplimiento y al hecho de que

---

<sup>34</sup> Corte Constitucional. Sentencia SU-508 del 07 de diciembre de 2020 MS.PS: Alberto Rojas Ríos y José Fernando Reyes Cuartas. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/SU508-20.htm>

el mayor número de ellas se presentan en contra de entidades públicas (Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, oficinas de tránsito y similares; y los centros de servicios judiciales, juzgados, cortes y tribunales), situación que agrava la congestión en el aparato judicial y que implican posibles fallas estatales.

En 2022, la interposición de tutelas en el país presentó una reactivación, observándose un incremento del 34,22 % con relación al año 2021, su valor absoluto fue de 619.336 acciones, comparable con cifras registradas antes de la pandemia por COVID-19, donde se registraron 620.257. La cantidad de tutelas interpuestas en el último año fue la segunda más alta desde que este mecanismo de protección fue establecido en la Constitución Política de 1991, solamente superada por las registradas en 2019 (tabla 1).

La información que sirve de base para este estudio se obtuvo de los expedientes que se remitieron a la Corte Constitucional durante el 2022, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 32 del Decreto 2591 de 1991, para una posible revisión (artículo n.º 33 del Decreto n.º 2591 de 1991) de la decisión, ante lo cual dicha corporación puede revocar o modificar el fallo, con breve justificación, y unificar la jurisprudencia constitucional o aclarar el alcance general de las normas constitucionales en cuyo caso, si requiere previa motivación.



**Tabla 1**  
**Registro de tutelas en Colombia (Periodo 1992-2022)**

Año	N.º de tutelas	Crecimiento anual %	Promedio mensual	N.º de tutelas por cada 10.000 habitantes	Crecimiento anual %	Crecimiento en el promedio mensual %
1992	10.732		894	3,02		
1993	20.181	88,05	1.682	5,57	84,48	88,05
1994	26.715	32,38	2.226	7,25	30,03	32,38
1995	29.950	12,11	2.496	7,99	10,28	12,11
1996	31.248	4,33	2.604	8,21	2,70	4,33
1997	33.663	7,73	2.805	8,71	6,15	7,73
1998	38.248	13,62	3.187	9,76	12,03	13,62
1999	86.313	125,67	7.193	21,72	122,56	125,67
2000	131.764	52,66	10.980	32,70	50,52	52,66
2001	133.272	1,14	11.106	32,65	-0,14	1,14
2002	143.887	7,96	11.991	34,82	6,62	7,96
2003	149.439	3,86	12.453	35,71	2,57	3,86
2004	198.125	32,58	16.510	46,76	30,95	32,58
2005	224.270	13,20	18.689	52,29	11,82	13,20
2006	256.166	14,22	21.347	59,02	12,86	14,22
2007	283.637	10,72	23.636	64,57	9,41	10,72
2008	344.468	21,45	28.706	77,50	20,01	21,45
2009	370.640	7,60	30.887	82,41	6,34	7,60
2010	403.380	8,83	33.615	88,64	7,56	8,83
2011	405.359	0,49	33.780	88,04	-0,68	0,49
2012	424.400	4,70	35.367	91,13	3,51	4,70
2013	454.500	7,09	37.875	96,45	5,84	7,09
2014	498.240	9,62	41.520	104,54	8,38	9,62
2015	614.520	23,34	51.210	127,49	21,95	23,34
2016	617.071	0,42	51.423	126,58	-0,71	0,42
2017	607.499	-1,55	50.625	123,25	-2,64	-1,55
2018	607.308	-0,03	50.609	125,84	2,11	-0,03
2019	620.257	2,13	51.688	125,57	-0,22	2,13
2020	290.531	-53,16	32.281	57,68	-54,07	-37,55
2021	456.438	57,10	38.037	89,41	55,02	17,83
2022	619.336	35,69	51.611	120,00	34,22	35,69

Nota: En 2020 la información corresponde a 9 meses

Fuente: Corte Constitucional / Proyecciones de población DANE y censo 2018

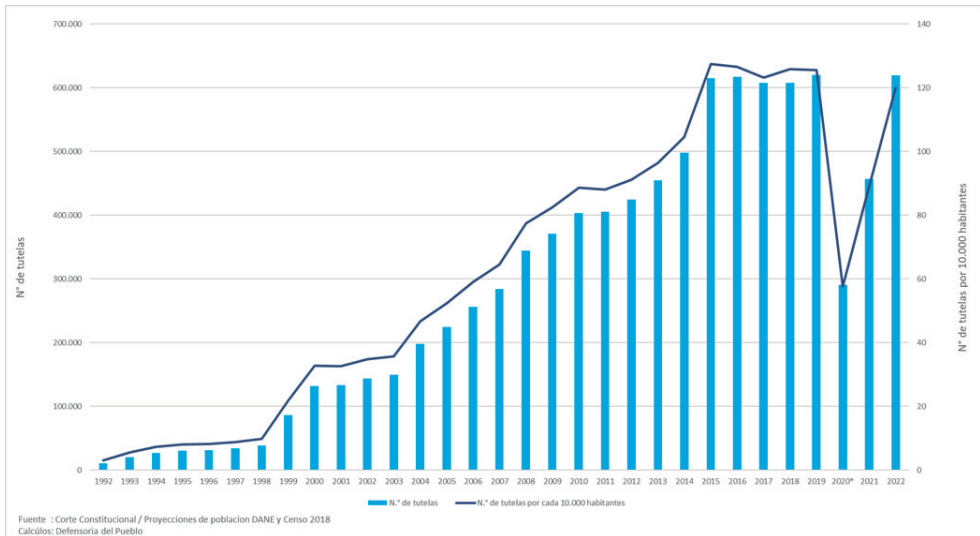
Cálculos: Defensoría del Pueblo



Como se muestra en la tabla 1, el indicador de número de tutelas por cada 10.000 afiliados, presenta un acelerado crecimiento después de la pandemia, ubicándose en el mismo nivel del pe-

riodo comprendido entre 2016 y 2018, es decir, en 120 acciones. El crecimiento de este indicador entre 2021 y 2022 es de 34,22 %.

**Figura 1**  
**Número de tutelas interpuestas en Colombia e indicador de número de tutelas por cada 10.000 habitantes**



## 1.1. Los derechos invocados en las tutelas

Desde 1992, el derecho petición ha sido el más invocado en Colombia, solo siendo superado en el año 2008 por el derecho a la salud, situación que llevó a la Corte Constitucional a intervenir con la expedición de la Sentencia T-760, que buscó, a través de órdenes directas dirigidas al Gobierno nacional (Ministerio de la Protección Social, hoy en día Ministerio de Salud y Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, hoy liquidadas; a la Super-

intendencia Nacional de Salud, al Administrador fiduciario del Fosyga hoy ADRES, y al Consejo Superior de la Judicatura), adoptar medidas que garantizaran el acceso a los servicios de salud de calidad y de manera oportuna y eficaz garantizado así el derecho fundamental a la salud y determinó, como indicador de cumplimiento de la Sentencia, la reducción de la presentación de acciones de tutela para acceder a los servicios de salud. La Sentencia logró una disminución de la tutela en salud en los primeros 3 años, pero desde 2010 hasta la fecha, se han presentado incrementos constantes, con una Interrupción temporal debido a la pandemia de la COVID-19.

**Tabla 2**  
**Derechos invocados en las tutelas (periodo 2021-2022)**

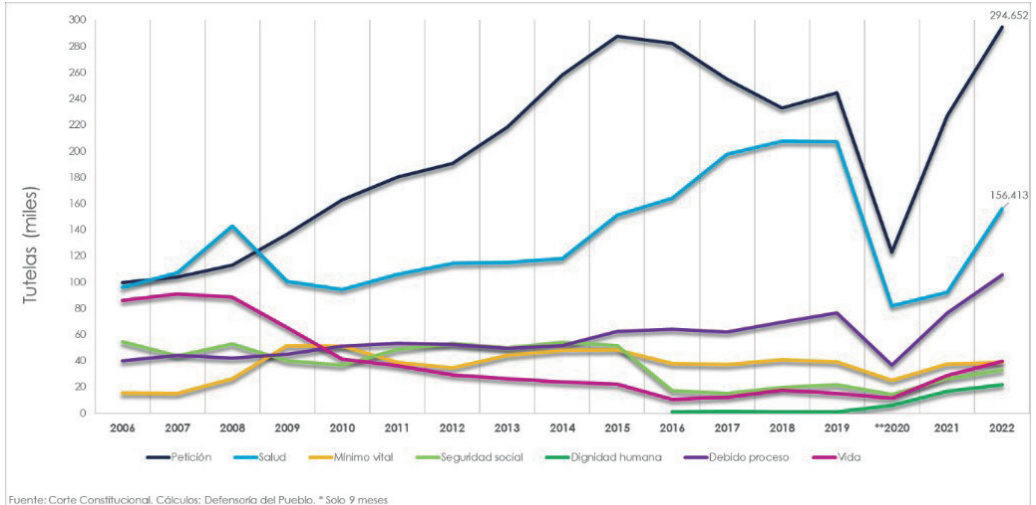
Derechos invocados	2021		2022		Variación %
	N.º de tutelas	Part. en tutelas %	N.º de tutelas	Part. en tutelas %	
Petición	227.361	49,81	294.652	47,58	29,60
Salud	92.499	20,27	156.413	25,25	69,10
Debido proceso	76.612	16,78	105.665	17,06	37,92
Vida	28.870	6,33	39.726	6,41	37,60
Mínimo vital	37.620	8,24	39.071	6,31	3,86
Seguridad social	26.602	5,83	33.247	5,37	24,98
Dignidad humana	17.086	3,74	22.043	3,56	29,01
Acceso a la administración de justicia	15.921	3,49	20.829	3,36	30,83
Habeas data	9.723	2,13	15.474	2,50	59,15
Igualdad	13.360	2,93	14.085	2,27	5,43
Trabajo	10.287	2,25	11.109	1,79	7,99
Reparación a víctimas de desplazamiento	7.026	1,54	7.136	1,15	1,57
Educación	4.665	1,02	6.167	1,00	32,20
Estabilidad laboral reforzada	7.439	1,63	5.751	0,93	-22,69
Personalidad Jurídica	713	0,16	4.179	0,67	486,12
Niños	2.066	0,45	3.782	0,61	83,06
Ayuda humanitaria	5.197	1,14	3.327	0,54	-35,98
Integridad personal	2.539	0,56	3.130	0,51	23,28
Buen nombre	2.574	0,56	2.970	0,48	15,38
Vivienda digna	2.118	0,46	2.516	0,41	18,79
Libertad	1.533	0,34	2.160	0,35	40,90
Familia	1.317	0,29	1.532	0,25	16,32
Agua potable	716	0,16	1.159	0,19	61,87
Energía	627	0,14	1.123	0,18	79,11
Otros	7.192	1,58	9.526	1,54	32,45
<b>Total tutelas interpuestas</b>	<b>456.438</b>		<b>619.336</b>		<b>35,69</b>

Nota: En una tutela se puede invocar más de un derecho  
Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

A pesar de esto, el comportamiento de los derechos en las tutelas sigue siendo el mismo en todos los años y tanto el derecho de petición como el derecho fundamental a la salud están presentes en la mayoría de las acciones. En los primeros diez (10) derechos más tutelados no hay variaciones significativas siendo

el derecho de petición el más invocado con el 47,59 % de las tutelas, seguido por el derecho a la salud con 25,25 %, el debido proceso (17,06 %), la vida (6,41 %), el mínimo vital (6,31 %) y la seguridad social (5,37 %) (tabla 2 y figura 2).

**Figura 2**  
**Derechos más invocados en las tutelas (periodo 2006-2022)**



De acuerdo con los datos de 2022, en Colombia se presentaron tutelas en 1.088 municipios (96,97 %) lo que indica la necesidad de proteger los derechos fundamentales en todo el territorio nacional por lo que debe ser una prioridad del Gobierno.

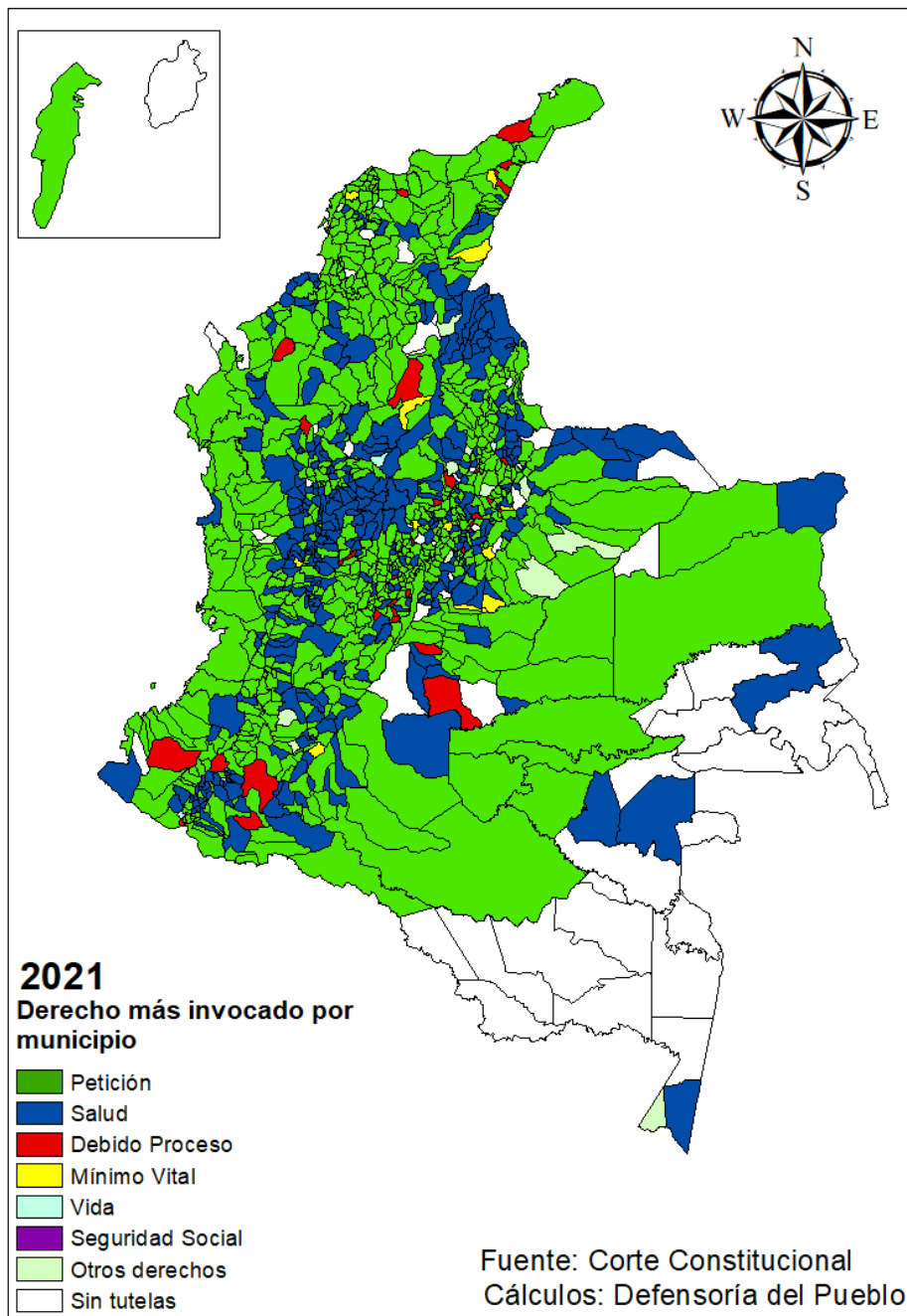
En 1.050 municipios (95,58 %) se presentó al menos una tutela por derecho de petición y en 563 de ellos fue el más invocado. Esto indica que las autoridades tanto públicas como privadas, no están dando respuestas claras y oportunas a los ciudadanos por lo que estos se sienten en muchos casos ignorados o desatendidos en sus solicitudes.

En 1.022 municipios (91,08 %) se interpuso al menos una tutela por vulneraciones al derecho a la salud y en 493 de ellos fue el derecho más invocado. Esto sugiere que hay una necesidad crítica de mejorar el acceso a los servicios de salud

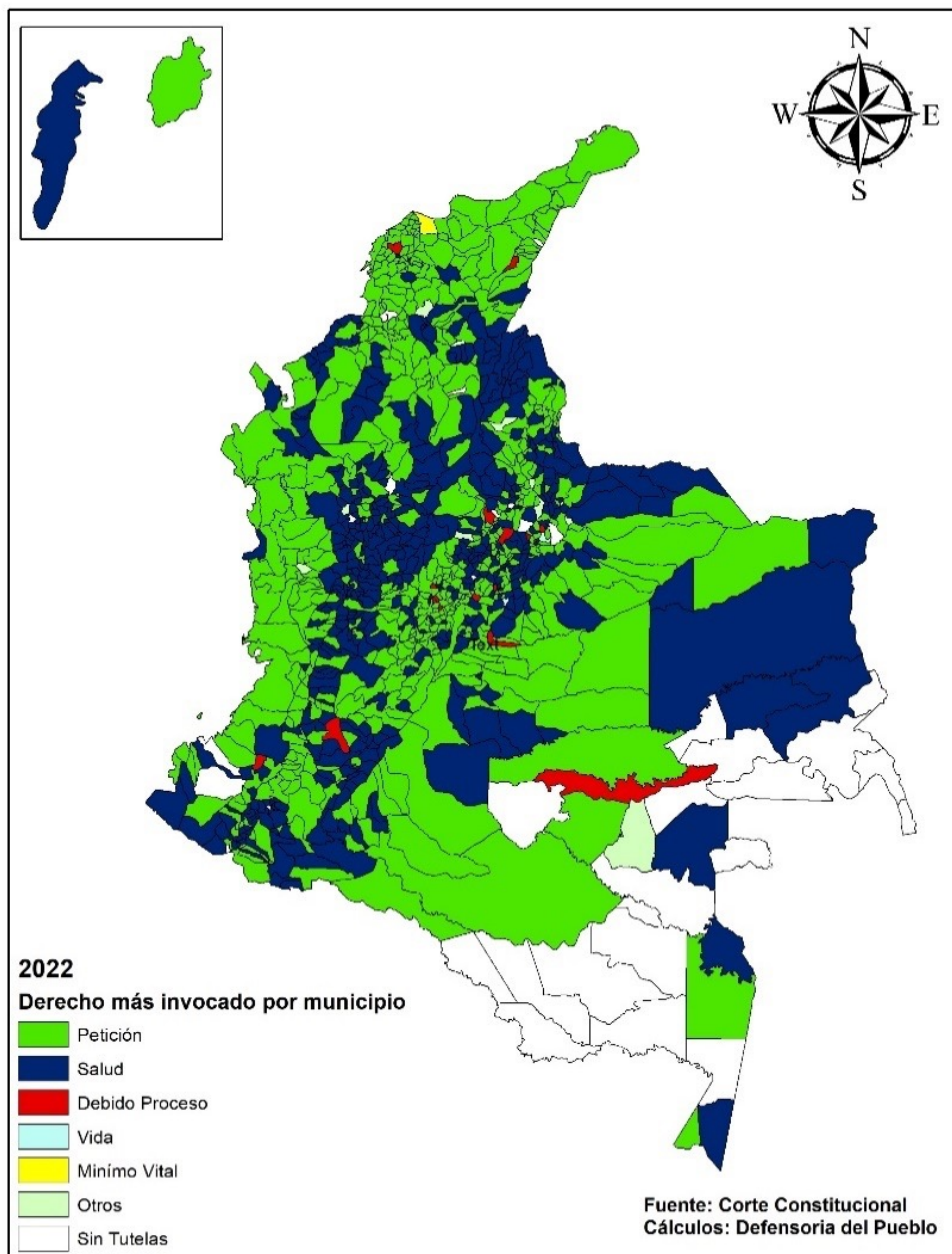
en todos los municipios del país, especialmente en aquellas áreas dispersas y garantizar que la población residente en estas regiones tenga acceso a atención médica con calidad y oportunidad.

En 911 municipios (81,19%), se presentó al menos una tutela por vulneraciones al debido proceso y en solo 18 de ellos fue el derecho más invocado, lo anterior indica que, en una gran parte del territorio nacional, hay preocupación por parte de los residentes de que sus derechos legales y judiciales no se le están respetando. En las figuras 3 y 4 se muestra la concentración de las tutelas en salud en la región andina, mientras que el derecho de petición es más tutelado en las zonas costeras y zonas dispersas.

**Figura 3**  
**Derecho más invocado por municipio (2021)**



**Figura 4**  
**Derecho más invocado por municipio (2022)**



A continuación, se hace un análisis de los derechos más invocados en 2022 en Colombia (> a 25.000 tutelas en el periodo). Cabe destacar que se excluyeron de este análisis el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social, los cuales serán abordados en detalle en los capítulos dos y tres.

### 1.1.1. Derecho de petición

Este derecho fue el más invocado en 2022 y se destacó como uno de los más relevantes, ya que estuvo presente en el 47,58 % de las tutelas presentadas en el país durante este año. Las vulneraciones a este derecho se deben al incumplimiento de los términos legales, a la falta de claridad en la respuesta o a que la misma no responde de fondo lo solicitado. Esto congestiona los despachos judiciales, situación evitable si se cumpliera con la normatividad vigente.

El carácter fundamental de este derecho y su aplicación inmediata ha sido reiterado constantemente por la Corte Constitucional<sup>35</sup>, indicando que su núcleo esencial se sintetiza en la respuesta pronta y oportuna, clara,

de fondo y con la debida notificación, siendo importante aclarar que su satisfacción, no se puede entender solo cuando la respuesta es la que el petionario pretende o cuando se accede a lo solicitado<sup>36</sup>.

En este sentido, la Corte también ha establecido que, para entender que una respuesta a una petición es satisfactoria, esta debe ser<sup>37</sup>: *(i) clara, es decir, “inteligible y de fácil comprensión”; (ii) precisa, al punto de que “atienda, de manera concreta, lo solicitado, sin información impertinente” y “sin incurrir en fórmulas evasivas o elusivas”; (iii) congruente, en el sentido de que “abarque la materia objeto de la petición y sea conforme con lo solicitado”; y (iv) consecuente, esto es que “no basta con ofrecer una respuesta como si se tratara de una petición aislada [...] sino que, si resulta relevante, debe darse cuenta del trámite que se ha surtido y de las razones por las cuales la petición resulta o no procedente.”*; y por último, debe cumplir el requisito de ser notificada de forma debida, ya que este es el medio que tiene una persona para conocer la decisión de las autoridades<sup>38</sup>.

<sup>35</sup> Corte Constitucional. Sentencias T-105 de 1996, T-374 de 1998, SU-166 de 1999, SU-975 de 2003, T-183 de 2011, T-490 de 2018, T-377 de 2021, entre otras.

<sup>36</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-043 del 14 de febrero de 2022 M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-043-22.htm>

<sup>37</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-206 de 2018. M.P. Alejandro Linares Cantillo, reiterada en Sentencia T-204 del 09 de junio 2022. M.P. Diana Fajardo Rivera. [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-204-22.htm#\\_ftnref43](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-204-22.htm#_ftnref43)

<sup>38</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-377 del 02 de noviembre de 2021. M.P. Paola Andrea Meneses Mosquera, reiterada en Sentencia T-204 del 09 de junio 2022. M.P. Diana Fajardo Rivera. [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-204-22.htm#\\_ftnref43](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-204-22.htm#_ftnref43)

Desde que la Defensoría del Pueblo empezó a hacer el análisis de las tutelas interpuestas en el país, el derecho de petición ha tenido la participación más alta en las mismas con excepción de 2008 en donde el derecho a la salud fue el más demandado, este derecho ha estado presente en más de la mitad de las acciones en varios años y en el 2022 su participación fue de 47,58 % de un total de 619.936 tutelas presentadas en Colombia. De estas acciones, 294.652 estaban relacionadas con el derecho de petición, pudiéndose evitar en el 38,86 % de los casos, ya que fueron resueltas en el transcurso del proceso (hecho superado).

En cuanto a la decisión en primera instancia, el 32,46 % de las tutelas fueron concedidas totalmente, mientras que un 2,14 % fueron concedidas parcialmente, un 9,92 % fueron improcedentes y un 16,31 % fueron negadas. A los anteriores hay que adicionar el 38,86 % que se constituyeron como hecho superado.

Las entidades que recibieron más de 1.000 tutelas en el año y tuvieron una tasa de concesión total y hecho superado mayor al 80 % fueron el Instituto Agustín Codazzi (80,95 %), las Juntas de Calificación de Invalidez (80,51 %) y la Fiduprevisora (80,28 %).

Entre los derechos asociados al derecho de petición fueron el debido proceso (8,22 %), la seguridad social (2,62 %), el habeas data (2,18 %) y reparación a las víctimas (1,72 %).

La Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas (UARIV)

fue la entidad más demandada en relación con este derecho, con el 10,38 % de las tutelas. En el 72 % de estas demandas se observó la pertinencia de estas, ya que los usuarios obtuvieron una concesión total o la entidad demandada respondió durante el proceso. Las oficinas de tránsito y similares ocuparon el segundo lugar con el 10,11 % de las tutelas y una pertinencia del 68,03 %. Las alcaldías municipales (8,63 %), los centros de servicios judiciales, juzgados, cortes y tribunales (6,92 %), y Colpensiones (5,51 %) también fueron entidades demandadas en gran proporción.

En cuanto a las regiones, las zonas con el mayor número de tutelas que invocaron el derecho de petición fueron Bogotá (24,77 %), Antioquia (16 %), Valle del Cauca (8,94 %), Santander (5,05 %) y Atlántico (5 %). En 1.050 municipios se interpuso al menos una tutela que invocó este derecho y las ciudades de Bogotá (24,77 %), Medellín (11,98 %), Cali (6,28 %), Barranquilla (4,13 %) y Cartagena (3,52 %) fueron las entidades territoriales con el mayor número de ellas.

### 1.1.2. Debido proceso

Durante el año 2022, la solicitud de protección de este derecho se invocó en 105.665 tutelas, lo que representa el 17,06 % del total de las acciones interpuestas en el país con un incremento del 37,92 % respecto del año anterior.

El debido proceso se encuentra establecido en el artículo 29 de la Constitución Política, aplicable para todas las actuaciones administrativas y judiciales como expresión a los límites del po-

der del Estado, buscando proteger a los ciudadanos de las actuaciones ilegales de las autoridades.

En cuanto a la resolución de estas solicitudes, se resolvieron así: se concedieron totalmente y en primera instancia en el 19,41 % de los casos, se concedieron de manera parcial en el 2,39 %, se consideraron hecho superado en el 14,15 %, se declararon improcedentes en el 36,71 % y se negaron en el 26,66 %.

Entre los derechos asociados a estas solicitudes que involucra las violaciones al debido proceso se encuentran: petición (22,91 %), acceso a la justicia (11,38 %), igualdad (6,24 %) y seguridad social (4,47 %).

La mayoría de las tutelas fueron dirigidas contra los centros de servicios judiciales, juzgados, cortes y tribunales (32,97 %), seguidos de oficinas de tránsito y similares (15,33 %), alcaldías municipales (5,3 %), fuerzas militares y de policía (4,28 %) y Colpensiones (3,38%).

El debido proceso es exigible a todas las autoridades que ejercen funciones públicas, estando obligados a garantizarlo, *los servidores públicos que cumplen funciones de carácter administrativo, al igual que aquellas instituciones que por ministerio de la ley ejercen funciones pú-*

*blicas o suministran servicios públicos*<sup>39</sup>. Así mismo, requiere de una regulación jurídica previa que respete los derechos y las obligaciones de los sujetos procesales, sujetos a los procedimientos señalados en la ley en los reglamentos o en las normas que aplicables<sup>40</sup>. Lo anterior, incluye, entre otras, el derecho a la participación, a ser escuchado, a que no se dilate el proceso, a ser notificado, a controvertir pruebas, a contradecir y a que la decisión sea motivada.

Las regiones donde se interpusieron el mayor número de tutelas que invocaron el derecho al debido proceso fueron Bogotá (32,18 %), Antioquia (13,38 %), Valle del Cauca (8,08 %), Atlántico (5,27 %) y Santander (4,94 %). En 911 municipios se interpuso al menos una tutela que invocó este derecho, y las ciudades de Bogotá (32,18 %), Medellín (9,76 %), Cali (5,42 %), Barranquilla (4,36 %) Bucaramanga (3,36 %) y fueron las entidades territoriales con el mayor número de ellas.

En general, se puede decir que en el 35,94 % de los casos les fue vulnerado este derecho a los ciudadanos que interpusieron acciones judiciales.

### 1.1.3. Derecho a la vida

El derecho a la vida está establecido en el artículo n.º 11 de la Constitución

<sup>39</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-234 del 29 de junio de 2022. M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-234-22.htm>

<sup>40</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-234 del 29 de junio de 2022. M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-234-22.htm>



Política de Colombia como inviolable, es decir, que no puede ser limitado por ningún poder del Estado ni de sus representantes, quienes tienen prohibido privar la vida de una persona. Es un derecho de todo ser humano, protegido por normas internacionales, vinculado a la dignidad de las personas y a la prohibición de ser asesinado, siendo ilegal, entre otros actos, las ejecuciones arbitrarias extrajudiciales, los asesinatos selectivos, los asesinatos colectivos, masacres, los actos de genocidio y la desaparición forzada<sup>41</sup>.

En el 2022, las solicitudes de protección de este derecho se ubicaron en el cuarto lugar con 39.726 acciones, teniendo una participación del 6,41 % en el número de tutelas presentadas en Colombia. Esto representó un aumento del 37,6 % respecto al 2021, lo que refleja en los ciudadanos su preocupación de que el Estado le garantice este derecho. El nivel de favorecimiento total en primera instancia fue del 56,57 %, lo que significa que más de la mitad de las acciones fueron resueltas en favor del accionante, el de favorecimiento parcial: de 7,11 %, de hecho superado: 14,08 %, improcedentes: 8,83 %, negadas: 10,2 % y rechazadas: 0,2 %.

El 17,67 % de estas tutelas se dirigieron contra Nueva EPS, el 6,36 % a Sanitas, el 5,65 % a Sura EPS, el 5,5 % a Salud Total y el 4,48 % a Savia Salud. Es de anotar la estrecha relación que hay entre el derecho a la vida y el derecho a la

salud, por lo que la falta de atención de los usuarios de salud por parte de las EPS atenta directamente contra la vida de los ciudadanos.

A nivel territorial, Antioquia concentró el 16,53 % de las tutelas, seguido por Valle del Cauca (11,19 %), Bogotá (11,18 %), Norte de Santander (7,78 %) y Santander (6,50 %). En 898 municipios se interpuso al menos una tutela que contenía este derecho. Bogotá (11,18 %), Medellín (8,18 %), Cali (5,99 %), Cúcuta (5,26 %) y Manizales (3,34 %) constituyen las ciudades con el mayor número de estas acciones.

#### 1.1.4. Mínimo vital

Durante el 2022, se presentaron 39.071 tutelas que invocaban este derecho, lo que representó una participación del 6,31 %, y un incremento del 3,86 % con relación a 2021. En primera instancia, las tutelas fueron concedidas totalmente en el 45,96 % de los casos, de manera parcial en el 3,73 %, declaradas como hecho superado en el 9,73 %, declaradas improcedentes en el 25,52 %, negadas en el 14,72 % y rechazadas en el 0,34 %.

Con relación a los derechos asociados a estas solicitudes se encontraron el derecho a la seguridad social (14,89 %), petición (12,82 %), debido proceso (11,91 %) y dignidad humana (10,98 %). En cuanto a las entidades contra las que se presentaron el mayor número

<sup>41</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Organización de Estados Americanos. Capítulo VII. Derecho a la vida. <http://www.cidh.org/countryrep/colombia93sp/cap.7.htm#:~:text=1,privado%20de%20la%20vida%20arbitrariamente>

ro de estas tutelas se identificaron a la Nueva EPS (9,82 %), seguido por Colpensiones (9,2 %), Servicio Occidental de Salud (4,46 %), Salud Total (4,14 %) y Unidad de víctimas (3,82 %). Estas entidades son señaladas por los ciudadanos como las principales responsables de la vulneración de este derecho que asociados a otros les impide tener una buena calidad de vida.

El mínimo vital es un derecho fundamental ligado a la dignidad humana, por lo que su protección y garantía son necesarias para las condiciones básicas de subsistencia, ya que un ingreso inferior le impide a la persona asumir gastos elementales como los de alimentación, salud, educación o vestuario<sup>42</sup>.

Este derecho cuenta con dos dimensiones: una positiva, que reconoce que el Estado y algunos particulares están obligados a suministrar a la persona que se encuentra en una situación en la cual ella misma no se puede desempeñar autónomamente y que compromete las condiciones materiales de su existencia, las prestaciones necesarias e indispensables para sobrevivir digna-

mente y evitar su degradación o aniquilamiento como ser humano ; y. una negativa, que establece un límite que no puede ser traspasado por el Estado, en materia de disposición de los recursos materiales que la persona necesita para llevar una existencia digna<sup>44</sup>.

A nivel regional, los departamentos donde se presentaron el mayor número de tutelas que invocaron el derecho al mínimo vital fueron Valle del Cauca (18,19 %), Bogotá (17,16 %), Antioquia (14,48 %), Santander (5,83 %) y Norte de Santander (5,31 %). En 724 municipios se interpuso al menos una tutela que invocaba este derecho, y las ciudades de Bogotá (17,16 %), Cali (12,05 %), Medellín (8,84 %), Cúcuta (4,67 %) y Bucaramanga (3,79 %) fueron las entidades territoriales con el mayor número de ellas.

En general, se puede decir que en el 59,42 % de los casos les fue vulnerado este derecho a los ciudadanos que lo invocaron.

---

<sup>42</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-738 de 2011, reiterada en Sentencia T-297 del 25 de agosto de 2022. M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo. [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-297-22.htm#\\_ftnref73](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-297-22.htm#_ftnref73)

<sup>43</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-738 de 2011. Reiterado en Sentencia T-297 del 25 de agosto de 2022. M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo. [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-297-22.htm#\\_ftnref73](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-297-22.htm#_ftnref73)

<sup>44</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-776 de 2003. Reiterado en Sentencia T-297 del 25 de agosto de 2022. M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo. [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-297-22.htm#\\_ftnref73](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-297-22.htm#_ftnref73)

## 1.2. Despachos judiciales y decisión en primera instancia

En el 2022, se encontró que los jueces dieron la razón a los ciudadanos en primera instancia en un alto porcentaje. Si se suman los porcentajes de favorecimiento total, concesión parcial y hecho superado, se evidencia que los jueces respaldaron a los accionantes en el 67,76 % de los casos. Al analizar los diferentes tipos de juzgados se observa que los jueces promiscuos municipales fueron los que más favorecieron a los accionantes en primera instancia (77,53 %), le siguieron los jueces promiscuos de familia (73,2 %), los jueces administrativos (72,67 %), los jueces promiscuos del circuito (72,21 %) y los jueces penales municipales (70,41 %). Los porcentajes más bajos de favorecimiento se observaron en las tutelas tramitadas ante la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado, los tribunales administrativos y los tribunales superiores.

Con relación a la decisión según los derechos invocados, se destaca que las tutelas relacionadas con el derecho a la salud obtuvieron el mayor porcentaje de favorecimiento (total + parcial + hecho superado) en primera instancia, alcanzando el 87,3 %. Esto confirma la alta pertinencia y relevancia de este derecho. Le siguieron, en orden de importancia, el derecho a la vida (80,76 %), el derecho de petición (73,45 %), el derecho a la dignidad humana (72,41 %) y el derecho a la seguridad social (63,55 %). Por otro lado, los derechos menos favorecidos en primera instancia fueron el derecho a la propiedad

(18,58 %), el derecho a la libertad de elegir y ser elegido (20,68 %) y el derecho de asociación (21,58 %).

En cuanto a entidades demandadas con un número significativo de tutelas (más de 10.000 tutelas en el año), se observa que la Nueva EPS presentó el porcentaje más alto de fallos en contra en primera instancia con 88,93 %. Le siguieron Sura EPS (85,8 %), Salud Total (84,94 %), INPEC/USPEC (72,2 %) y la UARIV (69,77 %).

## 1.3. Lugar de origen de las tutelas

En el 2022, se interpuso al menos una tutela por violación a uno o más derechos fundamentales en 1.088 municipios de los 1.122 existentes en Colombia, lo que equivale al 96,97 % del total. Esto representa 191 municipios adicionales en comparación con el 2021.

Bogotá se destacó como la entidad territorial con el mayor número de tutelas, con un total de 133.244 casos (21,51 %). Esta región ha mantenido la mayor participación en los últimos 2 años y experimentó un incremento del 29,96 % en comparación con el año anterior.

Antioquia ocupó el segundo lugar en participación en ambos años, representando el 15,76 % del total en 2022. Este departamento también registro un aumento significativo del 34,80 % con respecto a 2021. Le siguieron en orden de participación Valle del Cauca (9,86 %), Santander (5,45 %) y Norte

de Santander (4,99 %). Por otro lado, los departamentos con menos tutelas presentadas fueron Vichada, Vaupés, Guainía, Guaviare y San Andrés (tabla 3), en gran parte debido a la baja densidad poblacional y al escaso acceso a la administración de justicia.

En general se puede observar que en todas las regiones del país se experimenta un aumento significativo en el número de tutelas, sin embargo, es importante señalar que el número de habitantes y la oportunidad en el acceso a la administración de justicia están directamente relacionados con la interposición de tutelas regionalmente.

Sin embargo, en esos departamentos con bajo número de tutelas, se ha evidenciado que la vulneración es aún mayor, situación que ha permitido sentencias “hito” como la T-622 de 2011 que

declaró al río Atrato como sujeto de derechos ante la existencia de una grave vulneración de los derechos fundamentales a la vida, a la salud, al agua, a la seguridad alimentaria, al medio ambiente sano, a la cultura y al territorio de las comunidades étnicas que habitan en su cuenca y en sus afluentes; la Sentencia T-302 de 2017 que declaró el Estado de Cosas Inconstitucional en el Departamento de la Guajira, a raíz de la muerte por desnutrición de menores de la etnia wayuu, protegiendo sus derechos fundamentales a la salud, al agua potable, a la alimentación y a la seguridad alimentaria; y la Sentencia T-357 de 2017 que protegió el derecho a la salud de los pueblos indígenas en el Vaupés, entre otras, todas aún en seguimiento por las Altas Cortes a través de autos y de audiencias públicas, enfocadas en buscar soluciones que lleven a superar las problemáticas encontradas que después de tantos años, aún persisten.



**Tabla 3**  
**Número de tutelas en Colombia según departamento (periodo 2021-2022)**

Departamento	2021		2022		Variación %
	N.º de tutelas	Part. %	N.º de tutelas	Part. %	
1 Bogotá D.C.	102.529	22,46	133.244	21,51	29,96
2 Antioquia	72.428	15,87	97.634	15,76	34,80
3 Valle del Cauca	48.738	10,68	61.062	9,86	25,29
4 Santander	24.691	5,41	33.746	5,45	36,67
5 Norte de Santander	20.925	4,58	30.917	4,99	47,75
6 Atlántico	16.331	3,58	26.955	4,35	65,05
7 Bolívar	15.750	3,45	22.011	3,55	39,75
8 Caldas	14.926	3,27	20.148	3,25	34,99
9 Tolima	15.014	3,29	18.875	3,05	25,72
10 Meta	9.533	2,09	15.346	2,48	60,98
11 Cundinamarca	12.430	2,72	16.641	2,69	33,88
12 Magdalena	6.925	1,52	14.196	2,29	105,00
13 Risaralda	11.305	2,48	15.161	2,45	34,11
14 Cesar	9.023	1,98	14.058	2,27	55,80
15 Boyacá	10.023	2,20	13.486	2,18	34,55
16 Huila	10.300	2,26	12.373	2,00	20,13
17 Córdoba	9.139	2,00	11.558	1,87	26,47
18 Nariño	6.664	1,46	10.620	1,71	59,36
19 Cauca	8.426	1,85	10.366	1,67	23,02
20 Caquetá	9.166	2,01	9.901	1,60	8,02
21 Sucre	4.173	0,91	7.055	1,14	69,06
22 Quindío	6.032	1,32	6.768	1,09	12,20
23 Arauca	3.236	0,71	4.169	0,67	28,83
24 Casanare	2.544	0,56	3.452	0,56	35,69
25 La Guajira	1.802	0,39	2.843	0,46	57,77
26 Putumayo	1.426	0,31	2.343	0,38	64,31
27 Chocó	1.561	0,34	2.131	0,34	36,52
28 Amazonas	445	0,10	757	0,12	70,11
29 San Andrés	384	0,08	600	0,10	56,25
30 Guaviare	242	0,05	279	0,05	15,29
31 Guainía	133	0,03	263	0,04	97,74
32 Vaupés	151	0,03	246	0,04	62,91
33 Vichada	36	0,01	132	0,02	266,67
34 Sin Identificar	7	0,00		0,00	
<b>Total</b>	<b>456.438</b>	<b>100,00</b>	<b>619.336</b>	<b>100,00</b>	<b>35,69</b>

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Respecto al indicador del número de tutelas por cada 10.000 habitantes, Caquetá nuevamente fue el departamento con el indicador más alto, seguido de Caldas, Norte de Santander, Bogotá y Risaralda (tabla 4). Se ob-

serva un incremento significativo en el indicador de los departamentos de Vichada, Magdalena, Guainía, Sucre, Amazonas y Atlántico, aunque en todos los departamentos el indicador fue superior al obtenido en 2021.

**Tabla 4**  
**Número de tutelas por cada 10.000 habitantes según departamento (periodo 2021- 2022)**

Departamento	2021	2022	Variación %
	N.º de tutelas x 10.000 habitantes	N.º de tutelas x 10.000 habitantes	
Caquetá	220,95	236,15	6,88
Caldas	145,29	194,39	33,80
Norte de Santander	127,38	187,23	46,99
Bogotá D.C.	130,87	168,63	28,85
Risaralda	116,71	155,05	32,85
Santander	107,05	145,20	35,64
Meta	88,89	142,00	59,74
Antioquia	106,79	141,76	32,75
Tolima	111,72	140,13	25,43
Arauca	107,41	136,70	27,27
Valle del Cauca	106,96	133,05	24,40
Quindío	107,31	118,83	10,73
Huila	90,99	108,45	19,18
Boyacá	80,08	107,07	33,70
Cesar	68,23	104,78	53,57
Bolívar	71,17	98,41	38,28
Magdalena	47,79	97,01	102,99
Atlántico	58,93	96,13	63,12
Amazonas	55,30	92,24	66,79
San Andrés	59,38	91,99	54,92
Casanare	57,92	78,09	34,82
Sucre	43,36	72,56	67,34
Cauca	56,02	68,38	22,05
Nariño	40,95	65,19	59,19
Putumayo	39,17	63,48	62,09
Córdoba	49,56	62,26	25,62
Guainía	25,85	50,52	95,42
Vaupés	32,26	50,27	55,84
Cundinamarca	36,86	47,84	29,79
Chocó	28,42	38,50	35,46
Guaviare	27,35	30,88	12,91
La Guajira	18,24	28,36	55,47
Vichada	3,14	11,40	262,80
<b>Índice Nacional</b>	<b>89,41</b>	<b>120,00</b>	<b>34,21</b>

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

A continuación, se hace un análisis de las entidades territoriales en donde se interpusieron más de 20.000 tutelas en el 2022.

### 3.1.2.1. Tutelas en Bogotá

Con 133.244 acciones y un indicador 168,63 tutelas por cada 10.000 habitantes, Bogotá continúa como la región donde se presentó el mayor número de tutelas en Colombia. El derecho de petición (54,77 %) fue el más invocado en la capital, seguido por los derechos al debido proceso (25,52 %), salud (11,15 %), acceso a la justicia (6,2 %) y mínimo vital (5,03 %).

Las entidades con el mayor número de acciones en la capital fueron el centro de servicios judiciales, juzgados y cortes (20,07 %), las oficinas de tránsito y similares (7,5 %), la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (6,11 %), las Fuerzas Militares de la Policía (4,66 %) y Colpensiones (4,34 %).

En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los bogotanos en el 26,62 % de los casos, consideraron hechos superados el 27,09 %, concedieron parcialmente el 2,3 %, negaron el 25,15 %, se consideraron improcedentes el 18,18 % y se rechazaron 0,66 %.

### 3.1.2.2. Tutelas en Antioquia

El departamento de Antioquia fue la segunda región con más tutelas en el país (97.634) y un indicador de 141,76 tutelas por cada 10.000 habitantes. Esta entidad territorial presentó un aumen-

to del 34,8 % con relación al 2021. El derecho más invocado en esta región fue el de petición, con el 48,28 % de las tutelas, seguido del derecho a la salud (28,54 %), al debido proceso (14,48 %), a la vida (6,73 %) y mínimo vital (5,79 %).

En 125 municipios se interpuso al menos una tutela por violación de uno o más derechos fundamentales. Medellín fue la ciudad con el mayor número de tutelas (65,72 %), seguida de Bello (4,23 %), Itagüí (3,19 %), Rionegro (2,91 %), y Apartadó (2,63 %).

Las entidades con más tutelas durante el 2022 fueron la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (12,58 %), oficinas de tránsito y similares (10,03 %), Savia Salud/Alianza Medellín (9,01 %), Sura EPS (7,3 %) y las alcaldías (5,73 %).

En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los antioqueños en el 38,76 % de los casos, declararon hechos superados el 30,1 %, concedieron parcialmente el 3,48 %, negaron el 13,14 %, declararon improcedentes el 14,26 % y rechazaron el 0,26 %.

### 3.1.2.3. Tutelas en el Valle del Cauca

El departamento del Valle del Cauca fue el tercero con el mayor número de tutelas en el país, con 61.062 acciones interpuestas y un aumento del 25,19 % respecto al 2021. El derecho más invocado fue el de petición con 43,13 %, seguido del derecho a la salud (28,58 %), al debido proceso (13,99 %), al mínimo vital (11,64 %) y a la vida (7,28 %).

En 45 municipios se presentó al menos una tutela. Cali acumuló el 68,8 % de estas y le siguieron Palmira (7,74 %), Tuluá (6,4 %), Buga (5,26 %) y Cartago (4,05 %).

Las entidades más demandadas en el Valle fueron las oficinas de tránsito y similares (8,50 %), seguida por Emssanar (7,23 %), los centros de servicios judiciales, juzgados, cortes y tribunales (7,04 %); la Nueva EPS (5,98 %) y Servicio Occidental de Salud (5,61 %).

En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los vallecaucanos en el 45,33 % de los casos, consideraron hechos superados el 22,28 %, concedieron parcialmente el 2,68 %, negaron el 13,11 %, declararon improcedentes el 15,09 % y rechazaron el 0,5 %.

#### *3.1.2.4. Tutelas en Santander*

Con 33.746 tutelas, Santander se constituyó como la cuarta entidad territorial con más acciones en el país. Tuvo un incremento del 36,67 % respecto al año anterior.

En 86 municipios del departamento se interpuso al menos una tutela. Bucaramanga fue la ciudad que concentró el mayor número de ellas (61,64 %) y la siguieron Barrancabermeja (10,55 %), Floridablanca (4,79 %), San Gil (3,04 %) y Girón (2,89 %).

El derecho más tutelado fue el de petición (44,11 % de las acciones), seguido de los derechos a la salud (28,85 %),

al debido proceso (15,46 %), a la vida (7,66 %) y al mínimo vital (6,75 %).

En relación con las entidades más tuteladas en el departamento, se encuentran la Nueva EPS (10,42 %), centros de servicios judiciales, juzgados, cortes y tribunales (8,12 %), las alcaldías (6,05 %), Sanitas (4,49 %) y Colpensiones (4,39 %).

En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los santandereanos en el 39,78 % de los casos, consideraron hechos superados el 22,67 %, concedieron parcialmente el 5,34 % de los casos, negaron el 13,89 %, consideraron improcedentes el 18,17 % y rechazaron el 0,16 %.

#### *3.1.2.5. Tutelas en Norte de Santander*

Con 30.917 acciones, Norte de Santander ocupó el quinto lugar por número de tutelas interpuestas, con un incremento del 47,75 % con relación al 2021.

En 41 municipios se interpuso al menos una tutela. Cúcuta fue la ciudad con el mayor número de ellas (73,93 %), seguida de Ocaña (10,77 %), Los Patios (4,66 %), Pamplona (3,49 %) y Villa del Rosario (1,67 %). El derecho a la salud fue el más invocado (40,67 %) y lo siguieron los derechos de petición (35,72 %), al debido proceso (12,36 %), a la vida (9,99 %) y seguridad social (6,75 %).

Las entidades con el mayor número de tutelas fueron Nueva EPS (11,08 %), oficinas de tránsito y similares (6,95



%), los centros de servicios judiciales, juzgados, cortes y tribunales (6,22 %), secretarías de salud (6,09 %) y las alcaldías (5,62 %).

En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los nortesantandereanos en el 49,05 % de los casos, consideraron hechos superados el 23,55 %, concedieron parcialmente el 3,42 %, negaron el 10,82 %, declararon improcedentes el 13,04 % y rechazaron el 0,12 %.

## 1.4. Entidades con el mayor número de tutelas

Los centros de servicios judiciales, juzgados, cortes y tribunales en conjunto constituyeron las entidades con el mayor número de tutelas en Colombia, con el 9,18 % de los casos, presentando un incremento del 22,5 % con relación a 2021, le siguieron las oficinas de tránsito y similares y la Nueva EPS, la cual duplicó el número de tutelas respecto del año anterior (tabla 5).

**Tabla 5**  
**Entidades con más tutelas en el país (periodo 2021-2022)**

Entidades demandadas	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part.	N.º tutelas	Part.	
Centro de Servicios Judiciales, Juzgados,	46.709	10,12%	57.217	9,18%	22,50
Oficinas de Tránsito y similares	31.409	6,81%	43.242	6,93%	37,67
Nueva EPS	18.768	4,07%	37.562	6,02%	100,14
Unidad para la Atención y Reparación Integral a las	34.837	7,55%	35.556	5,70%	2,06
Alcaldías	28.494	6,17%	34.575	5,54%	21,34
Colpensiones	20.291	4,40%	25.782	4,13%	27,06
Ministerio de Defensa/Fuerzas Militares y de policía	16.931	3,67%	24.172	3,88%	42,77
Inpec/Uspec/Penitenciarias	12.674	2,75%	16.976	2,72%	33,94
Instituciones prestadoras de Salud -IPS-	11.231	2,43%	16.224	2,60%	44,46
Empresas de servicios públicos-Operadores de celulares	10.938	2,37%	15.915	2,55%	45,50
Otros	229.209	49,67%	316.371	50,73%	38,03
<b>TOTAL</b>	<b>461.491</b>	<b>100,00%</b>	<b>623.592</b>	<b>100,00%</b>	<b>35,13</b>

Notas: En una tutela puede existir más de un demandado; En IPS se incluyen las que prestan servicio al magisterio  
Fuente: Corte Constitucional. Cálculos Defensoría del Pueblo

A continuación, se hace un análisis de las entidades que en el 2022 tuvieron más de 25.000 tutelas.

### 1.4.1. Centros judiciales, juzgados, cortes y tribunales

Estos despachos, con una participación del 9,18 % de las tutelas y un incremento del 22,5 % con relación a 2021, se

constituyeron como los más accionados en Colombia. En conjunto, concentraron 57.217 acciones. El derecho al debido proceso fue el más invocado y estuvo presente en el 60,89 % de estas acciones, seguido de los derechos de petición que fue invocado en el 35,63 %, al acceso a la justicia 21,35 %, a la igualdad 3,14% y al mínimo vital 2,45%.

El 46,75 % de estas acciones se originaron en Bogotá, seguida de Valle del Cauca (7,51 %), Antioquia (7,36 %), Santander (4,79 %) y Atlántico (4,51 %). En 227 municipios se interpuso al menos una tutela contra estas entidades. Las ciudades de mayor concentración que invocaron este derecho fueron Bogotá (46,75 %), Medellín (6,16 %), Cali (5,32 %), Barranquilla (4,06 %) y Bucaramanga (3,84 %).

En primera instancia, estas fueron las decisiones de los jueces: concedidas totalmente (15,23 %), hecho superado (27,25 %), concedidas parcialmente (1,23 %), improcedentes (25,43 %), negadas (29,65 %) y rechazadas (1,21 %).

Estos despachos componen la Rama Judicial del Poder Público del Estado colombiano y es la encargada de administrar justicia, solucionar las controversias y los conflictos que se presentan entre los ciudadanos y entre estos y el Estado y pronunciarse respecto a cuestiones jurídicas controversiales, a través de sentencias o autos para conservar la convivencia social<sup>45</sup>. Adicionalmente, los centros judiciales tienen como finalidad brindar apoyo administrativo, técnico y operativo a los despachos judiciales del sistema oral para lograr que la gestión judicial sea ágil y eficaz<sup>46</sup>.

#### 1.4.2. Oficinas de tránsito y similares

Las oficinas de tránsito y similares se ubicaron en el segundo lugar entre las entidades más demandadas en el país, con 43.242 acciones. Se observó un incremento del 37,67% con relación al 2021. En el 69,11% de estas tutelas, fue invocado el derecho de petición y, en el 37,46%, el debido proceso.

Las entidades territoriales con el mayor número de acciones fueron Bogotá (23,12%), Antioquia (22,66%), Valle del Cauca (12%), Atlántico (5,74%) y Norte de Santander (4,97%). En 437 municipios del país se interpuso al menos una tutela. Estas fueron las ciudades con las mayores frecuencias: Bogotá (23,12%), Medellín (15,81%), Cali (8,45%), Barranquilla (4,13%) y Cartagena (3,72%). En primera instancia, estas fueron las decisiones de los jueces: concedidas totalmente (21,94%), hecho superado (32,12%), concedidas parcialmente (1,24%), improcedentes (25,23%), negadas (19,16%) y rechazadas (0,30%).

#### 1.4.3. Nueva EPS

Nueva EPS fue la tercera entidad más tutelada en el país durante el 2022, con 37.568 acciones, el doble de las reportadas en 2021; la participación fue del 6,02%.

<sup>45</sup> Manual de estructura del Estado colombiano. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/manual-estado/rama-judicial.php>

<sup>46</sup> Rama Judicial del Poder Público. Consejo Superior de la Judicatura. Sala Administrativa. Acuerdo No. PSAA15-10445. Diciembre 16 de 2015. [https://actosadministrativos.ramajudicial.gov.co/GetFile.ashx?url=%7E%2FApp\\_Data%2FUpload%2FPSAA15-10445.pdf](https://actosadministrativos.ramajudicial.gov.co/GetFile.ashx?url=%7E%2FApp_Data%2FUpload%2FPSAA15-10445.pdf)

El más invocado en esta tutela fue el derecho a la salud, que tuvo el 84,36% de las tutelas, seguido por a la vida (18,74%), al mínimo vital (10,24%), a la dignidad humana (7,47%) y el de petición (6,76%).

Los departamentos con el mayor número de acciones fueron Antioquia (14,01%), Valle del Cauca (9,75%), Santander (9,39%), Norte de Santander (9,14%) y Caldas (7,31%). En 700 municipios se interpuso al menos una tutela contra la Nueva EPS.

Las ciudades con las mayores frecuencias fueron Medellín (5,66%), Cúcuta (5,50%), Bogotá (4,54%), Manizales (3,83%) y Bucaramanga (3,77%). En primera instancia, las decisiones de los jueces fueron concedidas totalmente (73,42%), hecho superado (9,10%), concedidas parcialmente (6,40%), improcedentes (4,64%), negadas (6,27%) y rechazadas (0,17%).

#### 1.4.4. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV)

Con 35.556 acciones (5,7%), la UARIV fue la cuarta entidad con el mayor número de tutelas en Colombia, originadas principalmente en Antioquia, con el 34,55%, seguido de Bogotá (22,89%), Caquetá (14,04%), Meta (5,30%) y Valle del Cauca (3,11%). En 322 municipios se interpuso, por lo menos una tutela contra esta entidad. Las ciudades con más acciones fueron Medellín (29,01%), Bogotá (22,89%), Florencia (13,43%), Villavicencio (4,55%) y Cali (2,07%).

En el 86,32% de las tutelas contra la UARIV se invocó el derecho de petición. Lo siguieron la reparación a la población víctima de desplazamiento (19,2%), la ayuda humanitaria (8,66%), el debido proceso (6,76%) y el mínimo vital (4,2%). En primera instancia, los jueces decidieron así: concedidas totalmente (23,09%), hecho superado (45,46%), concedidas parcialmente (1,22%), improcedentes (7,91%), negadas (21,96%) y rechazadas (0,36%).

La UARIV es una entidad nacional, con autonomía administrativa y patrimonial, creada con la Ley 1448 de 2012, que dictó medidas de asistencia, reparación integral y atención a víctimas del conflicto armado interno y que busca acercar a las víctimas al Estado. Coordina las medidas de atención, asistencia y reparación, además de articular las entidades que hacen parte del Sistema Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV).

#### 1.4.5. Alcaldías

Las alcaldías municipales ocuparon el quinto lugar de las entidades más tuteladas durante el 2022, con 34.575 acciones y una participación del 5,54%, lo cual señala un incremento del 21,34% respecto al año 2021.

Los principales derechos invocados en estas tutelas fueron el de petición (73,9%), al debido proceso (16,32%), al mínimo vital (3,74%), al trabajo (2,88%) y a la igualdad (2,42%).

Las entidades territoriales con el mayor número de acciones fueron Antioquia (16,29%), Bogotá (11,72%), Valle del Cauca (8,15%), Bolívar (7,68%) y Atlántico (6,02%). En 1011 alcaldías municipales se interpuso al menos una tutela. Las ciudades con las mayores frecuencias fueron Bogotá (11,72%), Medellín (9,07%), Cartagena (5,59%), Cali (4,47%), y Cúcuta (3,64%).

En primera instancia, los jueces decidieron así: concedidas totalmente (27,31%), hecho superado (36,24%), concedidas parcialmente (1,59%), improcedentes (18,75%), negadas (15,87%) y rechazadas (0,24%).

#### 1.4.6. Colpensiones

Colpensiones fue la sexta entidad más tutelada en Colombia durante el 2022, con 27.782 acciones y una participación del 4,13%. Se observó un incremento del 27,77% respecto al 2021.

Los derechos más invocados en estas tutelas fueron el de petición (63,69%), a la seguridad social (34,96%), al mínimo vital (14,22%), al debido proceso (14,14%) y a la vida (2,45%). Es de anotar que, en Colpensiones, en muchos casos los derechos de petición se responden en un tiempo superior a noventa (90) días.

Estas fueron las entidades territoriales con el mayor número de acciones: Bogotá (22,5%), Antioquia (21,66%), Valle del Cauca (12,83%), Santander (5,86%) y Caldas (5,61%). En 277 municipios se interpuso al menos una tutela contra esta entidad, las ciudades con las mayores frecuencias fueron Bogotá (22,86%), Medellín (18,24%), Cali (9,52%), Manizales (5,23%) y Bucaramanga (5,14%). En primera instancia, las decisiones de los jueces fueron las siguientes: concedidas totalmente (49,73%), hecho superado (14,93%), concedidas parcialmente (2,87%), improcedentes (18,04%), negadas (14,19%) y rechazadas (0,24%).

Colpensiones es una entidad financiera de carácter especial, vinculada al Ministerio de Trabajo, encargada de la administración y gestión del régimen de prima media con prestación definida (RPM), fondo público de pensiones<sup>47</sup>. Además, determina los derechos pensionales y las prestaciones económicas de sus afiliados, administra los beneficios económicos periódicos (BEPS), gestiona la historia laboral y pensional de sus afiliados y realiza operaciones de pago, recaudo y transferencias de los recursos que administra, entre otros.

En atención a lo anterior, dicha entidad informa que en 2022 atendió un total de 3.190.580 trámites y solici-

<sup>47</sup> Congreso de la República. Ley 1151 de 2007, Artículo 155. [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1151\\_2007\\_pr003.html#155](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1151_2007_pr003.html#155)

tudes en los puntos PAC, siendo las regionales de Antioquia (672.216), Bogotá (608.753) y Centro (499.509) las que gestionaron el mayor número de ellas. Los trámites (54%) fueron los más solicitados, especialmente los que tienen relación con la entrega de historias laborales, reconocimientos y actualización de datos. Los siguieron las solicitudes de consulta e información (28%) y las PQRS y tutelas<sup>48</sup>.

## *2. La tutela y el derecho a la salud*

El derecho a la salud es reconocido como un derecho humano fundamental en las normas internacionales de derechos humanos. La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en su artículo n.º 25 establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar”. Posteriormente también fue desarrollado por otros instrumentos internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).

De la misma manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente de afecciones o enfermedades”<sup>49</sup>. Lo anterior indica que el derecho a la salud no solo se refiere al acceso a los servicios de atención médica, sino también a las condiciones sociales y ambientales que influyen en la salud de las personas.

El derecho fundamental a la salud es uno de los derechos más importantes para cualquier persona, ya que implica el acceso a los servicios de salud necesarios para preservar la vida y el bienestar físico y mental. En el contexto de

<sup>48</sup> Colpensiones. Informe de Gestión 2022.

[file:///C:/Users/lygonzalez/Downloads/Informe%20de%20Gesti%C3%B3n%202022%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/lygonzalez/Downloads/Informe%20de%20Gesti%C3%B3n%202022%20(1).pdf)

<sup>49</sup> Organización Mundial de la Salud [OMS]. Constitución de la Organización Mundial de la Salud suscrita en Nueva York, el 22 de julio de 1946. Diario Oficial, tomo LVI, número 32, de 9 de septiembre de 1949.

las tutelas, se refiere a las acciones que se presentan en los distintos juzgados para reclamar la protección de este derecho cuando se considera que ha sido vulnerado o amenazado.

La Constitución Política de 1991 les dio un instrumento importantísimo a los colombianos para hacer valer sus derechos: la tutela, y desde ese entonces los usuarios de salud han encontrado en esta acción el medio más efectivo y ágil para su protección. Las vulneraciones del derecho a la salud pueden incluir, entre otras, la negación de servicios médicos esenciales, la falta de acceso a los medicamentos y tratamientos necesarios, la demora en la atención médica, la negligencia médica, la falta de calidad en la atención, el no suministro de información, la falta de disponibilidad de transporte y la imposición de trámites innecesarios. Estas vulneraciones pueden llevar a tener un impacto negativo para la conservación de la vida de las personas, por lo que es necesario garantizar el acceso efectivo a todas las tecnologías de salud y a sus servicios complementarios.

Es importante aclarar que, en desarrollo de las características básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, artículo 156 de la Ley 100 de 1993, así como en lo establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el derecho a la salud comprende el acceso a los servicios de manera oportuna, eficaz y con calidad, para preservar, mejorar y promover la salud, siendo deber del Estado formular y adoptar políticas que garanticen su goce efectivo, eviten inequidades en el acceso y garanticen su calidad. En el mismo

sentido, exige la aplicación del principio de integralidad de los servicios y tecnologías de salud requeridos, los cuales deben ser suministrados de manera completa y, en caso de dudas sobre el alcance de la tecnología respecto a su cobertura en el sistema, se debe entender que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo<sup>129</sup>.

En esta sección del documento, los resultados se refieren a las acciones de tutela interpuestas durante el año 2022, en las cuales los ciudadanos invocaron el derecho fundamental a la salud, bien como derecho individualizado o en conjunto con otros derechos. Como se ha mencionado, después del derecho de petición, las vulneraciones del derecho fundamental a la salud en 2022 fueron las más registradas en las tutelas, con 156.513 acciones, que representaron el 25,25% del total.

Contrario al año 2021, las tutelas que invocaron el derecho fundamental a la salud en 2022 presentaron un incremento del 69,1%, pasando de interponerse 92.499 acciones en ese año a 156.413, con lo que se convirtió en la quinta frecuencia más elevada desde 1991.

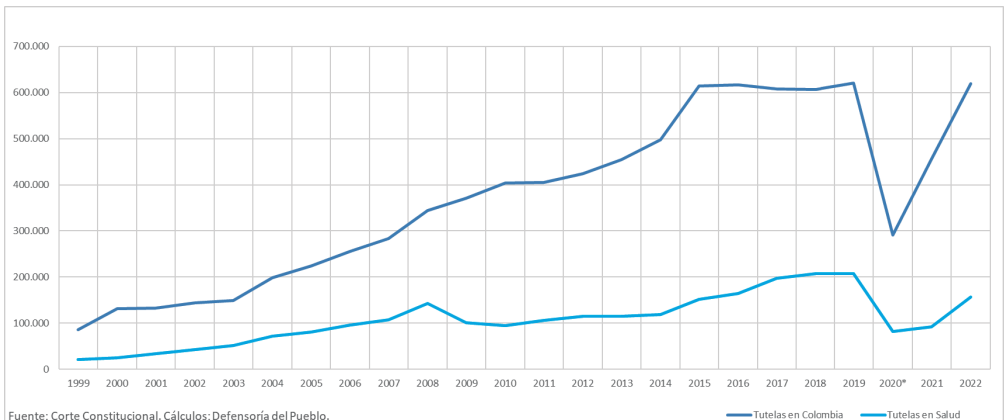
Estos datos demuestran la importancia y necesidad de proteger el derecho a la salud de los residentes en Colombia y asegurar que los servicios se presten sin dilaciones, con oportunidad y calidad. El uso masivo de la tutela es un indicador de que algo no está funcionando bien en el sistema de salud, por lo que es necesario hacer los correctivos para un funcionamiento eficiente.

**Tabla 6**  
**Participación de las tutelas de salud (periodo 1999-2022)**

Año	Tutelas en Colombia		Tutelas en Salud		Participación salud %	Tasa de crecimiento en promedio mensual %	
	Total	Promedio mensual	Total	Promedio mensual		Total	Salud
1999	86.313	7.193	21.301	1.775	24,68	-	-
2000	131.764	10.980	24.843	2.070	18,85	52,66	16,63
2001	133.272	11.106	34.319	2.860	25,75	1,14	38,14
2002	143.887	11.991	42.734	3.561	29,70	7,96	24,52
2003	149.439	12.453	51.944	4.329	34,76	3,86	21,55
2004	198.125	16.510	72.033	6.003	36,36	32,58	38,67
2005	224.270	18.689	81.017	6.751	36,12	13,20	12,47
2006	256.166	21.347	96.226	8.019	37,56	14,22	18,77
2007	283.637	23.636	107.238	8.937	37,81	10,72	11,44
2008	344.468	28.706	142.957	11.913	41,50	21,45	33,31
2009	370.640	30.887	100.490	8.374	27,11	7,60	-29,71
2010	403.380	33.615	94.502	7.875	23,43	8,83	-5,96
2011	405.359	33.780	105.947	8.829	26,14	0,49	12,11
2012	424.400	35.367	114.313	9.526	26,94	4,70	7,90
2013	454.500	37.875	115.147	9.596	25,33	7,09	0,73
2014	498.240	41.520	118.281	9.857	23,74	9,62	2,72
2015	614.520	51.210	151.213	12.601	24,61	23,34	27,84
2016	617.071	51.423	163.977	13.665	26,57	0,42	8,44
2017	607.499	50.625	197.655	16.471	32,54	-1,55	20,54
2018	607.308	50.609	207.734	17.311	34,21	-0,03	5,10
2019	620.257	51.688	207.368	17.281	33,43	2,13	-0,18
2020	290.531	32.281	81.899	9.100	28,19	-37,55	-47,34
2021	456.438	38.037	92.499	7.708	20,27	17,83	-15,29
2022	619.438	51.620	156.413	13.034	25,25	35,71	69,10
<b>Total</b>	<b>8.940.922</b>		<b>2.582.050</b>		<b>28,88</b>		

Nota: En 2020 la información corresponde a 9 meses.  
Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

**Figura 5**  
**Número de tutelas en salud interpuestas en Colombia (periodo 1999-2022)**



También es importante destacar que, en las decisiones tomadas por los jueces en primera instancia, el derecho a la salud obtuvo el mayor porcentaje de favorecimiento total entre todos los derechos invocados (63,40%), lo que, sumado al 16,9% de hecho superado y al 7% de concesión parcial, logra el nivel más alto de pertinencia y procedencia de la acción de tutela para lograr la protección de un derecho fundamental (87,3%).

## 2.1. El derecho a la salud y su relación con otros derechos

Después de que el derecho a la salud fue declarado como fundamental de manera autónoma, la interposición de estas tutelas en asociación con otros derechos fundamentales ha venido disminuyen-

do; sin embargo, durante el 2022 se observó una mayor asociación con los derechos a la vida (21,12%), a la dignidad humana (8,08%), de petición (2,57%) y a la seguridad social (2,33%) (tabla 7).

En este sentido, el derecho a la salud está intrínsecamente ligado al derecho a la vida. Teniendo en cuenta que la salud es un componente esencial para disfrutar de una vida digna, la falta de acceso a los servicios de salud pone en riesgo la vida de los pacientes.

Con respecto a la dignidad humana, el derecho a la salud contribuye a garantizarla. Una atención adecuada, con calidad y oportunidad permite preservar la integridad física y mental, indispensable para vivir con dignidad.

**Tabla 7**  
**El derecho a la salud asociado con otros derechos (periodo 2021-2022)**

Derechos	2021		2022	
	N.º tutelas	%	N.º tutelas	%
Salud	92.499	100,00	156.413	100,00
Vida	21.601	23,35	33.029	21,12
Dignidad humana	9.168	9,91	12.636	8,08
Petición	2.516	2,72	4.017	2,57
Seguridad social	3.281	3,55	3.646	2,33
Mínimo vital	2.794	3,02	2.641	1,69
Igualdad	1.863	2,01	2.117	1,35
Integridad personal	1.723	1,86	2.042	1,31
Debido proceso	1.192	1,29	1.961	1,25
Niños	790	0,85	1.727	1,10
Trabajo	567	0,61	475	0,30
Estabilidad laboral reforzada	375	0,41	244	0,16
Personalidad jurídica	62	0,07	205	0,13
Acceso a la justicia	85	0,09	195	0,12
Educación	66	0,07	175	0,11
Familia	79	0,09	72	0,05
Otros	467	0,50	588	0,38

<b>Total tutelas de salud interpuestas</b>	<b>92.499</b>	<b>156.413</b>
--	---------------	----------------

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo



## 2.2. Despachos judiciales y decisión en primera instancia

En primera instancia, las tutelas que contenían el derecho fundamental a la salud fueron favorables totalmente en el 63,40% de los casos y parcialmente en el 7%. A lo anterior hay que adicionar que el 16,96% correspondió a hecho superado (que se presenta cuando en el transcurso de la acción judicial el accionado cumple con lo requerido por el accionante, o cuando este derecho sea el más procedente en la interposición de tutelas, pues no solo se está atentando contra la salud de los pacientes, sino contra su propia vida.

Se observa que los jueces que más tramitaron tutelas de salud fueron los penales municipales (24,34%), seguidos de los civiles municipales (20,88%) y de los promiscuos municipales (19,62%). El porcentaje de fallos favorables más altos se observó en los juzgados civiles del circuito, en los promiscuos de familia y en los promiscuos del circuito, mientras que los más bajos estuvieron en la Corte Suprema de Justicia y en el Consejo de Estado. Hay que mencionar el alto volumen de hecho superado en los juzgados municipales.

Igualmente, hay que mencionar que sumadas las decisiones totales y parciales con el hecho superado, Ecoopsos con el 94,98 %, Emssanar (94,67 %), Asmet Salud (94,15 %), Savia Salud (93,52 %) y Nueva EPS (91%) se constituyen como las entidades con más fa-

llos en su contra, para aquellas que en el año superaron las 1.000 tutelas.

## 2.3. Lugar de origen de las tutelas de salud

El lugar de origen de las tutelas es importante porque refleja su concentración en algunas regiones o permite determinar la falta de prestadores de servicios que ofrecen las aseguradoras, lo que puede limitar el acceso de los pacientes a la atención médica necesaria, además permite detectar problemas relacionados con la autorización de transporte para pacientes y familiares en el traslado a otras instituciones de salud. El análisis del lugar de origen de las tutelas en salud también puede ser útil para identificar zonas que necesitan avances en la prestación de los servicios, bien para mejorarlos en calidad e infraestructura o para ampliar el talento humano en salud.

Al respecto, se realizará un análisis de las tutelas por departamentos, especialmente en los cinco de mayor frecuencia absoluta. Para observar la concentración de estas, se calculará el indicador de número de tutelas en salud por número de habitantes, lo que permite un mejor análisis comparativo. Finalmente, se presentará el detalle a nivel municipal, debido a que el derecho a la salud es tutelado en el 91,08% de los municipios colombianos.

### 2.3.1. Tutelas de salud a nivel departamental

El análisis de las tutelas en salud a nivel departamental muestra que en An-

tioquia se presentó el mayor número de tutelas de salud en el 2022, con el 17,82%, seguido de Valle del Cauca con 11,16%, Bogotá con 9,5%, Norte de Santander con 8,04% y Caldas con 6,33%, en el mismo orden observado en 2021. Por otro lado, algunas regiones como Vichada, Guaviare, Vaupés, Guainía, Amazonas, La Guajira y Chocó presentaron las frecuencias más bajas en la interposición de tutelas en salud, situación que reitera el bajo nivel de conocimiento de este mecanismo como medio de protección y accesibilidad. Sin embargo, lo anterior no indica que los servicios de salud sean los más adecuados, ya que la presencia de los servicios de salud en estas regiones es limitada o inexistente, dadas las características geográficas y socioeconómicas particulares. La falta de infraestructura adecuada, la carencia de centros de salud y la escasez de profesionales de salud en estas regiones también son un problema, ya que muchos médicos especialistas prefieren ubicarse en las grandes capitales, en donde tienen mejores condiciones de vida y acceso a capacitación y otros recursos.

En todos los departamentos se presentaron incrementos en las tutelas de salud y en algunas regiones como Vichada, Guainía, Putumayo, Magdalena, Sucre y Nariño, los incrementos superaron el 100%, lo que sugiere que las negaciones en las tecnologías de salud por parte de las aseguradoras crecieron a un ritmo acelerado en estas regiones (tabla 8).



**Tabla 8**  
**Tutelas de salud por departamento (periodo 2021-2022)**

Departamento	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Antioquia	15.826	17,11	27.866	17,82	76,08
Valle del Cauca	11.354	12,27	17.449	11,16	53,68
Bogotá D.C.	9.334	10,09	14.858	9,50	59,18
Norte de Santander	7.350	7,95	12.573	8,04	71,06
Caldas	6.008	6,50	9.905	6,33	64,86
Santander	5.549	6,00	9.736	6,22	75,46
Tolima	3.304	3,57	5.381	3,44	62,86
Risaralda	2.931	3,17	5.212	3,33	77,82
Cundinamarca	2.636	2,85	4.570	2,92	73,37
Boyacá	2.136	2,31	4.221	2,70	97,61
Nariño	1.989	2,15	4.023	2,57	102,26
Cesar	2.206	2,38	3.923	2,51	77,83
Bolívar	2.313	2,50	3.913	2,50	69,17
Atlántico	2.183	2,36	3.871	2,47	77,32
Huila	2.272	2,46	3.790	2,42	66,81
Córdoba	2.711	2,93	3.753	2,40	38,44
Meta	1.791	1,94	3.270	2,09	82,58
Cauca	1.845	1,99	3.164	2,02	71,49
Arauca	2.147	2,32	2.945	1,88	37,17
Quindío	1.747	1,89	2.478	1,58	41,84
Magdalena	901	0,97	2.034	1,30	125,75
Caquetá	958	1,04	1.863	1,19	94,47
Sucre	762	0,82	1.590	1,02	108,66
Casanare	594	0,64	910	0,58	53,20
Putumayo	371	0,40	875	0,56	135,85
Chocó	373	0,40	546	0,35	46,38
La Guajira	283	0,31	519	0,33	83,39
Amazonas	248	0,27	493	0,32	98,79
San Andrés	132	0,14	259	0,17	96,21
Guainía	63	0,07	150	0,10	138,10
Vaupés	102	0,11	137	0,09	34,31
Guaviare	54	0,06	81	0,05	50,00
Vichada	22	0,02	55	0,04	150,00
Sin identificar	4	0,00	0	0,00	
<b>Total</b>	<b>92.499</b>	<b>100,00</b>	<b>156.413</b>	<b>100,00</b>	<b>69,10</b>

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 2.3.1.1. Tutelas de salud en Antioquia

El departamento de Antioquia presentó el volumen más alto de acciones que invocaron el derecho a la salud en Colombia en 2022, con 27.866 tutelas. Se observa un incremento del 76,08% respecto al 2021, año en el cual el número de tutelas fue de 15.628. Según la Supersalud, en Antioquia se presentan 554 quejas diarias, y es el segundo ente territorial con los mayores niveles de insatisfacción por los servicios prestados por las EPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado<sup>50</sup>. Lo anterior indica que un porcentaje significativo de estas quejas se llevan a los jueces de la República, por lo que este departamento fue el principal generador de tutelas de salud en 2022.

Las tutelas se presentaron en 124 municipios y Medellín, la capital del departamento, fue la ciudad con mayor número de ellas con un 47,99% de los casos. Otros municipios con porcentajes elevados de tutelas fueron Itagüí (5,07%), Rionegro (4,32%), Bello (4,07%) y Apartadó (2,11%).

En Antioquia, las entidades con más tutelas de salud fueron Savia Salud/ Alianza Medellín (30,19%), Sura EPS (21,03%), Nueva EPS (15,56%), Sa-

lud Total (6,69%) y Coosalud (3,37%). En relación con las decisiones en primera instancia, en el 58,63% de los casos los jueces favorecieron totalmente a los antioqueños; en el 23,51%, se consideraron como hechos superados; en el 8,42% se concedieron parcialmente; en el 3,71% se declararon improcedentes; en el 5,6% se negaron y en el 0,13% fueron rechazadas.

Los principales requerimientos de los antioqueños en las tutelas son citas médicas especializadas (17,03%), transporte y viáticos (12,69%), medicamentos (12,26%), servicio de laboratorio clínico (6,51%) e imágenes diagnósticas (6,18%).

### 2.3.1.2. Tutelas de salud en el Valle del Cauca

Valle del Cauca fue el segundo departamento que más sumó tutelas para reclamar servicios de salud. Allí fueron interpuestas 17.449 acciones, con un incremento del 56,68%. No obstante, de acuerdo con las cifras de la Supersalud, es el departamento con más quejas (18%) en Colombia<sup>51</sup>.

En 43 municipios se interpuso al menos una tutela invocando este derecho. Cali, con el 51,34%, fue la ciudad con

<sup>50</sup> El Nuevo Siglo. 25 de octubre de 2022. Ponen lupa a la crítica situación de salud en Antioquia. <https://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/10-25-2022-ponen-lupa-la-critica-situacion-de-salud-en-antioquia>

<sup>51</sup> Andrea Mesa. 13 de octubre de 2022. El Valle del Cauca aporta el 18% de las quejas de salud en el país. <https://caracol.com.co/2022/10/13/el-valle-del-cauca-aporta-el-18-de-las-quejas-de-salud-en-el-pais/>

el mayor número, seguida de Palmira (12,13%), Tuluá (8,85%), Cartago (5,39%) y Buga (4,71%).

Las entidades más tuteladas fueron Emssanar (23,55%), Nueva EPS (15,78%), Servicio Occidental de Salud (9,34%), Sura EPS (7,02%), y Sanitas (6,08%).

En relación con las decisiones en primera instancia, en el 70,06% de los casos los jueces favorecieron totalmente a los vallecaucanos y parcialmente en el 5,19%. Además, hay que mencionar que el 13,08% se constituyó como hecho superado, el 4,61% fue declarado improcedente, el 6,89% fue negado y el 0,17%, rechazado.

Las solicitudes más frecuentes en las tutelas son citas médicas especializadas (13,94%), transporte y viáticos (13,01%), medicamentos (12,75%) y servicio de terapias (4,65%).

### *2.3.1.3. Tutelas de salud en Bogotá*

En tercer lugar, se ubicó la ciudad de Bogotá, con 14.858 tutelas y una participación 9,5%, observándose un incremento de 29,18% respecto al 2021. La capital cuenta con una amplia gama de instalaciones médicas dotadas de tecnologías actualizadas, sin embargo, hay problemas de accesibilidad y oportunidad en la atención debido a la gran demanda, lo que hace que las EPS retrasen autorizaciones de citas médicas especializadas y, por ende, tratamientos indispensables. Las entidades con más tutelas en la capital de la Repúbli-

ca fueron Compensar (13,7%), Famisanar (12,48%), Sanitas (11,14%), las fuerzas militares y de policía (10,24%) y Capital Salud (9,83%).

En relación con las decisiones en primera instancia, en el 48,62% de los casos los jueces favorecieron totalmente a los capitalinos; el 21,12% se constituyó como hecho superado; fueron concedidas parcialmente el 6,56%, declaradas improcedentes el 7,19%, negadas el 16,11% y rechazadas el 0,4%.

Las solicitudes más frecuentes en las tutelas son citas médicas especializadas (20,2%), medicamentos (11,49%), transporte, viáticos, cuidadores, traslados a IPS de mayor nivel (9,03%), imágenes diagnósticas (5,09%) y servicio de consulta externa general (enfermera domiciliaria, terapias, etc.) (4,27%).

### *2.3.1.4. Tutelas de salud en Norte de Santander*

La cuarta entidad territorial con más tutelas en salud fue el departamento de Norte de Santander, en donde se interpusieron 12.573 acciones, cifra que muestra un incremento del 71,06% respecto al 2021. El departamento afronta problemas en la atención médica por la falta de infraestructura y la insuficiencia de talento humano especializado, agravadas por el flujo constante de desplazados internos y migrantes venezolanos debido a la violencia en la región y a los problemas económicos del vecino país, lo que ejerce una presión sobre los servicios prestados especialmente en la ciudad de Cúcuta y sus alrededores.

En 37 municipios de esta entidad territorial se interpuso al menos una tutela en salud. Cúcuta fue la ciudad con mayor participación (65,87%), seguida de Ocaña (19,63%), Pamplona (3,87%), Abrego (2,39%) y Los Patios (1,55%).

Nueva EPS fue la entidad con más tutelas (23,27%), le siguieron las Secretarías de Salud (14,19%), Coosalud (10,09%), Sanitas (9,24%) y Comfao-riente (5,65%). En el 67,83% de los casos, los jueces favorecieron totalmente en primera instancia a los nortesantandereanos; el 15,68% de las tutelas presentaron hecho superado; el 6,2% fueron concedidas parcialmente, el 5,9% negadas, el 4,29% improcedentes y el 0,1% rechazadas.

Las solicitudes más frecuentes en las tutelas son transporte y viáticos (31,01%), citas médicas especializadas (16,82%), medicamentos (8,02%), imágenes diagnósticas (6,44%) y servicio de laboratorio clínico (6,31%).

### *2.3.1.5. Tutelas de salud en Caldas*

Al igual que en el 2021, en el quinto lugar de departamentos con el mayor número de tutelas se ubicó Caldas, con 9905, presentando un incremento del 64,86% con relación a 2021. En 28 municipios de esta entidad territorial se interpuso al menos una tutela que invocaba este derecho. La ciudad de Manizales registró la mayor cantidad de acciones (55,74%), seguida de La Dorada (17,43%), Chinchiná (5,09%), Salamina (2,47%) y Riosucio (2,38%).

Las entidades con más acciones de tutela en el departamento fueron Nueva EPS (23,93%), Asmet Salud (20,93%), Salud Total (16,39%) y Sura EPS (8,49%). En decisión de primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los caldenses en el 72,16% de los casos; parcialmente, en el 8,94%; consideraron hecho superado el 13,3% de los casos; improcedentes, el 1,72%; negaron el 3,84% y rechazaron el 0,05%.

Las solicitudes más frecuentes en las tutelas son transporte, viáticos, cuidadores, traslados a IPS de mayor nivel (24,56%), citas médicas especializadas (13,06%), medicamentos (12,09%), imágenes diagnósticas (5,07%) y servicio de laboratorio clínico (4,09%).

### *2.3.1.6. Tutelas de salud a nivel departamento ajustada por habitante*

El indicador nacional “Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes” en 2022 fue de 30,31, cifra superior en 12,19% a la observada en el 2021. En 14 departamentos este indicador fue superior al nacional. El departamento de Arauca presentó el indicador más alto, con 96,56 tutelas por cada 10.000 habitantes, lo siguieron Caldas, Norte de Santander, Amazonas y Risaralda. Las variaciones más altas se observaron en Vichada, Guainía, Putumayo, Magdalena y Sucre. Los departamentos de Vichada, La Guajira, Guaviare, Chocó y Cundinamarca obtuvieron los indicadores más bajos (tabla 9).

Al respecto, se puede identificar que, en el departamento de Arauca, los mayores

requerimientos en salud se presentan por no suministro de viáticos y transporte para pacientes y acompañantes, no oportunidad de citas con especialistas, interrupción de tratamientos y remisión a IPS de mayor complejidad, entre otros.

**Tabla 9**  
**Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes según departamento (periodo 2021-2022)**

Departamento	2021	2022	Variación %
	N.º tutelas en salud por cada 10.000 habitantes	N.º tutelas en salud por cada 10.000 habitantes	
Arauca	71,26	96,56	35,50
Caldas	58,48	95,57	63,41
Norte de Santander	44,74	76,14	70,18
Amazonas	30,82	60,07	94,91
Risaralda	30,26	53,30	76,15
Caquetá	23,09	44,43	92,41
Quindío	31,08	43,51	39,99
Santander	24,06	41,89	74,12
Antioquia	23,33	40,46	73,40
Tolima	24,59	39,95	62,50
San Andrés	20,41	39,71	94,54
Valle del Cauca	24,92	38,02	52,59
Boyacá	17,07	33,51	96,37
Huila	20,07	33,22	65,50
Meta	16,70	30,26	81,18
Cesar	16,68	29,24	75,28
Guainía	12,24	28,81	135,30
Vaupés	21,79	28,00	28,48
Nariño	12,22	24,69	102,04
Putumayo	10,19	23,71	132,67
Cauca	12,27	20,87	70,14
Casanare	13,52	20,59	52,22
Córdoba	14,70	20,22	37,51
Bogotá D.C.	11,91	18,80	57,82
Bolívar	10,45	17,50	67,39
Sucre	7,92	16,35	106,54
Magdalena	6,22	13,90	123,54
Atlántico	7,88	13,81	75,25
Cundinamarca	7,82	13,14	68,08
Chocó	6,79	9,86	45,25
Guaviare	6,10	8,96	46,90
La Guajira	2,87	5,18	80,72
Vichada	1,92	4,75	147,36
<b>Índice Nacional</b>	<b>18,12</b>	<b>30,31</b>	<b>67,26</b>

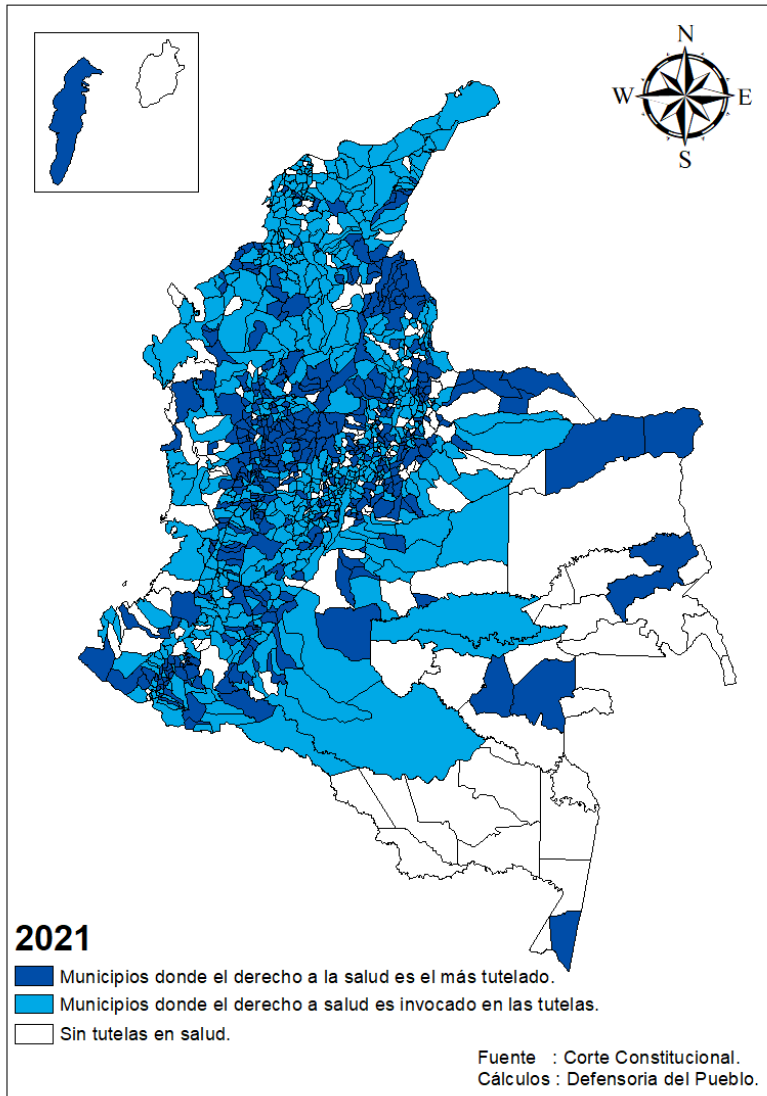
Fuente: Corte Constitucional. DANE, Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 2.3.2. Tutelas en salud a nivel municipal.

En 1.020 municipios se interpuso al menos una tutela que invocaba el derecho a la salud, 68 más que en el 2021

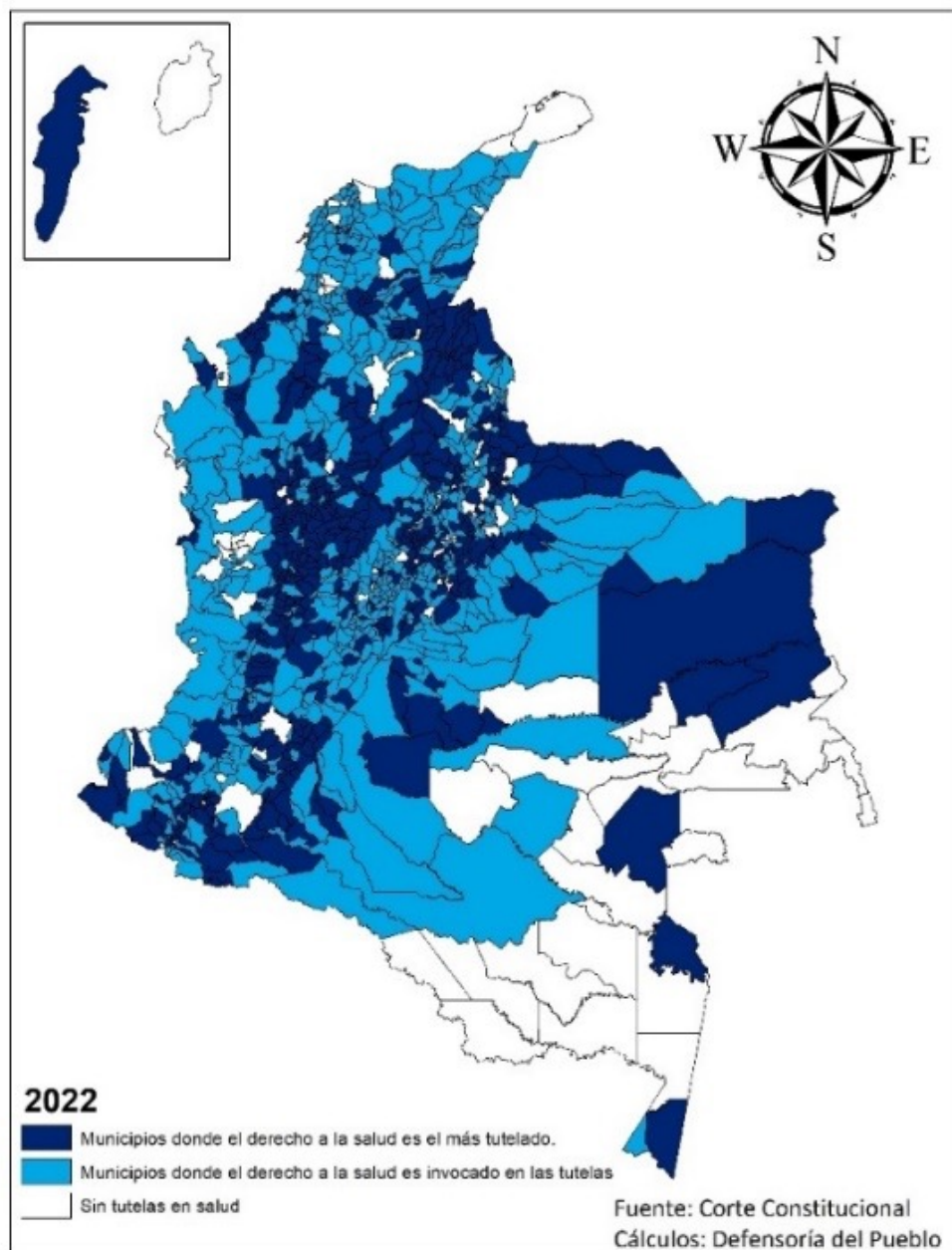
(figuras 6 y 7). Persisten las dificultades de accesibilidad en zonas dispersas, especialmente en municipios de los departamentos de Amazonas, Vaupés, Guainía y Chocó.

**Figura 6**  
**Municipios con tutelas en salud (año 2021)**





**Figura 7**  
**Municipios con tutelas en salud (año 2022)**



Teniendo en cuenta el indicador de número de tutelas por cada 10.000 habitantes, en cada municipio se elaboraron siete rangos para determinar el incremento en cada uno de ellos. De acuerdo con lo anterior, se encontró que el rango de mayor incremento porcentual correspondió a municipios

en los cuales se interpusieron entre 11 y 20 tutelas por cada 10.000 habitantes. Es de anotar el incremento de la cobertura nacional para interponer esta acción, ya que, en 67 municipios más, se usó esta herramienta para reclamar servicios de salud (tabla 10).

**Tabla 10**  
**Número de municipios según el número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes**

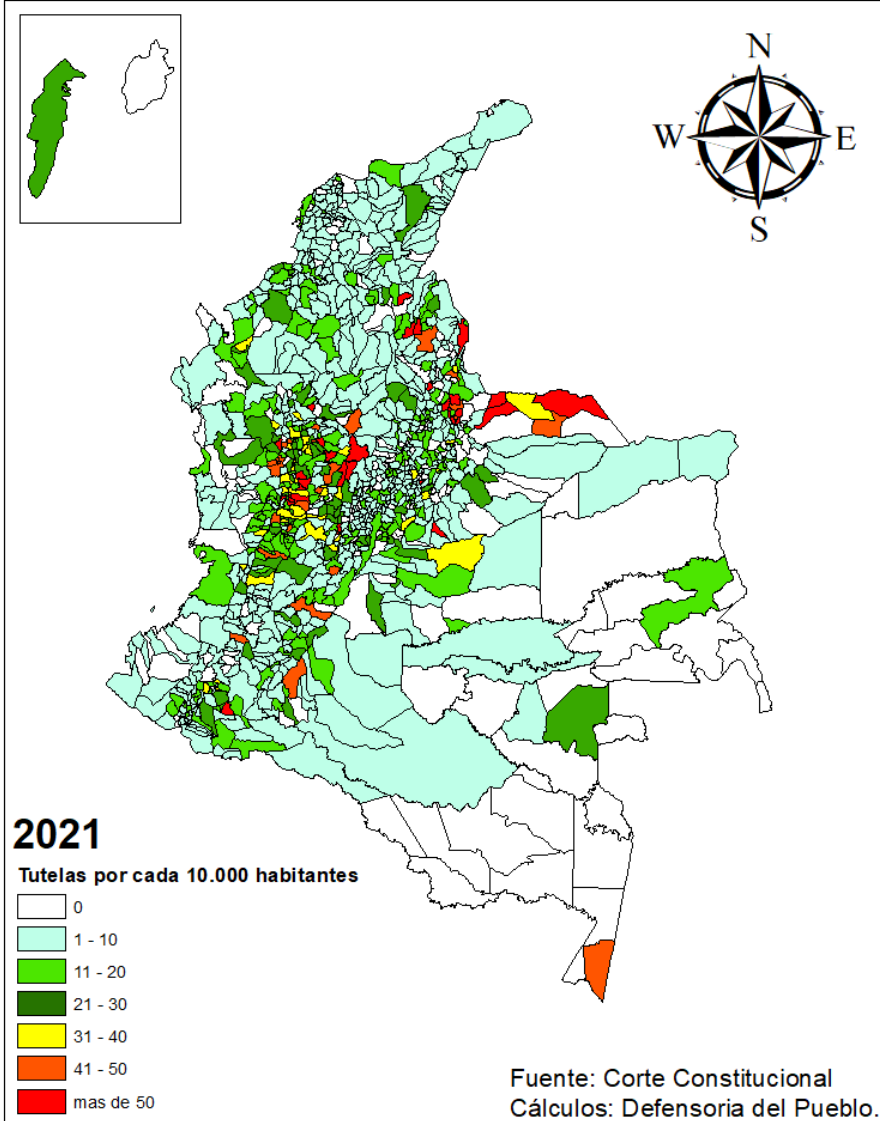
Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes	2021		2022		Variación %
	N.º de municipios	Part. %	N.º de municipios	Part. %	
Sin tutelas en salud	170	15,15	102	9,09	-40,00
Entre 1 y 10 tutelas	579	51,60	477	42,51	-17,62
Entre 11 y 20 tutelas	194	17,29	209	18,63	7,73
Entre 21 y 30 tutelas	82	7,31	100	8,91	21,95
Entre 31 y 40 tutelas	39	3,48	75	6,68	92,31
Entre 41 y 50 tutelas	25	2,23	50	4,46	100,00
Más de 50 tutelas	33	2,94	109	9,71	230,30
<b>Total</b>	<b>1.122</b>	<b>100,00</b>	<b>1.122</b>	<b>100,00</b>	<b>0,00</b>

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

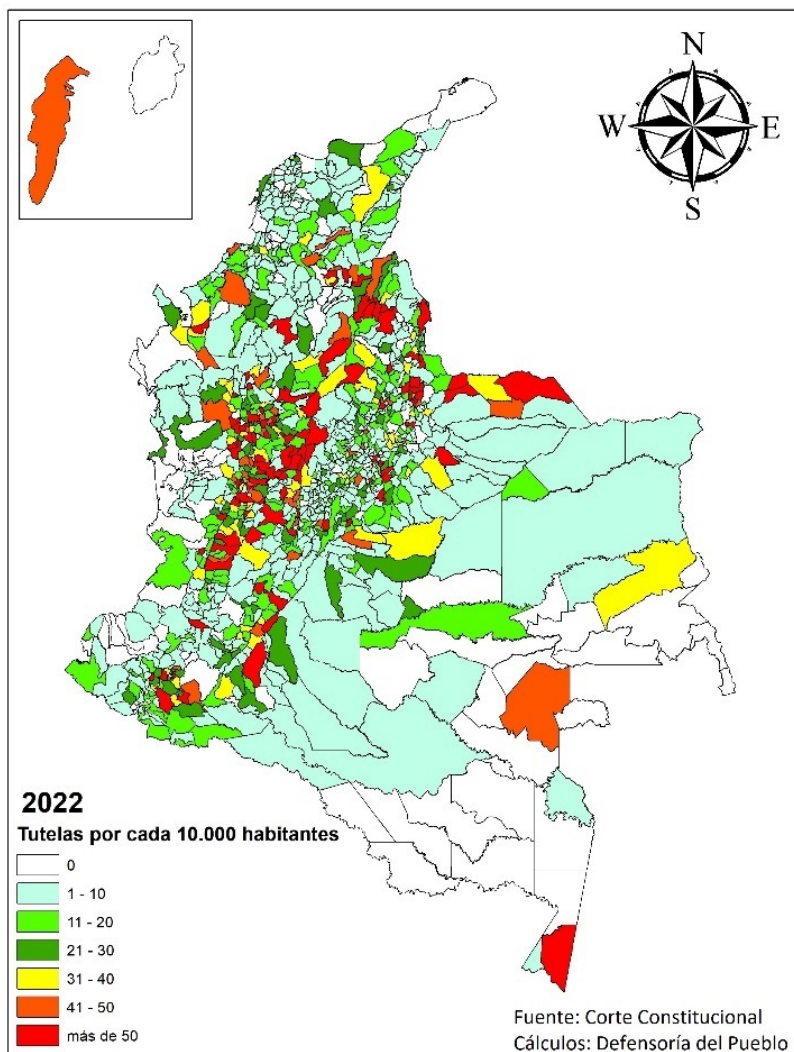
Es importante señalar, tal como se evidencia en las figuras 8 y 9, que aquellos municipios ubicados en zonas de difícil acceso son los que no presentan tutelas en salud, situación que se repite con relación al informe 2021, aunque en menor proporción. Lo anterior y tal como se ha mencionado, se genera por las distancias con los centros poblados, por la no disponibilidad de vías, por

el desconocimiento de sus derechos y por el difícil acceso a la administración de justicia, entre otros.

**Figura 8**  
**Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en cada municipio (año 2021)**



**Figura 9**  
**Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en cada municipio (año 2022)**



## 2.4. Entidades con el mayor número de tutelas de salud

Por su participación en el sistema de salud, las EPS son las entidades que concentraron el mayor número de

acciones en salud en el 2022, siendo la Nueva EPS, Sanitas y Sura EPS las que tienen el mayor número de ellas, una posición en gran parte ligada al número de afiliados que poseen. Igualmente, se resalta el incremento de

tutelas contra las IPS, especialmente las que prestan servicios al magisterio (41,52%), y contra los sistemas de salud de las fuerzas militares y de policía.

Así las cosas, contra la Nueva EPS se interpusieron 31.685 tutelas por vulneraciones al derecho a la salud, con un incremento del 115,43% y una participación del 19,98%, cuatro pun-

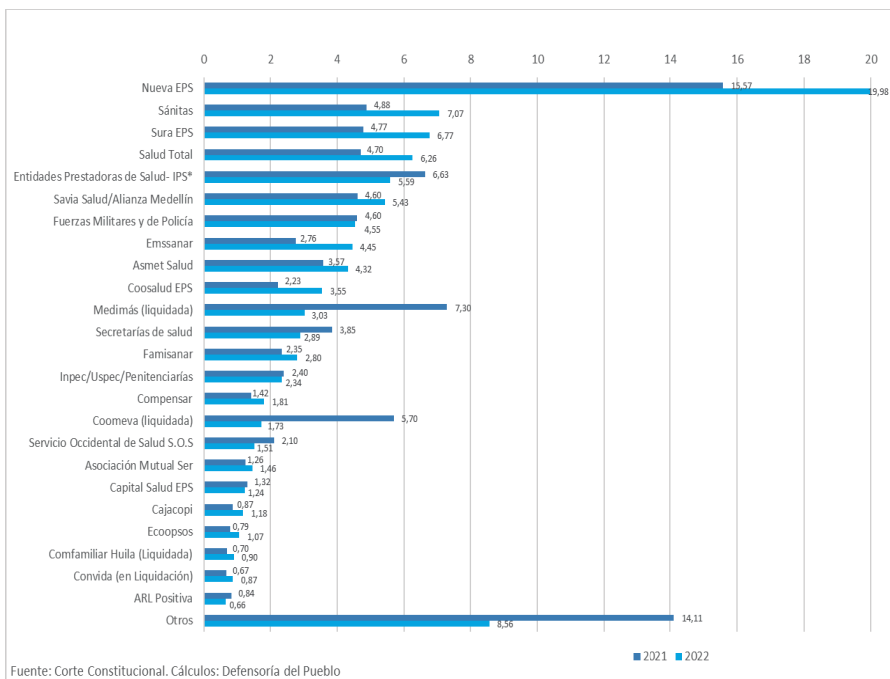
tos porcentuales más que en el año anterior. A esta entidad la siguieron, Sanitas (11.206) y Sura EPS (10.737). Las EPS con los incrementos más altos son Emssanar (170,29%), Coosalud (167,49%) Sanitas (143,29%), Sura (138,92%) y Cajacopi (126,91%), entre otras. Es de anotar que todas las EPS presentaron incrementos significativos con relación a 2021.

**Tabla 11**  
**Entidades más tuteladas por el derecho a la salud (periodo 2021-2022)**

Entidades	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Nueva EPS	14.708	15,57	31.685	19,98	115,43
Sánitas	4.606	4,88	11.206	7,07	143,29
Sura EPS	4.511	4,77	10.737	6,77	138,02
Salud Total	4.444	4,70	9.923	6,26	123,29
Entidades Prestadoras de Salud- IPS	6.267	6,63	8.869	5,59	41,52
Savia Salud/Alianza Medellín	4.350	4,60	8.609	5,43	97,91
Fuerzas Militares y de Policía	4.348	4,60	7.209	4,55	65,80
Emssanar	2.612	2,76	7.060	4,45	170,29
Asmet Salud	3.377	3,57	6.848	4,32	102,78
Coosalud EPS	2.104	2,23	5.628	3,55	167,49
Medimás (liquidada)	6.893	7,30	4.812	3,03	-30,19
Secretarías de salud	3.635	3,85	4.589	2,89	26,24
Famisanar	2.218	2,35	4.446	2,80	100,45
Inpec/Uspec/Penitenciarias	2.265	2,40	3.704	2,34	63,53
Compensar	1.339	1,42	2.874	1,81	114,64
Coomeva (liquidada)	5.383	5,70	2.736	1,73	-49,17
Servicio Occidental de Salud S.O.S	1.988	2,10	2.393	1,51	20,37
Asociación Mutual Ser	1.188	1,26	2.313	1,46	94,70
Capital Salud EPS	1.243	1,32	1.962	1,24	57,84
Cajacopi	825	0,87	1.872	1,18	126,91
Ecoopsos	751	0,79	1.692	1,07	125,30
Comfamiliar Huila (Liquidada)	665	0,70	1.435	0,90	115,79
Convida (en Liquidación)	633	0,67	1.383	0,87	118,48
ARL Positiva	792	0,84	1.042	0,66	31,57
Comfenalco Valle	445	0,47	768	0,48	72,58
Otros	12.882	13,64	12.809	8,08	-0,57
<b>Total</b>	<b>94.472</b>	<b>100,00</b>	<b>158.604</b>	<b>100,00</b>	<b>67,88</b>

Nota: En una tutela pueden existir varios demandados  
En las IPS se incluyen las que prestan servicios al Magisterio  
Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

**Figura 10**  
**Participación porcentual de las entidades más tuteladas por el derecho a la salud en Colombia (periodo 2021-2022)**



## 2.5. Tipos de entidades demandadas por vulneraciones al derecho a la salud

Para el análisis realizado se conformaron varias categorías, tomando como base el tipo de entidad demandada. Por ejemplo, las EPS que prestan servicios en ambos regímenes se organizaron en un solo grupo, debido a la dificultad para identificar en la base de datos suministrada por la Corte Constitucional el tipo de régimen (contributivo o subsidiado) al que pertenecía cada usuario. Las instituciones prestadoras de salud (IPS) se clasificaron en otro

grupo cuando las acciones de tutela iban dirigidas a ellas, por lo que no se tuvo en cuenta el sistema de aseguramiento en salud ni la entidad aseguradora del usuario. Sin embargo, en este grupo no se incluyeron el Hospital Militar, la Clínica de la Policía ni el Hospital Naval, por estar clasificados dentro del grupo de las fuerzas militares. Se trataron de la misma manera las tutelas dirigidas contra las IPS que prestan servicio al magisterio en las distintas regiones, las cuales fueron incluidas en este grupo, debido a que nos son exclusivas del magisterio, ya que prestan servicios a otras EPS.

Los demás grupos se conformaron teniendo en cuenta la afinidad entre las entidades demandadas. Los casos en los que un demandado plenamente identificado apareció en una misma tutela se contabilizaron nuevamente para efectos estadísticos, y se descartaron los casos en los que se mencionaba “otros”.

En el 2022, el 77,85% de las tutelas en salud se dirigieron contra las EPS, observándose un incremento en la participación de 5,1 puntos porcentuales con relación a 2021. En conjunto, este grupo sumó 123.471 acciones, lo que representa un incremento del 79,65%.

En segundo lugar, el grupo más tutelado fue el de las IPS (incluidas las que prestan servicios al magisterio), con el 5,59% de las tutelas y un incremento del 41,52%. Lo siguieron los regímenes de excepción, que incluyen el sistema de salud de las fuerzas militares y de policía, Ecopetrol y el régimen del magisterio (sin IPS), cuya participación fue de 4,71%, con un aumento en la frecuencia del 60,71%, frente al 2021. En el cuarto lugar se ubicaron las entidades territoriales, con 5654 acciones y un incremento en la participación de 17,79%. En general, en todos los grupos, se presentaron incrementos significativos, especialmente en los grupos de EPS INPEC-USPEC y regímenes de excepción, que superaron el 60% (tabla 12).

**Tabla 12**  
**Tutelas en salud según el tipo de entidad demandada (periodo 2021-2022)**

Tipos de entidades demandadas	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Entidades Promotoras de Salud (EPS)	68.728	72,75	123.471	77,85	79,65
Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)	6.267	6,63	8.869	5,59	41,52
Regímenes de excepción*	4.645	4,92	7.465	4,71	60,71
Entes territoriales	4.800	5,08	5.654	3,56	17,79
Inpec/USPEC/penitenciarias	2.265	2,40	3.704	2,34	63,53
Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y aseguradoras	2.146	2,27	2.835	1,79	32,11
Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)	586	0,62	675	0,43	15,19
Empresas de medicina prepagada y complementaria	311	0,33	447	0,28	43,73
Otros	4.724	5,00	5.484	3,46	16,09
<b>Total</b>	<b>94.472</b>	<b>100,00</b>	<b>158.604</b>	<b>100,00</b>	<b>67,88</b>

Nota: En las IPS se incluyen las IPS que atienden al magisterio

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

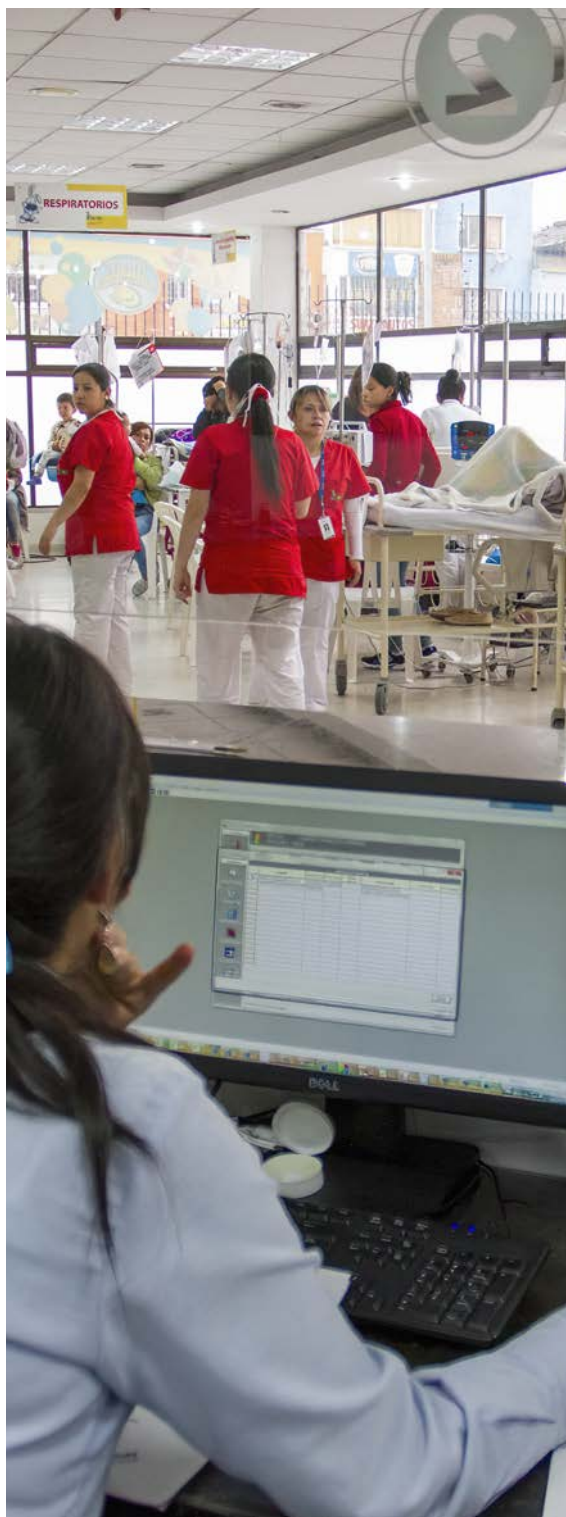
A continuación, se presenta el análisis de cada una de las categorías conformadas.

### 2.5.1. Tutelas contra las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

El 77,85% de las tutelas en salud en el 2022 correspondió a esta categoría, que presentó un aumento del 79,65% en el número de acciones, respecto al año anterior. En valores absolutos, Nueva EPS fue la entidad con el mayor número de tutelas (31.685), producto del mayor número de afiliados que poseía en el 2022, con un incremento de 115,43% y una participación del 25,66%. En segundo lugar, se ubicó Sanitas, con 11.206 tutelas y un aumento de 143,29%. Las siguieron Sura, con 10.377 acciones y un aumento de 138,07%, Salud Total (9.923) y Savia Salud (8.609). Los incrementos porcentuales más elevados se observaron en Anas Wayuu (650%), Emssanar (170,29%), Coosalud (166,97%), Sanitas (143,29%) y Sura EPS (138,07%).

Para la Defensoría del Pueblo es claro que estas entidades tengan el mayor número de acciones judiciales, pues, con la liquidación de varias EPS, han asumido una gran cantidad de afiliados, a los que deben garantizar el derecho fundamental a la salud. Sin embargo, es inadmisibles el hecho de que persista la negación de servicios, más aún cuando cuentan con todo el aval normativo (UPC, Presupuestos Máximos, Adres, entre otros), que les permite proceder sin necesidad de interponer barreras de acceso, administrativas, geográficas y financieras a los servicios que requieran sus usuarios, lo que sugiere falta de red de prestadores o contención de gastos para poder cumplir con las nuevas responsabilidades.

El considerable incremento de tutelas en las EPS que recibieron usuarios de entidades liquidadas, el cual fue superior al 100% en la mayoría de casos, denota que las EPS no estaban preparadas para atender la gran cantidad de nuevos usuarios, por lo que la ampliación de la infraestructura fue insuficiente y en algunos casi nula.





**Tabla 13**  
**Número de tutelas en cada EPS en 2021-2022**

EPS	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Nueva EPS	14.708	21,40	31.685	25,66	115,43
Sánitas	4.606	6,70	11.206	9,08	143,29
Sura EPS	4.510	6,56	10.737	8,70	138,07
Salud Total	4.444	6,47	9.923	8,04	123,29
Savia Salud/Alianza Medellín	4.350	6,33	8.609	6,97	97,91
Emssanar	2.612	3,80	7.060	5,72	170,29
Asmet Salud"	3.377	4,91	6.848	5,55	102,78
Coosalud	2.104	3,06	5.628	4,56	167,49
Famisanar	2.218	3,23	4.446	3,60	100,45
Compensar	1.339	1,95	2.874	2,33	114,64
Asociación Mutua Ser	1.188	1,73	2.313	1,87	94,70
Servicio Occidental de Salud S.O.S	1.988	2,89	2.393	1,94	20,37
Capital salud	1.243	1,81	1.962	1,59	57,84
Cajacopi	825	1,20	1.872	1,52	126,91
Ecoopsos	751	1,09	1.692	1,37	125,30
ComfaOriente	408	0,59	736	0,60	80,39
Comfenalco Valle	445	0,65	768	0,62	72,58
Capresoca	166	0,24	295	0,24	77,71
Aliansalud	171	0,25	246	0,20	43,86
Mallamás EPSI	152	0,22	270	0,22	77,63
Asociación Indígena del Cauca	162	0,24	235	0,19	45,06
Comfachocó	146	0,21	205	0,17	40,41
PijaoSalud EPSI	49	0,07	109	0,09	122,45
Comfasucre/Familiar de Colombia	39	0,06	82	0,07	110,26
Fundación Mía	50	0,07	86	0,07	72,00
Dusakawi	26	0,04	35	0,03	34,62
Comfamiliar de La Guajira	20	0,03	46	0,04	130,00
Anas Wayúu EPSI	2	0,00	15	0,01	650,00
Coomeva (liquidada)	5.383	7,83	4.812	3,90	-10,61
Medimás/Cafesalud	6.893	10,03	2.736	2,22	-60,31
Comfamiliar Huila (liquidada)	665	0,97	1.435	1,16	115,79
Convida (liquidada)	633	0,92	1.383	1,12	118,48
Comparta(liquidada)	2.087	3,04	571	0,46	-72,64
Otras liquidadas	968	1,41	158	0,13	-83,68
<b>Total</b>	<b>68.728</b>	<b>100,00</b>	<b>123.471</b>	<b>100,00</b>	<b>79,65</b>

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 2.5.1.1. *Tutelas contra Nueva EPS*

En 2022, esta EPS concentraba el mayor número de afiliados (10.080.783), un 18,27% más que en el 2021. Fue la entidad que tuvo mayor incremento como consecuencia de la distribución de los usuarios de EPS liquidadas, por lo que resultó ser la entidad con más tutelas en salud en Colombia. No obstante, el porcentaje de incremento en las tutelas fue mucho mayor al incremento por el número de usuarios (115,43 contra el 18,27), lo que se podría pensar que las ampliaciones en red de prestadores no fueron suficiente para la atención de los nuevos usuarios.

Antioquia tuvo el mayor porcentaje de estas tutelas (13,72%), seguido de Santander (9,47%), Norte de Santander (9,26%), Valle del Cauca (8,71%) y Caldas (7,5%). El 74,85% de estas acciones fueron concedidas totalmente en primera instancia por los jueces de la República, el 9,07% fueron consideradas hecho superado, el 7,08% fueron concedidas parcialmente, el 3,18% se declararon improcedentes, el 5,68% fueron negadas y el 0,15% rechazadas. En 680 municipios del país se interpuso al menos una tutela en salud contra esta entidad, 129 entidades territoriales más que en 2021. Medellín, con el 5,34% de las acciones, fue la ciudad en donde se interpusieron el mayor número de tutelas contra la Nueva EPS, lo siguieron Cúcuta con 5,23%, Bogotá con 3,89%, Manizales con 3,81% y Bucaramanga con 3,49%.

Las tutelas contra esta aseguradora persisten por problemas de referencia y contra referencia, continuidad en los tratamientos, no cubrimiento de gastos de viaje (viáticos y transporte) para el paciente y en especial para el acompañante; no entrega o entrega incompleta de medicamentos e insumos y falta de oportunidad de citas con especialistas, entre otros.

Adicionalmente, Nueva EPS continúa con el proceso de autorización centralizado y los canales de atención dispuestos por vía telefónica y por la página web no son efectivos, por lo

que, para sus afiliados, le es imposible resolver las situaciones en salud que se les presentan. Es de anotar **que esta entidad es la de mayor cobertura en el país y que en algunas zonas dispersas es la única EPS que hace presencia.**

Preocupa a la Defensoría que, con todos los inconvenientes que tiene esta EPS en la atención actual de sus afiliados, sea la única entidad que haya sido considerada para continuar en la propuesta de reforma a la salud radicada en el Congreso.

### 2.5.1.2. *Tutelas contra Sanitas*

Esta EPS es la segunda aseguradora con más tutelas en el país, con 11.206 acciones, lo que representa un incremento de 143,29% con relación a 2021. Esta cifra resulta desproporcionada frente al aumento en afiliados, que fue de 16,58%; su participación es del 9,08%, para un aumento de 2,37 puntos porcentuales.

Las entidades territoriales con el mayor número de tutelas interpuestas fueron Bogotá (14,83%), Santander (12,03%), Norte de Santander (10,41%), Valle del Cauca (9,51%) y Antioquia (5,39%). En primera instancia los jueces favorecieron totalmente a los accionantes en el 59,02% de los casos, el 18,75% fueron declarados hecho superado, el 7,68% fueron concedidos parcialmente, el 9,96% fueron negados y el 4,45% resultaron improcedentes.

En 375 municipios se interpuso al menos una tutela contra esta entidad, 147 más que en 2021. Las ciudades que tuvieron una mayor frecuencia de acciones fueron Bogotá (14,83%), Cúcuta (6,39%), Cali (6,27%), Bucaramanga (4,53%) y Medellín (3,84%).

Es de anotar que esta aseguradora ha sido, después de la Nueva EPS, la que ha recibido el mayor número de usuarios a raíz de las asignaciones que realiza el Ministerio de Salud como consecuencia de las liquidaciones de varias EPS, lo cual incrementó el número de acciones de

amparo en su contra. En este sentido, las principales solicitudes en las acciones de tutela están enfocadas en la no entrega o entrega inoportuna de medicamentos y suplementos nutricionales y en la falta de oportunidad para citas con especialistas y exámenes especializados.

### 2.5.1.3. *Tutelas contra Sura EPS*

La tercera entidad con más tutelas en salud fue Sura EPS (10.737), con una participación del 8,7% y un incremento del 138,07%. Los departamentos con el mayor número de acciones fueron Antioquia (54,75%), Valle del Cauca (11,44%), Caldas (7,86%), Atlántico (5,46%) y Bogotá (5,43%). En primera instancia los jueces favorecieron totalmente a los tutelantes en el 54,33% de los casos, el 25,9% fueron declarados hecho superado, el 8% fueron concedidos parcialmente, el 4,08% fueron declarados improcedentes y el 7,57% fueron negados. En 223 municipios se interpuso al menos una tutela contra esta entidad; Medellín, con el 31,42%, fue la ciudad con el mayor número de ellas, seguida de Cali (9,09%), Manizales (7,08%), Bogotá (5,53%) y Barranquilla (5,03%).

### 2.5.1.4. *Tutelas contra Salud Total*

Con un total de 9923 acciones y un incremento 123,29%, Salud Total fue la cuarta entidad con más tutelas en el país. Los departamentos con la mayor frecuencia fueron, en su orden, Antioquia (18,85%), Caldas (16,4%), Santander (8,98%), Risaralda (8,85%) y Tolima (8,05%). En primera instancia los jueces favorecieron totalmente a los tutelantes en el 54,19% de los casos, el 24,08% fueron considerados hechos superados, el 8,63% fue concedido parcialmente, el 3,69% fue considerado improcedente y el 9,29% fue negado. En 323 municipios se interpuso al menos una tutela contra esta EPS. Las cinco ciudades con el mayor número de acciones fueron Manizales (12,26%), Medellín (11,65%), Bogotá (7,67%), Ibagué (6,06%) y Pereira (6,06%).

### 2.5.1.5. *Tutelas contra Savia Salud*

Con un total de 8609 acciones y un incremento 97,91%, Savia Salud fue la quinta entidad con más tutelas en el país. Los departamentos con la mayor frecuencia fueron, en su orden, Antioquia (98,21%) y Tolima (0,26%). En primera instancia los jueces favorecieron totalmente a los tutelantes en el 58,11% de los casos, el 25,34% fue considerado hecho superado, el 10,06% fue concedido parcialmente, el 2,58% fue considerado improcedente y el 3,76% fue negado. En 172 municipios se interpuso al menos una tutela contra esta EPS. Las cinco ciudades con el mayor número de acciones fueron Medellín (40,65%), Itagüí (5,27%), Cauca (3,86%), Rionegro (3,74%) y Bello (2,81%).

Según información de ADRES ([www.adres.gov.co](http://www.adres.gov.co)), hasta el 31 de diciembre de 2022 las EPS contaban con 48.697.275 afiliados, de los cuales el 47,18% correspondían al régimen contributivo y el 52,82% al régimen subsidiado. La Nueva EPS se convirtió en la aseguradora con el mayor número de afiliados en el país, con 10.080.783 usuarios, un aumento de 1.557.106 (18,27%) respecto al 2021. La siguieron en crecimiento absoluto Sanitas, con un aumento de 473.039 usuarios (16,58%); Sura, 319.771 (10,05%), y Salud Total, 319.771 (7,65%). A excepción de Emssanar, SOS, Asociación Indígena del Cauca, Aliansalud y Comfachocó, todas las EPS actualmente vigentes incrementaron sus afiliados (tabla 14).

**Tabla 14**  
**Número de afiliados según EPS (periodo 2021-2022)**

EPS	2021		2022		Variación %
	N.º afiliados	Part. %	N.º afiliados	Part. %	
Nueva EPS	8.523.677	17,59	10.080.783	20,70	18,27
Sánitas	4.700.614	9,70	5.479.796	11,25	16,58
Sura EPS	4.706.762	9,71	5.179.851	10,64	10,05
Salud Total	4.180.251	8,63	4.500.022	9,24	7,65
Coosalud	3.132.199	6,46	3.358.521	6,90	7,23
Famisanar	2.750.140	5,68	2.994.180	6,15	8,87
Asociación Mutual Ser	2.440.984	5,04	2.577.093	5,29	5,58
Compensar	2.007.167	4,14	2.094.005	4,30	4,33
Asmet Salud	1.953.435	4,03	2.028.641	4,17	3,85
Emssanar	1.954.625	4,03	1.904.669	3,91	-2,56
Savia Salud/Alianza Medellín	1.644.781	3,39	1.681.394	3,45	2,23
Cajacopi	1.401.646	2,89	1.527.961	3,14	9,01
Capital Salud	1.177.374	2,43	1.187.954	2,44	0,90
Servicio Occidental de Salud S.O.S	807.992	1,67	752.113	1,54	-6,92
Asociación Indígena del Cauca	546.919	1,13	536.864	1,10	-1,84
Mallamas EPSI	352.747	0,73	380.658	0,78	7,91
Ecoopsos	336.818	0,70	359.029	0,74	6,59
Comfenalco Valle	258.980	0,53	292.729	0,60	13,03
Dusakawi EPSI	256.430	0,53	273.024	0,56	6,47
Anas Wayúu EPSI	220.455	0,45	263.007	0,54	19,30
Aliansalud	241.667	0,50	240.782	0,49	-0,37
Comfaoriente	211.743	0,44	233.671	0,48	10,36
Comfasucre/Familiar de Colombia	118.192	0,24	249.206	0,51	110,85
Capresoca	174.623	0,36	177.699	0,36	1,76
Comfachocó	179.105	0,37	171.544	0,35	-4,22
Pijaos EPSI	102.391	0,21	110.758	0,23	8,17
Fundación Salud Mía EPS	51.844	0,11	56.912	0,12	9,78
EPS liquidadas	4.019.856	8,30	0	0,00	
<b>Total</b>	<b>48.453.417</b>	<b>100,00</b>	<b>48.692.866</b>	<b>100,00</b>	<b>0,49</b>

Nota: No incluye Empresas públicas de Medellín, ni Ferrocarriles Nacionales  
Fuente: Adres.

Para eliminar la correlación positiva entre el número de afiliados y el número de tutelas y establecer un indicador que permita realizar comparaciones entre EPS, se calculó el indicador “Número de tutelas por cada 10.000 afiliados”. Para dicho cálculo, tal como se enunció previamente en la metodología, se utilizó el número de tutelas y de afiliados mensuales. Según este indicador, las aseguradoras con los índices más altos fueron Savia Salud, Ecoopsos, Emssa-

nar, Asmet Salud y Nueva EPS. Los índices más bajos se observaron en las EPS Anas Wayúu, Dusakawi y Asociación Indígena del Cauca, todas ellas de naturaleza indígena.

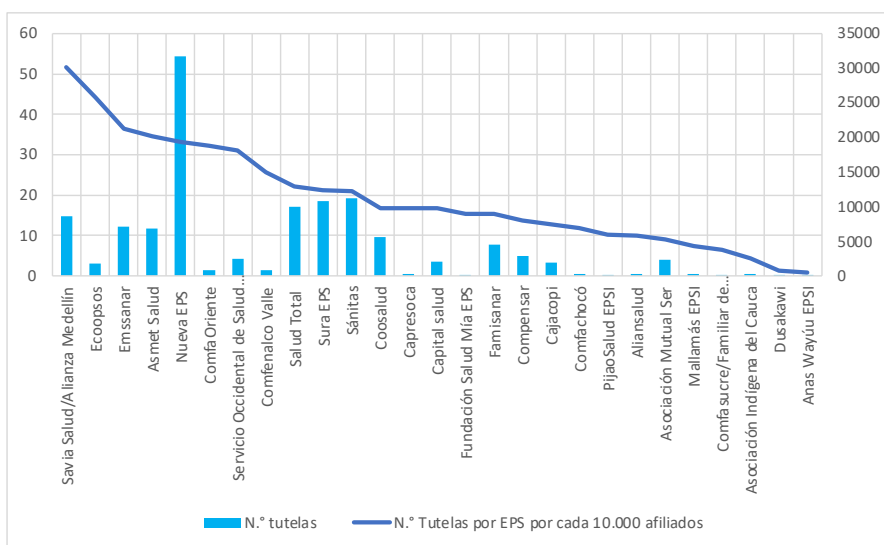
La EPS Ecoopsos, la segunda con el indicador más alto, fue liquidada por la Superintendencia Nacional de Salud en el mes de abril de 2023 debido, entre otros, al incremento del número de peticiones, quejas y reclamos, que

ascendieron, según la Supersalud, con corte al 17 de marzo 2023, a un total de 1460 PQRD abiertas, de las cuales 882 corresponden a quejas regulares y 578 a riesgo de vida, especialmente por falta de oportunidad en la asignación de citas de medicina especializada, demora en la entrega de medicamentos cubiertos y demoras en la referencia y contrarreferencia de sus pacientes<sup>52</sup>.

Por su parte, a Savia Salud, el 28 de septiembre de 2002, la Superintendencia

Nacional de Salud le prorrogó la medida de vigilancia especial, tras evidenciar que aún podía mejorar sus indicadores de prestación de servicios y corregir su situación financiera. En ese momento, la Supersalud señaló que, en los primeros siete meses de 2022, recibió más de 14.537 PQRD por causas relacionadas con negaciones en consultas, tratamiento integral, procedimientos PBS, exámenes PBS y gastos de transporte. Esta vigilancia fue prorrogada nuevamente por seis meses en enero de 2023<sup>53</sup>.

**Figura 11**  
**Número de tutelas en salud e indicador por cada 10.000 afiliados según EPS**



<sup>52</sup> Superintendencia Nacional de Salud. Resolución N° 2023320030002332 - 6 del 12 de abril de 2023. Por la cual se ordena la liquidación como consecuencia de la toma de posesión a la empresa promotora de salud ECOOPSOS EPS S.A.S. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/ss-resolucion-2023320030002332-6.pdf>

<sup>53</sup> Superintendencia Nacional de Salud. Resolución N° 2022320030006141-6 del 27 de septiembre de 2022. Por la cual se prorroga por cuatro meses la medida de vigilancia especial que rige a la Alianza Medellín Antioquia S.A.S. Savia Salud EPS.

Todas las EPS tuvieron incrementos en el indicador y los más altos se observaron en Anas Wayuu EPSI, Emssanar, Coosalud, Sura EPS y Pijaos, que duplicaron el indicador.

Anas Wayuu EPSI es una EPS del régimen subsidiado que trabaja en el departamento de La Guajira. Fue creada en 2001 debido a la unión de más de cien co-

munidades de las asociaciones indígenas de cabildos y/o autoridades tradicionales de La Guajira y de la Asociación Sumuywajat<sup>54</sup>. Respecto a esta aseguradora, se observa un aumento en solicitudes por no entregar de forma oportuna los medicamentos y por la falta de autorización y oportunidad para medicina especializada, sumadas al incremento de usuarios a raíz de la liquidación de Comfaguajira.

**Tabla 15**  
**Número de tutelas por cada 10.000 afiliados en cada EPS en 2021-2022**

EPS	2021	2022	Variación %
	Nº de tutelas por cada 10.000 afiliados	Nº de tutelas por cada 10.000 afiliados	
Savia Salud/Alianza Medellín	26,15	51,73	97,79
Ecoopsos	22,61	44,06	94,82
Emssanar	13,44	36,48	171,46
Asmet Salud	17,43	34,49	97,88
Nueva EPS	18,41	33,17	80,21
Comfaoriente	21,04	32,21	53,14
Servicio Occidental de Salud S.O.S	24,04	31,07	29,26
Comfenalco Valle	17,17	25,69	49,57
Salud Total	11,22	22,12	97,14
Sura EPS	10,09	21,16	109,76
Sánitas	10,72	21,00	95,86
Coosalud	7,09	16,81	136,94
Capresoca	9,54	16,74	75,43
Capital Salud	10,64	16,60	56,01
Fundación Salud Mía EPS	10,58	15,35	45,00
Famisanar	8,26	15,25	84,57
Compensar	6,87	13,67	98,94
Cajacopi	6,41	12,75	98,83
Comfachocó	8,19	11,70	42,86
Pijaos EPSI	4,93	10,13	105,44
Aliansalud	7,07	9,97	41,05
Asociación Mutua Ser	5,12	8,94	74,53
Mallamas EPSI	4,45	7,30	64,16
Comfasucre/Familiar de Colombia	13,30	6,50	-51,13
Asociación Indígena del Cauca	2,98	4,25	42,61
Dusakawi	1,04	1,34	28,16
Anas Wayúu	0,09	0,65	616,75
<b>Indicador Nacional</b>	<b>14,34</b>	<b>25,39</b>	<b>77,07</b>

Fuente: Corte Constitucional, Adres. Cálculos Defensoría del Pueblo

<sup>54</sup>EPS Anas Wayuu. <https://EPSianaswayuu.com/quienes-somos/>

### 2.5.2. Tutelas contra Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

Las IPS (hospitales, clínicas y centros de salud) fueron el segundo grupo de entidades con el mayor número de tutelas en salud, con un incremento del 41,52% con respecto al 2021. Las IPS más tuteladas fueron las que prestan servicios al magisterio, tales como Cosmitet (9,64%), Redvital/Sumimedical (6,21%) y Avanzar Médico/Foscal (5,72%), sin embargo, las dos primeras

presentaron disminuciones considerables (-71,29% y -29,81%, respectivamente). Entre las IPS públicas sobresale el hospital Erasmo Meóz, de Cúcuta, lo que se explica en parte por la gran afluencia de migrantes (tabla 16). Es de anotar que las IPS que prestan servicios al magisterio no son exclusivas para estos usuarios, pues varias de ellas ofrecen servicios a EPS y otras entidades, por las cuales también son demandadas.

**Tabla 16**  
**Tutelas en salud contra IPS (periodo 2021-2022)**

IPS	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Cosmitet	2.978	47,52	855	9,64	-71,29
Redvital/Sumimedical	785	12,53	551	6,21	-29,81
Avanzar Médico/Foscal	377	6,02	507	5,72	34,48
Clínica General del Norte	251	4,01	337	3,80	34,26
Servisalud	186	2,97	266	3,00	43,01
Hospital Erasmo Meóz	167	2,66	249	2,81	49,10
Medisalud	183	2,92	227	2,56	24,04
Tolihuilá/Emcosalud	155	2,47	200	2,26	29,03
Medicina Integral	138	2,20	141	1,59	2,17
Hospital Universitario del Valle	38	0,61	87	0,98	128,95
Fundación Médico Preventiva	97	1,55	83	0,94	-14,43
Proinsalud	71	1,13	74	0,83	4,23
Otras IPS	841	13,42	5.292	59,67	529,25
<b>Total</b>	<b>6.267</b>	<b>100,00</b>	<b>8.869</b>	<b>100,00</b>	<b>41,52</b>

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 2.5.3. Tutelas contra entidades territoriales

El tercer grupo con más tutelas en salud es el conformado por los entes territoriales, que presentó un incremento del 17,79% con relación a 2021, en

gran parte representado en demandas contra las Secretarías de Salud por falta de atención en salud a causa de la no afiliación a una EPS, situación que es más frecuente en la población migrante en municipios de frontera (tabla 17).

**Tabla 17**  
**Tutelas en salud contra entidades territoriales (periodo 2021-2022)**

Entidades territoriales	2021		2022		Variación % en el
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Secretarías de salud/Direcciones de salud	3.635	75,73	4.589	81,16	26,24
Alcaldías	751	15,65	711	12,58	-5,33
Gobernaciones	301	6,27	229	4,05	-23,92
Secretarías de educación	113	2,35	125	2,21	10,62
<b>Total</b>	<b>4.800</b>	<b>100,00</b>	<b>5.654</b>	<b>100,00</b>	<b>17,79</b>

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Las Secretarías de Salud fueron las entidades con más tutelas en este grupo (81,16%). La Secretaría de Salud de Cúcuta obtuvo el mayor número de ellas (37,86%), entre otras cosas, por la afluencia de migrantes venezolanos que llegaron a solicitar servicios de salud. La siguieron las secretarías de Medellín (7,92%), Cali (4,8%), Bogotá (3,27%) y Ocaña (2,18%). Sin embargo, hay que mencionar que los migrantes pueden solicitar servicios de salud en cualquier parte del país.

### 2.5.4. Tutelas de salud en regímenes de excepción

Después de las EPS e IPS, los regímenes de excepción se constituyeron como el tercer grupo con más acciones en su contra. El 96,57% corresponde a los servicios de salud de las fuerzas militares y de policía, en gran parte por la no inclusión en este grupo de las IPS que prestan servicios al régimen de salud del magisterio (solo se incluyeron tutelas contra magisterio plenamente identificadas). El subsistema de salud de los regímenes de excepción presenta la misma anormalidad del SGSSS, en



cuanto a la falta de oferta de servicios para la atención de sus afiliados y la falta de oportunidad en las citas con especialista, así como en la realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en la entrega de medicamentos. Otro problema identificado es la contrata-

ción con los prestadores, pues en ocasiones es muy demorada debido a problemas administrativos, lo cual lleva a que los usuarios estén desprotegidos por algún tiempo.

**Tabla 18**

**Tutelas en salud contra entidades de regímenes de excepción (periodo 2021-2022)**

	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Fuerzas Militares y de Policía	4.348	93,61	7.209	96,57	65,80
Fondo de Previsión del Magisterio	225	4,84	177	2,37	-21,33
Ecopetrol	72	1,55	79	1,06	9,72
<b>Total</b>	<b>4.645</b>	<b>100,00</b>	<b>7.465</b>	<b>100,00</b>	<b>60,71</b>

Fuente Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

#### *2.5.4.1. Tutelas de salud contra las fuerzas militares y de policía*

Las tutelas contra los sistemas de salud de las fuerzas militares y de policía presentaron un incremento del 65,8%, con relación a las demandas de 2021. Los departamentos con el mayor número de acciones fueron Bogotá (21,11%), Antioquia (10,46%), Valle del Cauca (8,76%), Caldas (6,9%) y Norte de Santander (5,65%). En primera instancia los jueces favorecieron totalmente a los tutelantes en el 63,5% de los casos, el 16,95% fue

considerado hecho superado, el 6% fue concedido parcialmente, el 5,83% fue declarado improcedente y el 8,56% fue negado. En 217 municipios se interpuso al menos una tutela en contra de este régimen de salud. Bogotá (22,11%), Medellín (6,08%), Manizales (5,76%), Cali (4,87%) y Cúcuta (4,76%) fueron las ciudades con mayor frecuencia de tutelas.

Según lo establecido en el Decreto 1795 de 2000, capítulo II, que estructuró el sistema de salud de las fuerzas militares y de la Policía Nacional, to-

dos sus afiliados y beneficiarios tienen derecho a un plan de servicios de sanidad, que cubre, entre otros, la atención integral en la enfermedad general y maternidad; el suministro de asistencia médica, odontológica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica, así como los demás servicios asistenciales.

En el mismo sentido, garantiza actividades inherentes a las operaciones militares y policiales, con lo que hace referencia a actividades especializadas en la prevención, protección y mantenimiento de la aptitud psicofísica, la cual es requerida para el desempeño de sus funciones, lo que incluye sanidad en campaña, medicina de aviación y medicina naval. De igual manera, en el marco de la salud ocupacional, previene enfermedades laborales y accidentes de trabajo, además de adelantar actividades conducentes a evitar que las enfermedades comunes, se agraven por las condiciones laborales.

De acuerdo con los usuarios de este sistema, la falta de cobertura y capacidad instalada ha llevado a que muchos de los servicios de salud no sean prestados con oportunidad y calidad. Las citas médicas especializadas se demoran meses o años, los medicamentos no son entregados y, cuando lo hacen, la entrega es parcial, lo que lleva a que los tratamientos se interrumpan; además, las cirugías no son practicadas en su debido tiempo. Lo anterior ha generado inconformidad y muchos uniformados y familiares han realizado marchas en busca de una reforma estructural a este sistema y de una atención digna; sin embargo, en la reforma a la salud no se aborda este tema.

#### 2.5.4.2. *Tutelas de salud contra el magisterio*

Es importante aclarar que la información que se presenta es parcial, dado que en las tutelas dirigidas en contra de la Fiduprevisora y las IPS que prestan servicios al magisterio no siempre se explicita que el demandante sea educador o sus beneficiarios, así que solo se incluyeron aquellas tutelas dirigidas contra el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG). Por su parte, las tutelas contra las IPS o Fiduprevisora no se incluyeron, ya que estas entidades no son exclusivas de este sistema y varias de las IPS prestan servicios a otras empresas como Ferrocarriles, Puertos de Colombia y EPS, situación por la cual fueron incluidas en el grupo de las IPS.

Así las cosas, los departamentos con el mayor número de acciones fueron Antioquia (10,86%), Santander (10,96%), Atlántico (9,14%), Bolívar (7,43%) y Córdoba (6,29%). En primera instancia los jueces favorecieron totalmente a los tutelantes en el 51,53% de los casos, el 18,29% correspondió a hecho superado, el 9,14% fue concedido parcialmente, el 6,29% fue declarado improcedente y el 14,86% fue negado.

En atención a lo anterior y solo en relación con las tutelas que, como se mencionó, se identificaron en este régimen, se continúa con problemas sistemáticos que afectan el derecho fundamental a la salud de sus afiliados, entre las cuales están las barreras en el acceso a medicina especializada y en los traslados a IPS de alto nivel de complejidad,

así como la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos e insumos.

El régimen del magisterio está exceptuado del Sistema de Seguridad Social establecido por la Ley 100 de 1993 y es garantizado según la Ley 91 de 1989 por el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (Fomag), siendo un régimen especial de salud. Es de anotar que ser especial implicaría ofrecer ventajas a sus afiliados frente a los demás colombianos, pero que en realidad la diferencia solo está en el no pago de copagos o cuotas moderadoras, porque las demás enunciadas en la norma también aplican para todos los afiliados en salud (derecho a recibir atención y tratamiento de todo tipo de patologías, sin restricción; no requieren periodos mínimos de cotización y no tienen ningún límite en los precios y cantidad de los medicamentos, siempre y cuando estén aprobados por el INVIMA). Sin embargo, cuentan con una desventaja: no pueden escoger la EPS y, menos aún, la IPS que les preste el servicio de salud, sino que deben someterse a la entidad que gane la licitación.

### 2.5.5. Tutelas contra el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), penitenciarías y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC)

La participación de las tutelas para reclamar servicios de salud contra el INPEC, las penitenciarías y la USPEC presentó un aumento del 63,53%, con relación a 2021. El mayor número de acciones de este grupo correspondieron a demandas localizadas en los departamentos de Boyacá (11,07%), Valle

del Cauca (9,96%), Santander (9,5%), Cauca (8,84%) y Tolima (8,61%). En todos los departamentos de observaron incrementos, excepto en Caquetá y Risaralda. En primera instancia los jueces favorecieron totalmente a los tutelantes en el 64,62% de los casos, el 11,69% fue hecho superado, el 3,17% fue concedido parcialmente, el 7,77% fue declarado improcedente y el 12,21% fue negado.

Los principales motivos para interponer acciones de tutela continúan en las barreras existentes para la atención de medicina general, cuando el servicio no se presta intramural, y para el acceso a tratamientos, procedimientos y exámenes en IPS autorizadas, además de la no entrega, la falta de oportunidad o la entrega parcial de medicamentos y la ausencia de acceso a citas con medicina especializada cuando son remitidos a ellas.

En este sentido, es importante recordar que la implementación del modelo de atención para la población privada de la libertad está a cargo de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), en coordinación con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), según lo establecido en la Resolución 5159 de 2015, que lo adoptó. Este modelo fue modificado por la Resolución 3195 de 2016, que incluyó como destinatarios a las aseguradoras de los regímenes contributivo y especiales o de excepción, para la prestación de servicios, con énfasis en la atención intramuros y con el sistema de referencia y contrarreferencia a servicios de salud extramuros.

**Tabla 19**  
**Tutelas en salud contra el INPEC y la USPEC (periodo 2021-2022)**

Departamento	Periodo				Variación %
	2021		2022		
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Boyacá	193	8,52	410	11,07	112,44
Valle del Cauca	259	11,43	369	9,96	42,47
Santander	182	8,04	352	9,50	93,41
Cauca	229	10,11	331	8,94	44,54
Tolima	178	7,86	319	8,61	79,21
Bogotá D.C.	209	9,23	306	8,26	46,41
Antioquia	180	7,95	301	8,13	67,22
Norte de Santander	119	5,25	285	7,69	139,50
Meta	122	5,39	284	7,67	132,79
Caldas	173	7,64	200	5,40	15,61
Cesar	49	2,16	110	2,97	124,49
Cundinamarca	87	3,84	108	2,92	24,14
Huila	85	3,75	92	2,48	8,24
Caquetá	62	2,74	60	1,62	-3,23
Quindío	32	1,41	49	1,32	53,13
Casanare	16	0,71	37	1,00	131,25
Risaralda	29	1,28	18	0,49	-37,93
Nariño	13	0,57	16	0,43	23,08
Córdoba	7	0,31	13	0,35	85,71
Atlántico	10	0,44	11	0,30	10,00
Otros	31	1,37	33	0,89	6,45
<b>Total</b>	<b>2.265</b>	<b>100,00</b>	<b>3.704</b>	<b>100,00</b>	<b>63,53</b>

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 2.5.6. Tutelas contra Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y compañías de seguros

El número de tutelas que invocaron el derecho a la salud contra las entidades que conforman este grupo presentó un incremento en el promedio mensual del 32,11%. La ARL Positiva con-

tinúa como la entidad con el mayor número de acciones, con una participación del 36,71% (tabla 20). La siguieron Sura ARL (19,44%), Seguros del Estado (10,26%) y Seguros de Vida Colpatria (9,17%). En primera instancia los jueces favorecieron totalmente a los tutelantes en el 53,66% de los casos, el 18,73% fue hecho superado, el 5,52% fue concedido parcialmente, el

9,6% fue declarado improcedente y el 12,27% fue negado. El mayor número de acciones se encontró en Antioquia (18,91%), Norte de Santander (13,5%), Valle del Cauca (10,29%), Bogotá (9,06%) y Santander (5,09%), las mismas regiones del 2021.

En este sentido es importante recordar que todo trabajador que se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales a través de una ARL tiene derecho tanto a prestaciones asistenciales como a prestaciones económi-

cas (indemnización por incapacidad permanente o parcial, pensión de invalidez, pensión de sobrevivientes, entre otras). Para el caso en estudio, las prestaciones asistenciales son entendidas como servicios de salud a los que tiene derecho un trabajador en el momento de sufrir un accidente o detectar una enfermedad laboral. Dichas prestaciones comprenden la asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica, hospitalización, entrega de medicamentos, prótesis y órtesis, rehabilitación física y odontología.

**Tabla 20**

**Tutelas en salud contra Administradoras de Riesgos Laborales y compañías de seguros (periodo 2021-2022)**

ARL y compañías de seguros	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
ARL Positiva	792	36,91	1.042	36,75	31,57
Sura	405	18,87	551	19,44	36,05
Seguros del Estado S.A	216	10,07	291	10,26	34,72
Seguros de Vida Colpatria	207	9,65	260	9,17	25,60
Compañía de Seguros Bolívar	110	5,13	146	5,15	32,73
Compañía de Seguros Colmena	87	4,05	119	4,20	36,78
La Equidad Seguros de Vida	70	3,26	119	4,20	70,00
Mundial de Seguros	106	4,94	107	3,77	0,94
La Previsora Seguros	80	3,73	93	3,28	16,25
Mapfre Seguros	20	0,93	21	0,74	5,00
Liberty Seguros	18	0,84	20	0,71	11,11
Otras compañías de seguros	35	1,63	66	2,33	88,57
<b>Total</b>	<b>2.146</b>	<b>100</b>	<b>2.835</b>	<b>100</b>	<b>32,11</b>

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 2.5.7. Tutelas contra Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)

Las tutelas en salud contra las entidades de este grupo aumentaron en un 15,19%, con relación a 2021. Colpensiones fue la entidad más demandada (72%), seguida de Porvenir (12,74%) y Protección (10,52%) (tabla 21). En primera instancia los jueces favorecie-

ron totalmente a los tutelantes en el 54,97% de los casos, el 9,29% fue hecho superado, el 6,09% fue concedido parcialmente, el 17,15% fue declarado improcedente y el 12,55% fue negado. El mayor número de acciones se encontró en Bogotá (20,35%), Antioquia (19,71%), Valle del Cauca (12,82%), Caldas (8,01%) y Risaralda (5,45%).

**Tabla 21**  
**Tutelas en salud contra Administradoras de Fondos de Pensiones (periodo 2021-2022)**

AFP	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Colpensiones	408	69,62	486	72,00	19,12
Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir	75	12,80	86	12,74	14,67
Fondo de Pensiones y Cesantías	64	10,92	71	10,52	10,94
Colfondos-Citi	30	5,12	27	4,00	-10,00
Otras	9	1,54	5	0,74	-44,44
<b>Total</b>	<b>586</b>	<b>100,00</b>	<b>675</b>	<b>100,00</b>	<b>15,19</b>

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 2.5.8. Tutelas contra otras entidades

En este grupo se encuentran las entidades contra las que se interpusieron tutelas que invocaron el derecho a la salud y no se mencionaron en otros grupos. Sobresalen los Ministerios (752), centros de servicios judiciales, juzgados y cortes (475), las Superintendencias (381), la ADRES (341) y Fiduprevisora (229).

## 2.6. Análisis de los hechos en las tutelas

El análisis de esta sección se realizó sobre una muestra representativa de 3.006 tutelas que invocaron el derecho a la salud durante el 2022, la cual fue seleccionada a través de un muestreo aleatorio estratificado por departamento, con una confiabilidad del 95% y un margen de error del 1,40%. Los resultados se presentan utilizando un factor de expansión en función de la misma variable de estratificación. Las tutelas que conforman la muestra están distribuidas así: al régimen contributivo y al subsidiado les correspondió el 84,38% de las acciones; a las fuerzas militares y de policía, el 3,56%; al magisterio, el 3,30%; al INPEC, el 2,63%; a vinculados, el 2,63%, y a otros, el 3,5%.

La información se extrajo de los hechos relatados por el accionante en la tutela seleccionada en la muestra. La cuantificación se hizo con todas las solicitudes en cada una de las tutelas; en una misma acción se puede presentar más de una solicitud con

requerimientos diferentes. El promedio de solicitudes en 2022 fue de 3 por tutela, superior al observado en 2021, que fue de 2,53.

El análisis se dividió en dos partes: en la primera, se incluyeron los contenidos de las tutelas que invocaron el derecho a la salud, independientemente del régimen al cual pertenecía el demandante, y en la segunda, solamente se hizo referencia a los contenidos en salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### 2.6.1. Diagnósticos en las tutelas de salud

Los diagnósticos se agruparon según los capítulos y bloques establecidos en la clasificación “Estadística Internacional de Enfermedades - CIE 10” (Anexo A).

Los cinco diagnósticos más frecuentes que se relacionaron en las tutelas de 2022 y que invocaron el derecho a la salud fueron tumores y neoplasias (12,87%), enfermedades del sistema osteomuscular (10,81%), enfermedades del sistema circulatorio (9,57%), traumatismos y envenenamientos (8,11%) y enfermedades del aparato genitourinario (7,57%).

Según el análisis sobre la situación en salud 2021, las neoplasias son la tercera causa de muerte en Colombia. Entre 2005 y 2019, los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, fueron la primera causa de mortalidad en hombres y mujeres, pues causaron el

14,96% (87.444) de las defunciones, lo que exhibe tasas oscilantes entre 14,1 y 13,4 muertes por cada 100.000 habitantes<sup>55</sup>. En este sentido, muchas de las solicitudes de las tutelas se relacionan directamente con la disponibilidad de los medicamentos para el tratamiento, tales como la quimioterapia y los anticuerpos monoclonales que son negados por las aseguradoras, y por la falta de oportunidad para el control por los médicos especialistas e interrupción del tratamiento integral.

Con relación a las enfermedades del sistema osteomuscular, segundo diagnóstico más frecuente en las tutelas de 2022 (10,81%), que corresponde principalmente a lumbagos y otras enfermedades relacionadas con articulaciones y grupos musculares, el informe del Ministerio destaca que en 2020 se atendieron 476.099 pacientes.

Respecto a las enfermedades del sistema circulatorio (9,57% en las tutelas de 2022), el estudio demuestra la ineficiencia del sistema de salud en la prevención de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, enfermedades cerebro vasculares y venas varicosas, lo que conlleva, en gran medida, a la pérdida de vida prematura y a la discapacidad, con todas las consecuencias económicas y sociales que esto acarrea.

Los traumatismos y envenenamientos (8,11% de las tutelas en 2022), el cuarto diagnóstico con más tutelas en salud, son ocasionados especialmente, para el caso del primero, por accidentes de tránsito, debido a barreras al momento de requerir un servicio de salud y a que el saldo de la póliza SOAT no es suficiente para cubrir el tratamiento, lo que genera dificultad en su continuidad ante el SGSSS.

Las enfermedades del aparato genitourinario, quinto diagnóstico en las tutelas (7,57%), entre las que la enfermedad renal crónica es una de las principales causas de tutela, son un problema de salud pública mundial, ya que afecta a uno de cada diez adultos. En Colombia, para el 2020, Bogotá registró 197.858 casos de enfermedad renal, seguida del Valle del Cauca, con 114.342, y de Antioquia, con 89.555<sup>56</sup>.

En los regímenes contributivo y subsidiado predominan las tutelas de pacientes con tumores y neoplasias (13,83%), así como las enfermedades del sistema osteomuscular (10,17%), que mantienen la misma tendencia de las tutelas en general. Llama la atención el régimen especial, en el que predominan los diagnósticos por enfermedades del sistema osteomuscular (13,06%) y por enfermedades del sistema nervioso (10,90%), las cuales tienen

---

<sup>55</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2021. <https://itagui.gov.co/uploads/micrositios/files/0e0bd-asis-colombia-2021.pdf>

<sup>56</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2021.



porcentajes superiores a los de los tumores o neoplasias observados a nivel general y en los regímenes contributivo y subsidiado, así como otros<sup>57</sup> en los que predominan los diagnósticos de traumatismos (25,30%) ocasionados

generalmente por accidentes tránsito, en los cuales los usuarios no cuentan con seguros como el SOAT, y enfermedades del sistema osteomuscular (13,20%) (tabla 22).

**Tabla 22**  
**Diagnósticos principales en las tutelas según régimen (año 2022)**

Diagnósticos en las Tutelas	RÉGIMEN							
	Contributivo y Subsidiado		Especiales*		Otros		TOTAL	
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %
Tumores (Neoplasias)	13,83	92,94	5,39	2,75	6,35	4,30	12,87	100
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	10,17	81,39	13,06	7,95	13,20	10,66	10,81	100
Enfermedades del sistema circulatorio	9,93	89,80	10,50	7,22	3,27	2,99	9,57	100
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	6,49	69,28	4,31	3,49	25,30	27,23	8,11	100
Enfermedades del aparato genitourinario	8,04	91,90	6,71	5,83	1,97	2,27	7,57	100
Enfermedades del sistema nervioso	7,22	86,25	10,90	9,90	3,19	3,85	7,24	100
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,40	87,13	6,95	7,20	4,13	5,67	6,35	100
Enfermedades del sistema digestivo	5,37	79,37	4,51	5,08	10,42	15,55	5,85	100
Trastornos mentales y del comportamiento	5,56	88,13	6,60	7,96	2,44	3,91	5,46	100
Enfermedades del ojo y sus anexos	5,22	83,10	5,92	7,18	6,05	9,72	5,43	100
Otros/No refiere	21,78	82,04	25,15	7,98	23,69	9,98	20,73	100
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>84,69</b>	<b>100,0</b>	<b>6,58</b>	<b>100,0</b>	<b>8,73</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Nota: Los regímenes especiales corresponde a Fuerzas militares y de Policía y al magisterio  
Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

A continuación, se analizan los tres tipos de diagnóstico con más tutelas en 2022.

### 2.6.1.1. Tumores y neoplasias

En el año 2022, estas tutelas presentaron un aumento del 81,60%, con relación a 2021, lo que incrementó la problemática relacionada con el acceso efectivo al

tratamiento de cáncer por falta de oportunidad en citas con especialistas, no disponibilidad de medicamentos para quimioterapias y no disponibilidad de insumos médicos, entre otros factores.

El tumor maligno de mama es el más frecuente, con el 12,83%, en el que, en relación con el 2021, se observó un incremento del 45,25%, coherente con

<sup>57</sup> Conformados por usuarios de ARL, AFP y vinculados, entre otros.

el informe emitido por el Ministerio: *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2021*, en el que se indica que la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres aumentó en un 23,05%, pasando de 10,15 a 12,49 muertes por cada 100.000 mujeres.

Según la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer<sup>58</sup>, el cáncer de mama sigue siendo el de mayor frecuencia en Colombia y la principal causa de mortalidad, por lo que se constituye como la mayor preocupación en materia de salud pública. El cáncer de mama en su mayoría ocurre en mujeres, con un bajo porcentaje de desarrollo en hombres (0,5 al 1%)<sup>59</sup>.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>60</sup>, en Colombia se presentan cada año 15.000 casos nuevos, lo cual convierte a este tipo de cáncer en prioridad para la generación de políticas, intervenciones y estrategias que eviten su aparición, disminuyan la carga de la enfermedad y ayuden a aumentar la supervivencia frente a este. Así mis-

mo, dicha cartera señaló que se puede disminuir la probabilidad de muerte en un 25% si se detecta de manera temprana y que se puede reducir el riesgo de sufrirlo en un 30% si se realizan cambios en hábitos y estilos de vida.

En segundo lugar, se encuentra el tumor maligno de próstata (8,93%), cuyo incremento fue del 88,84%, respecto al 2021. De acuerdo con el *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2021*, el cáncer de próstata es la segunda causa de mortalidad en hombres y su prevalencia se ha mantenido entre 15,34 y 13,57 muertes por cada 100.000 hombres.

Según la Cuenta de Alto Costo (CAC)<sup>61</sup>, el cáncer de próstata es el que más afecta a los hombres, dado que ocasiona el 81,82% de las muertes en edades entre los 45 a 54 años, que corresponde a población masculina diagnosticada con esta enfermedad en etapa tardía. Por esto, se recomienda realizar pruebas de tamización (examen del antígeno prostático y el tacto rectal) con fre-

---

<sup>58</sup> Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer. Campaña educativa “Sincronízate con el cuidado de tu cuerpo”. <https://www.ligacancercolombia.org/cancer-de-mama/>

<sup>59</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de Prensa No 499 de 2022 “Detección temprana del cáncer de mama disminuye en un 25% probabilidad de morir por esta causa”. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Deteccion-temprana-del-cancer-de-mama.aspx>

<sup>60</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de Prensa No 499 de 2022 “Detección temprana del cáncer de mama disminuye en un 25% probabilidad de morir por esta causa”. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Deteccion-temprana-del-cancer-de-mama.aspx>

<sup>61</sup> Cuenta de Alto Costo. Cáncer de próstata: el primero entre los tipos de cáncer que más afectan a los hombres. Junio 10 de 2022. <https://cuentadealtocosto.org/site/cancer/dia-mundial-de-la-prevencion-de-cancer-de-prostata/#:~:text=El%2011%20de%20junio%20es,personas%20en%20el%20a%C3%B1o%202020.>

cuencia no inferior a cinco años y, para aquellos hombres con antecedentes familiares o de raza negra, empezar las pruebas a partir de los 40 años.

De igual manera, la CAC señaló que, en términos de acceso al diagnóstico, se presenta una demora de 43 días y, para el primer tratamiento, hasta de 70 días, por lo cual es necesario revisar las barreras a las que se enfrentan, ya que la atención a tiempo es fundamental para determinar la supervivencia de quienes lo padecen.

En tercer lugar está el tumor maligno de las glándulas tiroideas (5,58%), cuyo incremento, respecto al 2021, fue de 18,47%. La probabilidad de ser diagnosticado con cáncer de tiroides ha aumentado en los últimos años y con mayor rapidez. El aumento en el diagnóstico de este tipo de cáncer, según la *Revista Colombiana de Cancerología*<sup>62</sup>, se debe a su mayor detección en estudios por imágenes diagnósticas como las ecografías y las resonancias magnéticas, que detectan nódulos o ganglios tiroideos pequeños de manera incidental.

Así mismo, la *Revista Colombiana de Cancerología* analizó, con base en el

registro poblacional de cáncer en Cali (Colombia), la tendencia del cáncer de tiroides durante los años 1962 a 2013 y encontró cambios significativos en el comportamiento del cáncer de tiroides en mujeres. Las tasas de incidencia aumentaron con un cambio medio anual de 2,2% (95% CI: 1,7-2,8) y se presentó disminución del riesgo de morir por cáncer de tiroides (APC: -2,2% (IC95%: -3,7 -0,6). Las variantes agresivas de este cáncer (folicular y anaplásico) disminuyeron de manera significativa; en contraste, el carcinoma papilar ha aumentado con un cambio medio anual de 4,7% (CI95%: 4,1 - 5,3). Para el quinquenio 1995-1999, la supervivencia relativa a 5 años fue 92,4%, 71% y 0% para los pacientes con carcinomas papilar, folicular y anaplásico, respectivamente.

Según la revista *Medicina.net*.<sup>63</sup>, el incremento de cáncer de tiroides se debe principalmente a dos situaciones: la primera es de tipo incidental, debido a la capacidad de detección por el aumento en el uso de tecnologías en salud, y la segunda es por búsqueda activa, marcada en la autoinmunidad tiroidea, asociada a sobrepeso y obesidad.

---

<sup>62</sup> Luis Eduardo Bravo, Nancy Vargas, Paola Andrea Collazos y Edwin Carrascal. 2017. Cáncer de tiroides en Cali, Colombia, 1962-2013. *Revista Colombiana de Cancerología*, 21(1). <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-cancer-tiroides-cali-colombia-1962-2013-S0123901517300604>

<sup>63</sup> Hernando Vargas-Uricochea, Jorge Herrera-Chaparro, Ivonne Meza-Cabrera y Valentina Agredo-Delgado. 2015. Epidemiología del Cáncer de Tiroides. *Revista Medicina*, 37(2). <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/109-4/692>

El cáncer de tiroides de tipo papilar es el que más ha aumentado en frecuencia, ocasionado, entre otros, por la exposición a nuevos carcinogénicos (radiación ionizante, solventes y pesticidas y deficiencias en la ingesta de yodo).

En cuarto lugar están los tumores de colon, con el 5,37%, lo que confirma la tendencia de la mortalidad por este motivo, que en el país viene en aumento desde el año 2012, en cuyo año la tasa de mortalidad fue de 4,94 por cada 100.000 habitantes, mientras que para 2019 fue de 6,61 por cada 100.000 habitantes<sup>64</sup>.

El cáncer de piel (4,24%) ocupa el quinto lugar en las tutelas (tabla 23). En algunos países ocupa el primer lugar en frecuencia de aparición. El riesgo de desarrollar cáncer en la piel depende de factores de cada persona y del medio ambiente. Los principales tipos de cáncer de piel son tumores de diversa estirpe celular y diferente agresividad y pronóstico<sup>65</sup>. Así, se tienen carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular o epidermoide, melanoma maligno, adenocarcinoma de glándulas sebáceas, sarcomas y linfomas. Según la Liga Contra el Cáncer, el carcinoma basocelular representa el 52,7% de los casos; seguido del carci-

noma escamocelular, con el 22,6%, y finalmente el cáncer tipo melanoma, con el 16,1%. Se estima sobre este mismo registro que la incidencia de melanoma maligno es de 4,6 por cada 100.000 mujeres y de 4,4 por cada 100.000 hombres<sup>66</sup>.



<sup>64</sup> C Flavia C. Pozzobon y Álvaro Enrique Acosta. 2018. Epidemiological profile of primary cutaneous melanoma over a 15-year period at a private skin cancer center in Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 226-231.

<sup>65</sup> Medigraphic. *Literatura Biomédica*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un162b.pdf>.

<sup>66</sup> Liga Colombiana Contra el Cáncer. Datos – Cáncer de piel. <https://www.ligacancercolombia.org/educacion/datos-cancer-de-piel/>

**Tabla 23**  
**Tutelas por diagnóstico de tumores y neoplasias (año 2022)**

Diagnósticos en tumores y neoplasias	Contributivo y Subsidiado		RÉGIMEN Especiales				Otros		TOTAL	
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. Vertical %	Part. Horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %		
	Tumor maligno de la mama	12,58	91,11	19,24	4,13	14,18	4,76	12,83	100	
Tumor maligno de la próstata	9,33	97,03	9,62	2,97	0,00	0,00	8,93	100		
Tumor maligno de la glándula tiroideas	5,65	94,06	12,04	5,94	0,00	0,00	5,58	100		
Tumor maligno de colon	5,14	88,90	9,62	4,93	7,70	6,17	5,37	100		
Tumor maligno de piel	4,51	98,76	1,91	1,24	0,00	0,00	4,24	100		
Tumor maligno de estómago	3,79	97,17	3,72	2,83	0,00	0,00	3,62	100		
Leiomioma de útero	2,96	89,86	0,00	0,00	7,21	10,14	3,06	100		
Tumor maligno de bronquios y del pulmón	3,11	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,89	100		
Tumor maligno del cuello del útero	2,18	84,47	0,00	0,00	8,66	15,53	2,40	100		
Tumor maligno de ovario	2,24	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,08	100		
Otros	48,53	92,07	43,84	2,46	62,24	5,47	48,99	100		
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>92,94</b>	<b>100</b>	<b>2,75</b>	<b>100</b>	<b>4,30</b>	<b>100</b>	<b>100</b>		

Nota: Los regímenes especiales corresponde a Fuerzas militares y de Policía y al magisterio  
Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo



### 2.6.1.2. Enfermedades del sistema osteomuscular

En relación con las enfermedades del sistema osteomuscular, las tutelas por gonartrosis (artrosis en la rodilla), con el 10,85%, fueron las más frecuentes dentro de esta categoría. En segundo lugar estuvieron las tutelas por dorsalgia, con el 10,50%, y en tercer lugar, otras artrosis, con el 9% (tabla 24). Según la *Revista de la Sociedad Española del Dolor*<sup>67</sup>, las enfermedades del sistema osteomuscular tienen una frecuencia alta, principalmente en mujeres postmenopáusicas y en mayores de 60 años, situación que se

incrementa con la longevidad de las personas. La artrosis de rodilla es una enfermedad que puede ser degenerativa y de desgaste del cartílago en personas de mayor edad y que puede ser ocasionada por lesiones previas en la rodilla, situación frecuente en personas jóvenes.

Los principales motivos de inconformidad se presentan por dificultades de acceso al tratamiento, la no entrega o entrega parcial de medicamentos (analgésicos y corticoides, entre otros) y la falta de oportunidad para la realización de cirugías, terapias e infiltraciones.

**Tabla 24**  
**Tutelas por diagnósticos de enfermedades del sistema osteomuscular (año 2022)**

Diagnósticos en el sistema osteomuscular	Contributivo y Subsidiado		RÉGIMEN				TOTAL	
			Especiales		Otros			
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. Vertical %	Part. Horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %
Gonartrosis [artrosis de la rodilla]	12,26	92,00	3,07	2,25	5,85	5,75	10,85	100
Dorsalgia	8,10	62,80	22,28	16,87	20,03	20,33	10,50	100
Otras artrosis	10,40	91,03	7,42	6,35	2,29	2,63	9	100
Lesiones del hombro	5,03	48,09	10,95	10,22	33,33	41,69	8,52	100
Osteoporosis sin fractura patológica	9,47	96,91	3,09	3,09	0,00	0,00	7,95	100
Otros trastornos de los discos intervertebrales	5,46	71,65	0,79	1,01	15,92	27,34	6,21	100
Coxartrosis [artrosis de la cadera]	6,10	89,71	7,16	10,29	0,00	0,00	5,53	100
Otras Artritis reumatóideas	5,70	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,64	100
Otros trastornos de los tejidos blandos	2,00	47,67	9,61	22,38	9,59	29,95	3,41	100
Escoliosis	3,03	86,82	0,00	0,00	3,52	13,18	2,84	100
Otros	32,44	87,30	35,63	9,37	9,47	3,34	30,25	100
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>81,39</b>	<b>100</b>	<b>7,95</b>	<b>100</b>	<b>10,66</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Nota: Los regímenes especiales corresponde a Fuerzas militares y de Policía y al magisterio  
Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

<sup>67</sup> DANE. Nacimientos y defunciones. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>

### 2.6.1.3. Enfermedades del sistema circulatorio

Con respecto a las enfermedades del sistema circulatorio, que fueron el tercer diagnóstico más frecuentes en las tutelas de 2022, las más usuales fueron las cerebrovasculares, seguidas por la hipertensión arterial primaria, venas varicosas de los miembros inferiores, enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cardiaca hipertensiva (tabla 25). Las enfermedades vasculares o del sistema circulatorio en Colombia son

ocasionadas principalmente por la mala alimentación (carbohidratos y azúcar en exceso), el bajo consumo de proteínas y elementos reguladores como la fibra y las vitaminas presentes en las verduras y frutas y el sedentarismo<sup>68</sup>.

Es de anotar que este grupo de enfermedades es uno de los más costosos del sistema y a los que menos se les hace control preventivo eficiente, lo que conlleva a una alta mortalidad o a largas incapacidades.

**Tabla 25**  
**Tutelas por diagnósticos de enfermedades del sistema circulatorio (año 2022)**

Diagnósticos en el sistema circulatorio	RÉGIMEN							
	Contributivo y Subsidiado		Especiales		Otros		TOTAL	
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. Vertical %	Part. Horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %
Otras enfermedades cerebrovasculares	24,21	93,25	18,5	5,58	7,86	1,17	23,24	100
Hipertensión esencial (primaria)	8,83	83,12	10,1	7,48	25,86	9,40	9,51	100
Venas varicosas de los miembros inferiores	8,89	89,75	12,9	10,25	0,00	0,00	8,86	100
Enfermedad isquémica crónica del corazón	8,06	92,18	4,8	4,32	7,92	3,50	7,83	100
Enfermedad cardiaca hipertensiva	7,08	94,80	4,9	5,20	0,00	0,00	6,68	100
Insuficiencia Cardiaca	5,84	100,00	0,0	0,00	0,00	0,00	5,23	100
Otras arritmias cardiacas	4,89	90,85	0,0	0,00	12,76	9,15	4,82	100
Hemorragias subaracnoidea	2,44	60,43	20,3	39,57	0,00	0,00	3,61	100
Secuelas de enfermedades cerebrovasculares	3,36	91,80	3,8	8,20	0,00	0,00	3,28	100
Infarto agudo del miocardio	2,88	100,00	0,0	0,00	0,00	0,00	2,58	100
Otros	23,52	86,44	24,6	7,10	45,60	6,47	24,36	100
<b>Total</b>	<b>100</b> <sup>✓</sup>	<b>89,52</b>	<b>100</b> <sup>✓</sup>	<b>7,03</b>	<b>100</b> <sup>✓</sup>	<b>3,46</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Nota: Los regímenes especiales corresponde a Fuerzas militares y de Policía y al magisterio  
Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

<sup>68</sup> Instituto Nacional de Salud. Nutrición. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Investigacion/Paginas/Nutricion.aspx>

### 2.6.2. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud

Las distintas solicitudes de los ciudadanos incluidas en las tutelas que invocaron el derecho a la salud, independientemente del demandado, fueron clasificadas en ocho contenidos según el anexo B, así:

- *Servicios y tecnologías de salud. Comprende los servicios de (i) consulta externa (intramural, extramural y consulta especializada); (ii) apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (servicios que se requieren para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes y que comprenden imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, estudios especiales, terapias, prótesis, entre otros); (iii) grupo de internación, ya sea por hospitalización general, unidades de cuidados intensivos y salud mental, entre otros; (iv) grupo quirúrgico, que comprende todas las solicitudes que tienen que ver con algún tipo de intervención quirúrgica, desde mínimamente invasivos hasta muy invasivos, y (v) grupo de atención inmediata, que comprende los servicios de salas de parto, urgencias, transporte de pacientes en ambulancias, entre otros.*
- *Medicamentos. A pesar de pertenecer al grupo de apoyo terapéutico, dada su importancia, se clasificó de manera independiente. Se clasificaron según su acción terapéutica.*
- *Tratamiento integral. Teniendo en cuenta que la mayoría de las tutelas incluye el tratamiento integral en sus solicitudes, se conformó este grupo en el que se hace una discriminación de acuerdo con el diagnóstico del paciente.*
- *Otras tecnologías. Pañales desechables y productos de aseo (pañitos, lociones capilares, champús, cremas, entre otros).*
- *Productos dietarios y alimenticios. A este grupo pertenecen las solicitudes referidas a leches, fórmulas lácteas y alimentos especiales.*
- *Otros relacionados con salud. Incluye las solicitudes que, sin ser servicios y tecnologías en salud, hacen posible que se garantice la materialización del derecho fundamental a la salud. Son parte de este grupo el transporte y los viáticos (para el paciente y acompañante), los cuidados, los copagos y las exoneraciones.*
- *Aseguramiento en salud. En este grupo se clasifican todas las solicitudes que tiene que ver con los procesos administrativos y que se constituyen en barreras de acceso a los servicios y tecnologías en salud.*
- *Otros no relacionados con salud. En este ítem se agrupan todas las solicitudes referentes a documentos como incapacidades, licencias de maternidad, historias clínicas, certificaciones y asuntos relacionados con pensiones, entre otras.*



**Tabla 26**  
**Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud (periodo 2021-2022)**

Contenidos	2021		2022		Variación %
	N.º solicitudes	Part. % en solicitudes	N.º solicitudes	Part. % en solicitudes	
Servicios y tecnologías en Salud	120.521	51,51	224.489	46,64	86,27
Otros relacionados con Salud	30.471	13,02	115.104	23,91	277,75
Tratamiento Integral	32.463	13,87	64.111	13,32	97,49
Medicamentos	30.165	12,89	53.698	11,16	78,01
Pañales y productos de aseo	7.209	3,08	10.953	2,28	51,94
Aseguramiento en salud	8.438	3,61	7.681	1,60	-8,97
Productos dietarios y alimenticios	2.081	0,89	4.152	0,86	99,52
Otros no relacionados con salud	2.633	1,13	1.123	0,23	-57,35
<b>Total solicitudes</b>	<b>233.981</b>	<b>100</b>	<b>481.311</b>	<b>100</b>	<b>105,71</b>
<b>Total tutelas en salud</b>	<b>92.499</b>		<b>156.413</b>		<b>69,10</b>

Nota: Solicitudes ponderadas por departamento

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

#### • Servicios y tecnologías en salud

Los requerimientos por servicios y tecnologías en salud ocuparon el primer lugar con el 46,64% del total y un incremento del 86,27%, respecto al 2021 (tabla 26). Las principales solicitudes corresponden a citas médicas especializadas, imágenes diagnósticas y exámenes de laboratorios clínicos, lo que puede entenderse como una contención en la continuidad del proceso de atención en salud, ocasionado por la falta de autorización de servicios para disminuir costos médicos y por la falta de disponibilidad en los territorios

(ausencia de red prestadora), especialmente en municipios de quinta y sexta categoría y sus zonas dispersas.

Con relación a las citas médicas especializadas (30%), la principal queja es la falta de oportunidad, ya que las aseguradoras, sin tener en cuenta el diagnóstico, asignan citas para doce meses o más, tal como sucede en los casos de pacientes con enfermedades catastróficas o ruinosas como el cáncer, insuficiencias cardíacas y enfermedad renal crónica, entre otras. De igual manera, las citas de control con especialista se asignan sin tener en cuenta el lugar de residen-

cia del paciente, lo que ocasiona costos adicionales que el usuario no puede sufragar y que deberían ser cubiertos por las aseguradoras, sin que esto se cumpla. Esto interrumpe los tratamientos y coloca en riesgo la vida de los usuarios, además de obligarlos a interponer tutelas por viáticos y transportes. La Defensoría ha registrado casos, entre otros, en los que remiten niños de Inírida y Villavicencio a Cartagena, de Neiva a Cúcuta, de Yopal a Barranquilla y de Quibdó a Cali. Además, a la falta de especialistas, se suma la preferencia de las EAPB por las IPS que conforman la integración vertical de cada una de ellas.

Respecto a las citas médicas especializadas, las más solicitadas fueron ortopedia (10,25%), oftalmología (6,12%), neurología (5,98%), medicina interna (4,61%), fisiatría (4,51%), anestesiología (4,32%), psiquiatría (4,27%), medicina laboral (4,19%), oncología (3,92%) y urología (3,60%).

Dentro de este grupo, las imágenes diagnósticas, con el 10,39%, ocupan el segundo lugar, ocasionado por la no disponibilidad de agendas para su realización por monopolios generados con algunas IPS, mientras otras, con disponibilidad, no son contratadas. Lo mismo sucede con el servicio de laboratorio clínico (8,99%), que ocupa el tercer lugar de las tutelas.

Respecto al servicio de consultas externas domiciliarias (6,16%), en el que la principal solicitud es el servicio de enfermería, se presentan por la falta de autorización de las EPS o por el incumplimiento del tiempo estipulado en la orden médica. Para el caso de terapias respiratorias y físicas domiciliarias, se evidencia la falta de capacidad de las IPS contratadas para prestar el servicio.

Con respecto a la prestación de servicios y el suministro de tecnologías en salud, la Corte Constitucional, en Sentencia T-253 de 2022<sup>69</sup>, reiteró su jurisprudencia al señalar que dicha prestación se basa en la concepción integral de la salud, que incluye la promoción, prevención, paliación y rehabilitación de la enfermedad. En este sentido, señaló que “en caso de duda sobre el alcance de un servicio o tecnología en salud, se entenderá que éstos comprenden todos los elementos esenciales para lograr el objetivo médico respecto a la necesidad en salud diagnosticada”<sup>70</sup>.

En este sentido, dicha corporación, en virtud del principio pro homine señala que cualquier duda respecto al alcance de un servicio o tecnología se debe resolver bajo el criterio de garantía efectiva del derecho, para evitar el daño frente a la persona.

<sup>69</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-253 del 06 de julio de 2022. MPS. Jorge Enrique Ibáñez Najar. [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-253-22.htm#\\_ftn64](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-253-22.htm#_ftn64)

<sup>70</sup> Corte Constitucional. Sentencia SU-508 del 07 de diciembre de 2020. MPS. Alberto Rojas Ríos y José Fernando Reyes Cuartas. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/SU508-20.htm>

### • Otros relacionados con salud

Como segunda solicitud, se destaca la categoría denominada “otros relacionados con salud”, que representa el 23,91 % de los casos y un incremento del 277 % en comparación con el año 2021. Dentro de esta categoría, se encuentran las solicitudes por viáticos (alojamiento y alimentación para el usuario y acompañantes), transporte para el usuario y acompañantes, cuidadores, copagos y exoneraciones.

En este sentido, la Corte Constitucional, en la Sentencia T-287 de 2022, reafirma las reglas establecidas en sentencias previas, al señalar que en la prestación de servicios de salud, la accesibilidad física es una de las garantías del derecho fundamental a la salud. Por lo tanto, la dificultad de los pacientes para desplazarse al lugar donde van a ser atendidos es un límite que atenta contra su derecho.

En lo que respecta a la alimentación y al alojamiento del paciente, la Corte estableció que cuando dichos aspectos se convierten en barreras que impiden a los usuarios acceder al servicio de salud requerido, se debe cumplir con las siguientes reglas<sup>71</sup>:

i) se debe constatar que ni los pacientes ni su familia cercana cuentan con la capacidad económica suficiente para asumir los costos;

ii) se tiene que evidenciar que negar la solicitud de financiamiento implica un peligro para la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente; y

iii) puntualmente en las solicitudes de alojamiento, se debe comprobar que la atención médica en el lugar de remisión exige más de un día de duración. [...] se cubrirán los gastos de alojamiento.

En relación con las reglas sobre el transporte, la alimentación y el alojamiento de un acompañante, la Corte Constitucional ha establecido que los jueces de tutela pueden ordenar a las EPS el cubrimiento de estos servicios cuando<sup>72</sup>:

(i) se constate que el usuario es “totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento”;

(ii) requiere de atención “permanente” para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas; y

<sup>71</sup> Ver, entre otras, las sentencias T-259 de 2019, T-081 de 2019, T-309 de 2018 y T-101 de 2021 [Corte Constitucional].

<sup>72</sup> Ver, entre otras, las sentencias T-259 de 2019, T-081 de 2019, T-309 de 2018 y T-101 de 2021 [Corte Constitucional].

(iii) ni él ni su núcleo familiar tengan la capacidad económica para asumir los costos y financiar su traslado.

Es importante destacar que, con relación a la ausencia de recursos, según lo establecido en la Sentencia T-101 de 2021, la carga de la prueba le corresponde a la EPS, quien debe desvirtuar lo dicho por el afiliado y, en caso de no pronunciarse, se entenderá como cierto lo expresado por el paciente.

Respecto al transporte intermunicipal, la Corte ha establecido que:

a) en las áreas a donde se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro;

b) en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica;

c) no es exigible el requisito de capacidad económica para autorizar el suministro de los gastos de transporte intermunicipal de los servicios o tecnologías en salud incluidos por el PBS, debido a que esto es financiado por el sistema;

d) no requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema (prescripción, autorización y prestación). Es obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización del servicio en un municipio diferente al domicilio del paciente;

e) estas reglas no son aplicables para gastos de transporte interurbano, ni transporte intermunicipal para la atención de tecnologías excluidas del PBS. (Sentencia SU-508 de 2020).

### • Tratamiento integral

En tercera posición se encuentran las “solicitudes por tratamiento integral” con el 13,32 %, para un incremento del 97,49 % respecto a 2021. Los tratamientos integrales más solicitados son aquellos que requieren los pacientes con tumores y neoplasias (16,99 %), pacientes con enfermedades osteomuscular (11,11 %) y con enfermedades del sistema circulatorio (10,10 %). La Corte Constitucional ha definido que el tratamiento integral implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud, suministrando “todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno” (Sentencia T-081 de 2016).

### • Medicamentos

En cuarto lugar, se encuentran las tutelas por medicamentos, que tienen una participación del 11,16 %. De acuerdo con su categoría terapéutica, los más solicitados son los antiinflamatorios con el 11,92 %, entre los cuales sobresalen los antiinflamatorios no esteroideos (AINES); seguidos por medicamentos a base de hormonas (7,43 %), importantes para el tratamiento de algunos cánceres; antihipertensivos

(7,40 %); vitaminas y minerales (6,87 %) y los analgésicos (6,25 %).

Resulta preocupante que se tutelén medicamentos esenciales y, algunas veces, vitales, como las insulinas para controlar la diabetes, los inmunosupresores para pacientes postrasplantados y los anticonvulsivantes y psicotrópicos en pacientes con síndromes convulsivos y/o con enfermedad mental. Esta situación impide la atención en los hogares y comunidades, lo cual es contrario a lo establecido en la política pública de salud mental. Además, la falta de control de enfermedades crónicas genera un alto costo para el sistema y riesgos para la vida de los pacientes.

#### • Otras tecnologías (pañales desechables) y productos de aseo

En quinta posición, se encuentran “otras tecnologías”, donde los pañales son el principal requerimiento (70,37 %), seguido de los pañitos húmedos (21,14 %) y de las cremas humectantes (7,27 %).

Con relación al suministro de pañales y pañitos húmedos, la Corte Constitucional, en la Sentencia T-253 de 2022, reitera nuevamente lo dicho en la Sentencia SU-508 de 2020, al señalar que, a pesar de que los pañales no son medicamentos y tampoco son considerados como tratamiento, sí son indispensables para mitigar los efectos de algunas

patologías. Asimismo, considera que<sup>73</sup>, al no estar el suministro de pañales expresamente excluido del PBS, a partir del análisis de la Resolución 2292 de 2021, que rige para el año de estudio (2022), se entiende que es una tecnología en salud incluida. Por lo tanto, si existe una orden médica, su solicitud vía tutela se puede ordenar directamente y, al estar incluida, no puede exigirse prueba de la capacidad económica del paciente o de su núcleo familiar.

En lo que tiene que ver con los pañitos húmedos, la misma sentencia establece que su suministro sí se encuentra expresamente excluido del PBS; sin embargo, puede ser reconocido por el juez de tutela de manera excepcional, siempre que se cumpla con lo siguiente:

(i) Que la ausencia del servicio o tecnología en salud excluido lleve a la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o la integridad física del paciente, bien sea porque se pone en riesgo su existencia o se ocasione un deterioro del estado de salud vigente, claro y grave que impida que ésta se desarrolle en condiciones dignas (...);

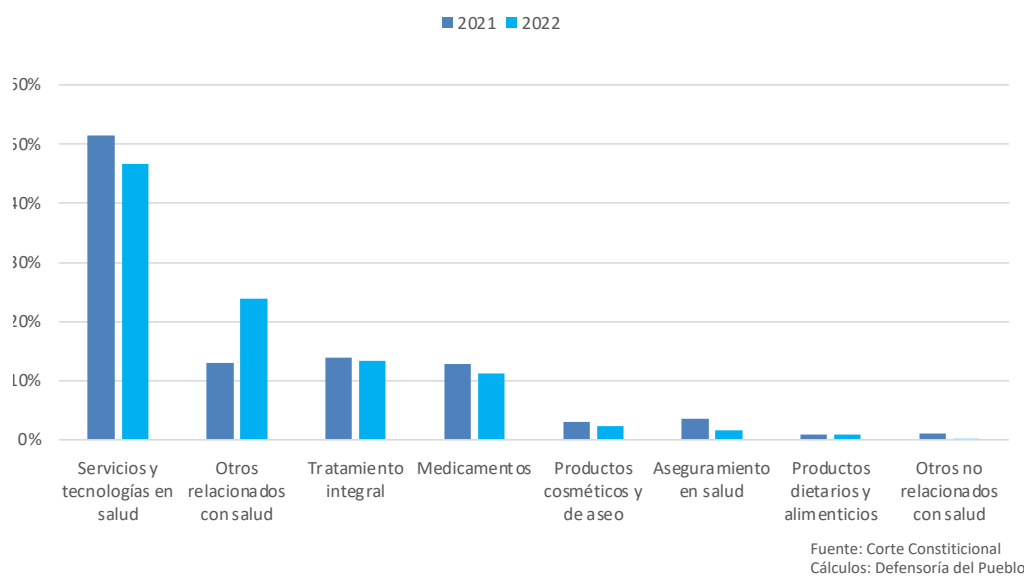
(ii) Que no exista dentro del plan de beneficios otro servicio o tecnología en salud que supla al excluido con el mismo nivel de efectividad para garantizar el mínimo vital del afiliado o beneficiario;

<sup>73</sup> Sentencia T-253 de 2022.

(iii) Que el paciente carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del servicio o tecnología en salud y carezca de posibilidad alguna de lograr su suministro a través de planes complementarios de salud, medicina prepagada o programas de atención suministrados por algunos empleadores;

(iv) Que el servicio o tecnología en salud excluido del plan de beneficios haya sido ordenado por el médico tratante del afiliado o beneficiario, profesional que debe estar adscrito a la entidad prestadora de salud a la que se solicita el suministro. (Sentencia SU-508 de 2020).

**Figura 12**  
**Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud (periodo 2021-2022)**



Tras analizar la participación de las solicitudes, se encontró que las EPS del régimen contributivo y subsidiado contaban con el 87,96 % de los requerimientos, seguidas de los regímenes

especiales, con el 5,59 %, y de “otros”, con el 6,46 %.

**Tabla 27**  
**Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud por régimen (año 2022)**

Contenidos	REGIMEN						TOTAL
	Contributivo y subsidiado		Especiales		Otros		
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	
Servicios y tecnologías en salud	44,13	83,22	57,37	6,87	71,58	9,91	100
Otros relacionados con salud	25,78	94,80	13,56	3,17	7,53	2,03	100
Tratamiento Integral	13,76	90,88	12,40	5,20	8,09	3,92	100
Medicamentos	11,72	92,43	8,66	4,34	5,58	3,23	100
Pañales y productos de aseo	2,23	86,20	4,80	11,78	0,71	2,02	100
Aseguramiento en salud	1,43	78,84	1,45	5,09	3,97	16,07	100
Productos dietarios y alimenticios	0,86	87,95	1,36	8,84	0,43	3,20	100
Otros no relacionados con salud	0,09	32,44	0,39	9,42	2,10	58,13	100
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>87,96</b>	<b>100</b>	<b>5,59</b>	<b>100</b>	<b>6,46</b>	<b>100</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

A continuación, se analiza el primer grupo de los “régimenes contributivo y subsidiado”, dado que contiene el 87,96 % del total de las solicitudes en las tutelas de salud y cuenta con varias líneas de financiación. Esto último no sucede en los otros grupos (especiales y otros), donde la línea de financiación en salud es única.

#### 2.6.2.1. Tutelas para exigir contenidos en salud en los régimenes contributivo y subsidiado

Para esta sección, se hizo una primera división para determinar los servicios y tecnologías en salud que estaban incluidos en el PBS o si eran excluidos. Luego se realizó una segunda división teniendo en cuenta las solicitudes incluidas en el PBS, debido a que representan la mayoría (96,46 %). Se tomó como referencia la forma de pago: UPC, PMAX y ADRES-FOME-UNGRD.

En este sentido, la jurisprudencia de esta Corte<sup>74</sup> ha señalado que la salud, como todo derecho fundamental, cuenta como una faceta prestacional. Esto significa que el derecho a la salud se materializa con la prestación integral de los servicios y tecnologías que sean necesarios para garantizar la vida e integridad de todos ciudadanos. La Corte ha considerado que la sola negación o prestación incompleta de los servicios de salud representa una clara violación al derecho fundamental a la salud, y en consecuencia, puede ser exigido a través de la acción de tutela. En otras palabras, el acceso a una atención médica adecuada y completa es un derecho exigible y justificable mediante esta vía<sup>75</sup>.

De igual manera, la Ley 100 de 1993, que desarrolló los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de 1991, estableció como responsables de garantizar el PBS (antes POS) a las entidades promotoras de salud (EPS), lo cual pueden hacer de manera directa o a través de las IPS que contraten para ofrecer las tecnologías en salud que requieran sus afiliados.

Posteriormente, con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Congreso de la República reguló los contenidos esenciales del derecho a la salud e instituyó, entre otras, la obligación del Estado

de adoptar medidas que garanticen el acceso integral al servicio de salud (artículos 6, 10, 11, 15, 20 y 23). Así mismo, estableció su naturaleza y contenido (artículos 1 y 2), reconociendo la doble connotación que tiene: como derecho fundamental autónomo e irrenunciable, que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación y la promoción de la salud; y como servicio público esencial obligatorio a cargo del Estado.

En este contexto, el artículo 15, que establece la concepción integral de la salud, determina la inclusión de las tecnologías en salud a las que tienen derecho los usuarios del sistema de salud como la regla, siendo la exclusión la excepción, por lo que debe ser explícita y taxativa. En este orden de ideas, se entiende, por regla general, que **todos los servicios de salud que no se encuentren expresamente excluidos del conjunto de servicios y tecnologías a los que tienen derecho los usuarios del sistema de salud, se entienden incluidos**<sup>76</sup>. Por lo tanto, solamente están excluidas las tecnologías definidas por previo procedimiento técnico-científico y participativo<sup>77</sup> y solo aquellas relacionadas con la enfermedad o condición asociada al servicio o tecnología indicado.

---

<sup>74</sup> Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-760 de 2008.

<sup>75</sup> Ver sentencias T-171 de 2018 y T-017 de 2021.

<sup>76</sup> Ver las sentencias C-313 de 2014, T-124 de 2019 y T-364 de 2019.

<sup>77</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 330 de 2017 [modificada recientemente por la Resolución 318 de 2023].



### 2.6.2.1.1. CONTENIDOS DE LAS TUTELAS EN SALUD (PBS Y EXCLUSIONES)

En relación con las solicitudes presentadas en los regímenes contributivo y subsidiado requeridas en las acciones de tutela en 2022, el 96,46 % de ellas correspondieron a servicios o tecnologías PBS, el 1 % a exclusiones y el 2,54

% a otras solicitudes no clasificables en las anteriores. Así las cosas, los requerimientos más frecuentes fueron los servicios y tecnologías en salud<sup>78</sup> (44,12 %), seguidos de los otros relacionados con salud considerados no asistenciales, pero que se tutelan (transporte, viáticos y cuidadores, copagos y exoneraciones) (25,79 %), tratamiento integral (13,76 %) y medicamentos (11,72 %) (ver tabla 28).

**Tabla 28**  
**Solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas en los regímenes contributivo y subsidiado (periodo 2022)**

Contenidos	PBS		EXCLUSIONES		NO APLICA		TOTAL SOLICITUDES	
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %
Servicios y tecnologías en salud	45,48	99,44	24,75	0,56	-	-	44,12	100
Otros relacionados con salud	25,67	96,03	-	-	40,33	3,97	25,79	100
Tratamiento integral	14,27	100,00	-	-	-	-	13,76	100
Medicamentos	12,08	99,45	6,52	0,55	-	-	11,72	100
Pañales y productos de aseo	1,60	69,29	68,73	30,71	-	-	2,23	100
Aseguramiento en salud	-	-	-	-	56,29	100,00	1,43	100
Productos dietarios y alimenticios	0,89	100,00	-	-	-	-	0,86	100
Otros no relacionados con salud	-	-	-	-	3,38	100,00	0,09	100
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>96,46</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>2,54</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

<sup>78</sup> Comprenden los tratamientos, citas médicas, cirugías, prótesis, órtesis e insumos médicos, imágenes diagnósticas, exámenes diagnósticos y procedimientos.

### 2.6.2.1.1.1. CONTENIDOS EN SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD

Como se mencionó, los servicios y tecnologías<sup>79</sup>, con el 44,12 %, ocupa-

ron el primer lugar de las solicitudes; el 99,44 % de dicha cifra correspondió a PBS y el 0,56 % a exclusiones, como terapias ABA y acuaterapias, entre otras (ver tabla 29).

**Tabla 29**  
**Solicitudes más frecuentes en los servicios y tecnologías en salud (periodo 2022)**

Servicios y tecnologías en salud	PBS		EXCLUSIONES		TOTAL SOLICITUDES	
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %
Servicio de consulta externa especializada	29,22	100,00	-	-	29,05	100
Imágenes diagnósticas	10,25	100,00	-	-	10,19	100
Servicio de laboratorio clínico	9,02	100,00	-	-	8,97	100
Servicio de consulta externa general - extramural	6,71	100,00	-	-	6,67	100
Dispositivos médicos y equipos biomédicos	5,29	100,00	-	-	5,26	100
Servicio de terapias	4,72	89,36	100,00	10,64	5,25	100
Servicio de consulta externa general - intramural	4,08	100,00	-	-	4,05	100
Cirugía ortopedia	3,51	100,00	-	-	3,49	100
Electrofisiología	3,25	100,00	-	-	3,23	100
Insumos médicos	2,94	100,00	-	-	2,92	100
Cirugía oftalmología	1,62	100,00	-	-	1,61	100
Cirugía ginecológica	1,52	100,00	-	-	1,52	100
Cirugía general	1,47	100,00	-	-	1,46	100
Cirugía otorrinolaringología	1,27	100,00	-	-	1,26	100
Cirugía gastrointestinal	1,20	100,00	-	-	1,19	100
Servicio de quimioterapia	1,02	100,00	-	-	1,02	100
Transporte asistencial de pacientes	0,98	100,00	-	-	0,97	100
Cirugía urología	0,91	100,00	-	-	0,91	100
Urología pruebas	0,69	100,00	-	-	0,69	100
Otros	10,35	100,00	-	-	10,29	100
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>99,44</b>	<b>100,0</b>	<b>0,56</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

<sup>79</sup> Comprenden tratamientos, citas médicas, cirugías, prótesis, órtesis e insumos médicos, imágenes diagnósticas, exámenes diagnósticos y procedimientos.

Las citas médicas especializadas fueron las más solicitadas (29,22 %), todas ellas en el marco del PBS. Ortopedia, neurología, oftalmología, medicina interna, anestesiología, oncología clínica, psiquiatría, urología, otorrinolaringología y endocrinología fueron las especialidades más requeridas en ese orden.

Como se mencionó previamente, el principal problema asociado con las citas médicas especializadas es la falta de oportunidad, es decir, la dificultad para conseguir una cita en un plazo razonable debido a la no disponibilidad de agenda. A pesar de que las EPS emiten autorización para estas citas, la demora en la materialización de las mismas puede extenderse incluso por más de un año. Esta falta de oportunidad en las citas especializadas se ha convertido en una barrera de acceso para los demás servicios, como cirugías, exámenes, imágenes, procedimientos, medicamentos y tratamientos, ya que los especialistas son los que definen las conductas médicas en los pacientes.

Las imágenes diagnósticas, con el 10,25 %, ocuparon el segundo lugar de las solicitudes de servicios. Dentro de esta categoría, las imágenes con radiaciones no ionizantes fueron las más frecuentes (51,89 %). Estas imágenes se obtienen mediante equipos que no generan radiación, como las ecografías, los Doppler y los resonadores magnéticos, que funcionan a base de ultrasonido. Les siguen las imágenes con radiaciones ionizantes, que son negadas en el 37,77 % de

los casos. Corresponden a tomografías axiales computarizadas, radiografías convencionales y gammagrafías.

En la tercera posición se encuentran los exámenes de laboratorio clínico, que representaron el 9,02 % de las solicitudes. Este tipo de exámenes también enfrentan la misma problemática de demora en la programación para la toma y entrega de los resultados.

#### *2.6.2.1.1.2. OTROS RELACIONADOS CON SALUD<sup>80</sup>*

La solicitud de otros servicios relacionados con la salud, como transporte, viáticos, exoneración de copagos, cuotas moderadoras y cuidadores ocupan el segundo lugar en las acciones de tutelas interpuestas por pacientes de los regímenes contributivo y subsidiado, con el 25,79 % de las mismas. Este tipo de solicitudes ha experimentado un incremento significativo en comparación con el año 2021.

Como se ha mencionado, la Corte Constitucional ha establecido reglas jurisprudenciales con respecto al suministro de transporte y viáticos (alimentación y alojamiento), atendiendo el derecho que tienen los usuarios de acceder de manera física a los servicios de salud que requieren. En este sentido, reitera que, respecto a la alimentación y el alojamiento del paciente, se debe autorizar previo haber constatado lo siguiente: que los pacientes ni su fami-

---

<sup>80</sup> Comprenden transporte, viáticos y cuidadores.

lia cercana cuentan con la capacidad económica suficiente para asumir estos costos; que negar su cubrimiento implica un peligro para la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente, y que la atención médica requiere más de un día, para el caso de las solicitudes de alojamiento<sup>81</sup>.

Respecto al transporte, la alimentación y el alojamiento de los acompañantes, la Corte Constitucional ha determinado que los jueces de tutela pueden ordenar su cubrimiento por parte de las EPS cuando se constata que el usuario es<sup>82</sup> “totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento”, que requiere de atención “permanente” para garantizar su integridad física y el adecuado ejercicio sus labores diarias y cuando no cuenta con capacidad económica para asumir los costos y financiar su traslado.

La Corte Constitucional ha establecido que<sup>83</sup> el servicio de transporte hace parte de las prestaciones que se pueden necesitar en virtud del principio de integralidad, ya que es uno de los medios para que los usuarios accedan a los servicios de salud que requieren y su ausencia afecta la materialización del derecho fundamental a la salud. Por lo tanto, las aseguradoras deben conformar su red de prestadores de servicios para que los usuarios no tengan que desplazarse a otros municipios, a menos que se trate de áreas donde

se ha establecido una UPC diferencial para cubrir estos costos debido a la dispersión geográfica y la densidad poblacional. En los lugares donde no existe esta UPC diferencial y el usuario debe acudir a otro municipio, su costo debe ir contra la UPC básica, lo cual es responsabilidad directa de la EPS, ya que se presume que en el domicilio del usuario existe la capacidad para atender a la persona. (Sentencia T-259 de 2019)

Frente a la prestación del servicio intermunicipal, el Alto Tribunal estableció:

*a) En las áreas a donde se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro; b) en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica; c) no es exigible el requisito de capacidad económica para autorizar el suministro de los gastos de transporte intermunicipal de los servicios o tecnologías en salud incluidos por el PBS, debido a que esto es financiado por el sistema; d) no requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema (prescripción, autorización y prestación). Es obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización del servicio en un municipio diferente al domicilio del paciente (Sentencia SU-508 de 2020) [109].*

<sup>81</sup> Ver, entre otras, las sentencias T-259 de 2019, T-081 de 2019, T-309 de 2018 y T-101 de 2021.

<sup>82</sup> Ver, entre otras, las sentencias T-259 de 2019, T-081 de 2019, T-309 de 2018 y T-101 de 2021.

<sup>83</sup> Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-401A de 2022.

Con relación al transporte intermunicipal, la Corte ha reconocido que las EPS deben proporcionar este servicio cuando se verifiquen los siguientes requisitos: “i) [que] ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y ii) [que] de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario” (Sentencia T-277 de 2022). Cuando el profesional de la salud manifieste la necesidad de este servicio y verifique el cumplimiento de los requisitos, deberá tramitar a través del procedimiento establecido en la Resolución N.º 1885 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con los resultados de 2022 en este grupo, las solicitudes de transporte y viáticos para el paciente representaron el 47,97 % y se debe, en gran parte, a que los pacientes deben ser trasladados a otras ciudades para recibir atención médica, dado que en su domicilio no hay una red prestadora contratada por su EPS.

En proporción similar, las tutelas también incluyen la solicitud de transporte y viáticos para el acompañante (42,76 %). Este servicio es indispensable en casos de pacientes con discapacidad, mayores de 60 años, menores de 18 años o que demuestran no tener recursos económicos para sufragar ese tipo de gastos. Dentro de este grupo también se presentan solicitudes de exoneración de copagos, cuotas mo-

deradoras y reembolsos, los cuales representan el 3,9 % de las solicitudes. Respecto a las cuotas moderadoras, se evidencia que no han cumplido con su objetivo, que era controlar la demanda de los servicios, pero sí se han convertido en una barrera administrativa para usuarios, especialmente aquellos con patologías crónicas.

Por último, están los cuidadores (3,06 %), quienes son solicitados por los familiares y pacientes debido a la falta de medios económicos para contratar estos servicios, especialmente para pacientes de alto costo, como aquellos con Alzheimer, cáncer y en fase terminal, entre otros. La Corte Constitucional<sup>84</sup> ha diferenciado entre las prestaciones que tienen por objetivo tratar la enfermedad y restablecer la salud, y aquellas que no tienen impacto directo sobre el derecho, por lo que deben ser asumidas por otros sectores. En este sentido, ha señalado que “el cuidador se ha considerado que en estricto sentido no es una prestación en materia de salud y por tanto, en principio no se encuentra financiado por el Sistema de Seguridad Social en Salud” (Sentencia T-475 de 2020) (ver tabla 30).

Sin embargo, como una medida excepcional y en circunstancias especiales, dicha corporación ha establecido la procedencia del servicio de cuidador domiciliario. En este tipo de casos, ha señalado que la EPS debe prestar este servicio cuando se cumplen dos condiciones:

---

<sup>84</sup> Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-038 de 2022.

(1) exista certeza médica sobre la necesidad del paciente de recibir este servicio; y (2) la ayuda como cuidador no pueda ser asumida por el núcleo familiar del paciente, por ser materialmente imposible. Por imposibilidad material se entiende que el núcleo familiar del paciente: (i) no cuenta con la capacidad física de prestar las atenciones requeridas, por falta de aptitud en razón a

la edad o a una enfermedad, o porque debe suplir otras obligaciones básicas, como proveer los recursos económicos básicos de subsistencia. (ii) Resulta imposible brindar el entrenamiento adecuado a los parientes encargados del paciente. Y (iii) carece de los recursos económicos necesarios para asumir el costo de contratar la prestación del servicio. (Sentencia T-015 de 2021).

**Tabla 30**  
**Solicitudes más frecuentes en “otros relacionados con salud” (periodo 2022)**

Otros relacionados con salud	PBS		NO APLICA		TOTAL SOLICITUDES	
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %
Transporte para el paciente	26,54	100,00	-	-	25,50	100
Viáticos para el paciente	23,38	100,00	-	-	22,47	100
Transporte para el acompañante	23,33	100,00	-	-	22,42	100
Viáticos para el acompañante	21,17	100,00	-	-	20,34	100
Copagos, reembolsos exoneraciones	-	-	100,00	100,00	3,90	100
Cuidadores	3,19	100,00	-	-	3,06	100
Traslado de paciente, portabilidad	2,40	100,00	-	-	2,30	100
<b>Totales</b>	100	96,10	100	3,90	100	100

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

### *2.6.2.1.1.3. CONTENIDOS EN TRATAMIENTO INTEGRAL*

El tratamiento integral es la tercera solicitud más frecuente en las tutelas, con un 13,32 % de las mismas. Los pacientes suelen incluir esta solicitud en la tutela para asegurarse de que su atención médica relacionada con una misma patología esté cubierta de manera completa. Las enfermedades más asociadas a estas solicitudes son tumores y neoplasias (17,68 %), enfermedades del sistema osteomuscular (12,01 %) y enfermedades del sistema circulatorio (10,40 %). No obstante, las enfermedades cerebrovasculares, parálisis infantil, tumor maligno de mama, osteoporosis, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, gonartrosis, obesidad, tumor maligno de próstata y trastorno generalizado del desarrollo son patologías para las cuales también solicitan tratamiento integral.

La Corte Constitucional, en la Sentencia T-118 de 2022, reitera su jurisprudencia en materia de integralidad en la atención. En esta sentencia, establece que tanto el Estado como las entidades encargadas de prestar los servicios de salud deben garantizar la autorización completa de los tratamientos, intervenciones, medicamentos, procedimientos, controles, exámenes y demás servicios que requiera el paciente para atender y tratar su patología, según lo establecido por el profesional tratante. Es por ello que la integralidad está es-

trechamente relacionada con el principio de continuidad, que sostiene que, una vez iniciado un tratamiento médico, este no puede ser interrumpido por razones administrativas o económicas. Esto significa que la prestación del servicio debe ser regular, continua, eficaz y con calidad, por lo que los problemas administrativos y contractuales no pueden ser obstáculos para su acceso<sup>85</sup>.

### *2.6.2.1.1.4. CONTENIDOS EN MEDICAMENTOS*

Los medicamentos desempeñan un papel fundamental en el tratamiento de las enfermedades, y la falta de suministro puede tener consecuencias graves, incluso la muerte de los pacientes. En el caso del tratamiento de enfermedades crónicas que requieren medicamentos a largo plazo para prevenir complicaciones, la falta de suministro atenta contra la dignidad de las personas, causando sufrimientos innecesarios y deterioro de la salud.

De acuerdo con los resultados, en el 2022 las solicitudes de medicamentos, con el 11,72 %, fueron las cuartas más frecuentes en las tutelas de salud y presentaron un incremento del 87,01 % respecto a 2021. El 12,01 % de los medicamentos solicitados correspondieron a antiinflamatorios, como Aflibercept, que se utiliza para tratar la degeneración macular (retina) húmeda relacionada con la edad; la brimonidina, que se usa para disminuir la presión en los

---

<sup>85</sup> Ver las sentencias T-1198 de 2013, T-124 de 2016 y T-017 de 2021, entre otras.

ojos de los pacientes con glaucoma y así evitar el daño de los nervios y la pérdida de la visión; la Diosmina, útil para el alivio de los síntomas relacionados con la insuficiencia venosa leve de las extremidades inferiores, como dolor, sensación de pesadez, tirantez, hormigueo y picor; Latanoprost oftálmico, que se usa para tratar el glaucoma; y crema de óxido de zinc, un emoliente protector y astringente cutáneo, indicado en quemaduras leves, raspones, sedante del ardor y del prurito en eccemas, eritrodermias, rozadura por pañal y prevención de maceraciones.

Los fármacos a base de hormonas correspondieron al 7,43 % de los medicamentos solicitados, entre ellos, levotiroxina, toxina botulínica, pancreatina, factor de crecimiento epidérmico recombinante humano y Bicalutamida.

El 7,39 % de los medicamentos solicitados correspondieron a antihipertensivos, entre los cuales se encuentran Valsartán solo o combinado, Losartán, Irbersartán, Lamersartán y Amlodipino. Es de anotar que hoy el PBS permite el uso de medicamentos combinados en una sola presentación, como es el caso de los antihipertensivos y los diuréticos.

Las solicitudes de vitaminas y minerales representaron el 6,82 %, siendo la vitamina D3, el ácido fólico, el hierro sacarosa, el hierro carboximaltosa y el carbonato de calcio los más requeridos, los cuales son ordenados en la mayoría de los casos cuando existen deficiencias de estos.

Los analgésicos, con el 5,98 %, también fueron muy recurrentes, siendo los más comunes el acetaminofén, la dexmedetomidina, la hioscina y la oxicodona, fármacos ampliamente utilizados en la población colombiana.

El problema principal con los medicamentos continúa siendo la falta de entrega o su entrega parcial. Esta situación ha aumentado debido al desabastecimiento de algunos medicamentos que se presentó este año. En este sentido, hay que mencionar que desde hace 2 años se viene presentando el desabastecimiento de algunos medicamentos por falta de oferta para satisfacer la demanda interna. Según el INVIMA (s. f.), desabastecimiento es “la situación en la cual se presenta una insuficiente oferta para satisfacer la demanda de un producto farmacéutico que ya ha sido aprobado por el INVIMA y comercializado en el país”.

De acuerdo con el informe *Realidad sobre el desabastecimiento o la escasez de medicamentos en Colombia*, realizado por el INVIMA y el Ministerio de Salud (2023), varios de los medicamentos reportados presentaban desabastecimiento por causas como:

- Incremento de la demanda.
- Restricciones por marcas o fabricantes en la contratación entre EPS y gestores farmacéuticos.
- Entregas incompletas o a destiempo a los gestores farmacéuticos.



- Requisitos regulatorios.
- Trámites en curso ante el INVIMA.
- Problemas de adquisición de materias primas.
- Pérdida de interés por parte de la industria en comercializar ciertos productos por baja rentabilidad, aunque sean esenciales para la atención en salud.
- Diferencias comerciales entre fabricantes y distribuidores.
- Escasez de algunas marcas comerciales, pero no de medicamentos con la misma composición (principio activo, concentración y forma farmacéutica) disponibles en el mercado.
- formación sobre la demanda insatisfecha y la oferta disponible.

En este sentido y para hacer frente a esta situación, les exigieron a los actores del sistema y a los gestores realizar mesas de trabajo y priorizar los medicamentos, ante lo cual se inició con 30 principios activos para la búsqueda de soluciones. A estas mesas fueron convocados los actores más relevantes en cada caso, y para varios de estos fueron encontradas las principales causas, así como sus soluciones. Algunas de estas mesas se realizaron entre agosto y sep-

tiembre de 2022 con los gremios del sector salud, incluyendo la industria, los gestores, las EPS, las IPS y organizaciones de usuarios. Durante su desarrollo, se avanzó en el diseño de una agenda de compromisos por parte de cada uno de los actores intervinientes (INVIMA y Ministerio de Salud, 2023).

La asociación ACEMI, que agrupa varias EPS, en el año 2022 le informó a esta entidad<sup>86</sup> sobre la oferta insuficiente de medicamentos en el canal institucional para satisfacer la demanda observada, correspondiente a 2.628 novedades de productos con problemas de abastecimiento reportadas entre abril y junio de dicho año. Estos productos son claves para tratar patologías de interés en salud pública, como los hipolipemiantes, antipsicóticos atípicos, antihipertensivos combinados y anticonceptivos hormonales orales, entre otros.

Asimismo, señaló como posibles causas identificadas, las situaciones de orden internacional y macroeconómico que limitaban la suficiencia, transporte y distribución de las materias primas e insumos; las limitaciones para la gestión farmacéutica a nivel nacional, como la priorización del canal comercial; la ausencia de información pública y actualizada sobre la disponibilidad; y los tiempos de procesos ante el INVIMA, entre otros. Ante esta situación, indicó que le solicitó al Ministerio de Salud la

---

<sup>86</sup> Paula Acosta. Presidente Ejecutiva de ACEMI. Oficio de fecha 22 de agosto de 2022.

adopción de medidas conducentes en el marco de mesas de trabajo, para resolver la problemática planteada y que les permitiera a todos los actores involucrados aportar en la caracterización y definición de los medicamentos.

Por lo anterior, durante el año 2022, la Defensoría del Pueblo hizo un llamado a todos los actores del sistema de salud para que adoptaran las medidas que ayudaran a reducir el impacto negativo del desabastecimiento. Algunas de estas medidas incluían el agotamiento de alternativas con el mismo principio activo, la búsqueda de nuevos proveedores o gestores farmacéuticos, el uso de alternativas terapéuticas con la misma familia farmacológica o mecanismo de acción similar, la coordinación para la modificación del esquema terapéutico, siempre que fuera posible bajo criterio del médico tratante, y la compra de medicamentos por el canal comercial para ciertas condiciones de salud. Además, alertó a los laboratorios y a la industria farmacéutica para que no acapararan ni especularan con las existencias actuales de medicamentos y a la red institucional (farmacias y red prestadoras de las EAPB) debido a la suficiencia en el canal comercial de moléculas de medicamentos que manifestaban no tener, entre otras acciones.

En respuesta a estas preocupaciones, el Ministerio de Salud y Protección Social informó a la Defensoría del Pueblo<sup>87</sup> que Colombia no era ajena a esta

problemática, debido, entre otros, a las dificultades en la cadena logística a nivel internacional ocasionada por la crisis de contenedores y el cierre prolongado del puerto de Shanghái. También mencionó limitaciones para acceder a insumos críticos del proceso de producción y problemas en la adquisición de materia prima, entre otros. Sin embargo, señaló estaba realizando un seguimiento continuo a la disponibilidad de medicamentos a través del análisis al sistema de información de precios de medicamentos (SISMED) con el fin de aumentar la producción o importación de los medicamentos, en caso de ser necesario. Manifestó, además, que el INVIMA estaba adelantando, entre otras, gestiones de priorización de trámites asociados con el registro sanitario, la evaluación de alternativas terapéuticas y la inclusión en forma temporal en el Listado de Medicamentos Vitales no Disponibles (LMVND); y precisó que adelantaba el diseño y desarrollo de un sistema de monitoreo del abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos, que contemplaba la generación de alertas tempranas cuando el mercado no respondiera a la demanda esperada y la implementación de un sistema de recepción y análisis de potenciales incidentes de desabastecimiento para que los actores principales del sistema registraran las alertas. Por último, indicó que estaba llevando a cabo mesas de trabajo con los demás actores del sector.

---

<sup>87</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Radicado N.º 202216001794701 del 12 de septiembre de 2022.

**Tabla 31**  
**Solicitudes de medicamentos (año 2022), según categoría terapéutica**

Medicamentos	PBS		EXCLUSIONES		TOTAL SOLICITUDES	
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %
Antiinflamatorios	11,69	96,81	69,14	3,19	12,01	100
A base de hormonas	7,47	100,00	-	-	7,43	100
Antihipertensivos	7,43	100,00	-	-	7,39	100
Vitaminas y minerales	6,86	100,00	-	-	6,82	100
Analgésicos	5,85	97,15	30,86	2,85	5,99	100
Antidiabéticos	5,55	100,00	-	-	5,52	100
Fórmulas magistrales	5,42	100,00	-	-	5,39	100
Anticonvulsivos	4,76	100,00	-	-	4,73	100
Hipolipemiantes	3,79	100,00	-	-	3,77	100
Anticoagulantes	3,56	100,00	-	-	3,54	100
Otros	37,62	100,00	-	-	37,41	100
<b>Totales</b>	100	99,45	100,0	0,55	100	100

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

#### 2.6.2.1.1.5. CONTENIDOS EN OTRAS TECNOLOGÍAS EN SALUD (PAÑALES DESECHABLES) Y PRODUCTOS DE ASEO

Las solicitudes de pañales y de aseo se ubicaron en el quinto lugar con el 2,23 %. El 69,28 % correspondieron a solicitudes PBS, principalmente pañales, y el 30,72 % correspondió a productos excluidos, entre los que estaban pañitos húmedos y cremas humectantes (Lubriderm). Al respecto, la Corte Constitucional, con el fin de evitar las acciones de tutela por estos motivos, ha establecido reglas jurisprudenciales. Sin em-

bargo, para que esto suceda, es necesario que las aseguradoras las implementen.

Con relación a estos productos, dicha corporación<sup>88</sup> reiteró las reglas jurisprudenciales sobre el suministro en sede de tutela de los pañales desechables y de los pañitos húmedos. Señaló que, en cuanto a los pañales desechables, al ser insumos necesarios para personas con especiales condiciones de salud por no poderse mover, por depender totalmente de un tercero y no poder realizar sus necesidades fisiológicas en condiciones regulares, a pesar de no ser considerados como servicio

<sup>88</sup> Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-160 de 2022.

de salud ya que no están orientados a remediar una enfermedad, su no suministro implica sometimiento a tratos indignos y humillantes, situación que permite la intervención del juez de tutela para proteger su dignidad humana. Además, al no estar incluidos en la resolución de exclusiones, en aplicación a la Ley Estatutaria de Salud, se entienden incluidos en el PBS, por lo que el juez de tutela debe ordenarlos directamente cuando existe orden médica y no es necesario que el peticionario pruebe su capacidad económica. En caso de que no exista prescripción, también puede ser ordenado por el juez si se cumplen dos requisitos:

*(i) si evidencia un hecho notorio a través de la historia clínica o de las demás pruebas allegadas al expediente, por la falta del control de esfínteres derivada de los padecimientos que aquejan al paciente o de la imposibilidad que tiene éste de moverse. En este caso, el suministro de los pañales está condicionado a la posterior ratificación de la necesidad por parte del médico tratante; y (ii) si no evidencia un hecho notorio, puede amparar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico cuando sea necesario una orden de protección. (Sentencia SU-508 de 2020)*

En relación con los pañitos húmedos, productos expresamente excluidos del PBS para todas las enfermedades o condiciones de salud, existen casos en que su acceso es indispensable para garantizar el derecho a la salud o a la vida digna de las personas, como es el caso de los

pacientes con capacidad limitada para realizar sus necesidades fisiológicas de manera autónoma. La Corte Constitucional ha establecido que, cuando su no suministro puede causar dermatitis por incontinencia, lesiones en la piel, infecciones urinarias y cutáneas, así como lesiones crónicas que puedan ocasionar sepsis e incluso la muerte, su entrega puede darse de forma excepcional a través de la acción de tutela, siempre que el juez verifique que:

*(i) su provisión resulte necesaria para evitar la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o a la integridad personal del accionante; (ii) los pañitos húmedos no puedan reemplazarse por otro insumo incluido en el PBS que tenga el mismo nivel de efectividad; (iii) tanto el paciente, como su núcleo familiar carecen de la capacidad económica para asumir su costo pues obligar a alguien que no tiene recursos a sufragar por su cuenta los costos de un medicamento, sería desconocer el derecho a acceder a los servicios en salud. En este punto, debe tenerse en cuenta que la prueba de la capacidad económica no está sometida a un régimen de tarifa legal, sino a la sana crítica; y (iv) fueron ordenados por el médico tratante adscrito a la EPS a la que el accionante le solicita el suministro (Sentencia T-160 de 2022).*

En caso de que no exista prescripción médica, si el juez evidencia la necesidad de proteger al usuario, puede amparar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico.

**Tabla 32**  
**Solicitudes de pañales y productos de aseo (año 2022)**

Pañales y productos de aseo	PBS		EXCLUSIONES		TOTAL SOLICITUDES	
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %
Pañales	97,98	100,00	-	-	67,88	100
Pañitos húmedos	-	-	72,52	100,00	22,28	100
Cremas y lociones humectantes	-	-	27,48	100,00	8,44	100
Champú y lociones capilares	1,01	100,00	-	-	0,70	100
Jabones	1,01	100,00	-	-	0,70	100
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>69,28</b>	<b>100</b>	<b>30,72</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

#### 2.6.2.1.1.6. CONTENIDOS EN ASE- GURAMIENTO DE SALUD

Otras solicitudes que se encontraron en las tutelas de salud son aquellas relacionadas con problemas de aseguramiento, en las que el usuario considera que su derecho a la salud se ha vulnerado. Las principales demandas fueron por inconvenientes en las afiliaciones (34,64 %), las cuales obedecen a barreras administrativas para afiliar a beneficiarios, por no afiliación al régimen subsidiado debido a la no aplicación de la encuesta del Sisbén o a la mala categorización, según los pacientes. En este grupo también son frecuentes las solicitudes de pago de incapacidades y licencias de maternidad (28,55 %), debido al mal

diligenciamiento de los formatos, por tiempos de afiliación y por no claridad respecto al obligado a pagarlas.

En este sentido, durante el año 2022, la Corte Constitucional reiteró su jurisprudencia, al señalar que<sup>89</sup>, respecto a las incapacidades de origen común, de acuerdo a lo establecido en el artículo 1.º del Decreto 2943 de 2013, el empleador asume el pago de los días 1 y 2; entre el día 3 y hasta el día 180 le corresponde a la EPS a la que se encuentre afiliado el trabajador y a partir del día 181 y hasta los 540 días, está a cargo de los fondos de pensiones, en virtud del artículo 52 de la Ley 962 de 2005, que le otorga a estos la facultad para “postergar la calificación de inva-

<sup>89</sup> Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-265 de 2022.

lidez, cuando haya concepto favorable de rehabilitación por parte de la EPS”.

Sin embargo, dicha corporación ha señalado que existe una excepción: que la EPS debe emitir el concepto de rehabilitación del afiliado antes del día 120 de incapacidad y enviarlo a la AFP antes del día 150, ya que, si pasados los 180 días iniciales y no lo ha expedido, se convierte en el responsable del pago del subsidio equivalente a la incapacidad temporal, con cargo a sus recursos hasta que emita dicho concepto. De igual manera, la AFP debe asumir el pago desde el día 181 al 540, a menos que la EPS haya omitido la emisión y envío del concepto de rehabilitación.

En relación con las personas con conceptos favorables de rehabilitación, con calificación de pérdida de capacidad laboral inferior al 50 % y con incapacidades superiores a los 540 días, no existía reglamentación. Esto generó un déficit de protección, que fue superado por la Ley 1753 de 2015, artículo 67, cuando estableció que los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud estaban destinados, entre otros, al “reconocimiento y pago a las Entidades Promotoras de Salud por el aseguramiento y demás prestaciones que se reconocen a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluido el pago de incapacidades por enfermedad de origen común que superen los quinientos cuarenta (540) días continuos”.

Por lo tanto, en la Sentencia T-144 de 2016, la Corte Constitucional, en aplicación de la Ley 1753 de 2015, es-

pecialmente del artículo 67, estableció tres reglas:

*(i) existe la necesidad de garantizar una protección laboral reforzada a los trabajadores que han visto menoscabada su capacidad laboral y tienen incapacidades prolongadas pero su porcentaje de disminución ocupacional no supera el 50 %; (ii) El deber legal impuesto a las EPS respecto de las incapacidades posteriores al día 540 es obligatorio para todas las autoridades y entidades del SGSSS. Sin embargo, cabe anotar que las entidades promotoras pueden perseguir lo pagado ante la entidad administradora del Sistema; y (iii) La referida norma legal puede aplicarse de manera retroactiva, en virtud del principio de igualdad.*

Otra solicitud encontrada en las tutelas es el traslado entre EPS (23,79 %), debido a barreras administrativas cuando el trámite se hace directamente en las oficinas de las aseguradoras y al desconocimiento o no manejo de la plataforma virtual que le permite al usuario hacerlo de manera directa (<https://miseseguridadsocial.gov.co/>).

#### *2.6.2.1.1.7. CONTENIDOS EN PRODUCTOS DIETARIOS Y ALIMENTICIOS*

La solicitud de productos dietarios y alimenticios se presentan en menos del 1 % de las tutelas, donde lo más frecuente son los productos como Ensure,

Pediasure, Glucerna, y alimentos especiales para enfermos terminales, quienes requieren soporte nutricional de manera complementaria o suplemen-

taria, y al ser negados o no ser autorizados de manera oportuna por las EAPB, los usuarios acuden a este mecanismo de protección para su suministro.

**Tabla 33**  
**Solicitud de productos dietarios y alimenticios (año 2022)**

Productos dietarios y alimenticios	PBS		TOTAL SOLICITUDES	
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %
Fórmulas lácteas	85,54	100,00	85,54	100
Otros suplementos dietarios	14,46	100,00	14,46	100
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>100,00</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

#### 2.6.2.1.1.8. OTROS NO RELACIONADOS CON SALUD

En una baja proporción, los usuarios incluyen en las tutelas de salud la solicitud de entrega de historias clínicas o certificaciones. Sin embargo, las IPS argumentan que el paciente es el único autorizado para reclamarlas, y si el familiar o la persona que lo reclama no cuenta con la autorización del paciente, la norma establece su imposibilidad de entrega por reserva del documento.

A continuación, se revisarán por separado los contenidos PBS y las exclusiones en las solicitudes incluidas en las tutelas.

#### 2.6.2.1.2. CONTENIDOS PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (PBS)

Atendiendo a lo establecido en la Ley Estatutaria de Salud sobre la concepción integral de la salud en la prestación de servicios y tecnologías, donde todo lo que no esté expresamente excluido se encuentra incluido en el Plan de Beneficios en Salud y donde solo cambia el proceso de financiación, el cual puede darse a través de tres formas: (i) Unidad de Pago por Capitalización (UPC), (ii) presupuestos máximos PMAX y (iii) recobro ADRES, a continuación se analizarán las solicitudes incluidas en las acciones de tutelas.

Durante el año 2022, se observó que el porcentaje de solicitudes PBS-UPC disminuyó 7,54 puntos porcentuales con relación a 2021. La disminución fue mayor en el régimen subsidiado que en el contributivo (10,44 vs. 4,02). Al respecto, se reitera que estas solici-

tudes ya están financiadas previamente a través de la UPC, por lo que deberían ser autorizadas y entregadas de manera inmediata, y su negación constituye una clara vulneración al derecho fundamental a la salud.

**Tabla 34**  
**Porcentaje de solicitudes de servicios en salud PBS-UPC en cada régimen**

Año	Contributivo %	Subsidiado %	General %
2003	55,46	62,35	56,00
2004	59,73	67,43	60,40
2005	52,22	60,82	53,10
2006	67,37	39,26	60,90
2007	54,30	33,26	50,70
2008	54,85	32,71	49,30
2009	59,90	76,50	68,20
2010	54,00	73,80	65,40
2011	64,16	70,26	67,81
2012	65,25	75,59	70,93
2013	64,90	75,63	69,96
2014	61,70	70,24	65,74
2015	62,83	65,51	64,08
2016	70,99	68,39	69,70
2017	74,27	71,48	72,89
2018	81,73	78,84	80,12
2019	86,31	84,60	85,32
2020	88,87	89,26	89,03
2021	88,29	90,97	89,68
2022	84,27	80,53	82,14

Nota: En 2021 y 2022, el PBS solo incluye lo cubierto con la UPC.

Fuente: Corte Constitucional.

Cálculos: Defensoría del Pueblo.



Para el año 2022, entró en vigencia la Resolución N.º 2292 del 23 de diciembre de 2021, que señaló, en primera medida, que, atendiendo a lo estipulado en la Ley Estatutaria, todos los servicios y tecnologías en salud disponibles y aprobados en el país hacen parte de los beneficios a que tienen derecho los afiliados al SGSSS, salvo lo que se encuentre excluido, e incluye la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación de la enfermedad.

Para la clasificación, se tienen en cuenta los siguientes principios generales de la prestación de los servicios y las tecnologías de salud financiados con los recursos de la UPC: la integralidad (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad), la territorialidad (dentro del territorio nacional), la complementariedad (con otros recursos), con transparencia, competencia (el profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita un afiliado al SGSSS), corresponsabilidad (uso adecuado de los recursos por parte del usuario), calidad (cumplimiento de los estándares de calidad del SOGCS y la normatividad vigente), universalidad (a todos los residentes del territorio colombiano) y la eficiencia (en la utilización de los recursos). Además, se tuvo en cuenta el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para medicamentos, y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima

revisión CIE-10, para enfermedades, también de la OMS.

La resolución incluyó 654 procedimientos, los cuales estaban financiados por presupuesto máximo, autorizados a través de la herramienta Mipres. Dentro de estos procedimientos se incluyen pruebas de laboratorio clínico (309) y procedimientos para condiciones clínicas, como enfermedades neoplásicas (radioterapias de última generación), hipoacusia, enfermedades respiratorias, enfermedades bucodentales, enfermedades cardiovasculares y enfermedades oculares. Así mismo, se incluyeron otros procedimientos, como el de neuropsicología, trasplante de órganos, intervenciones sobre el feto dentro del útero y transformación de género, entre otros.

Respecto a medicamentos, la actualización comprende más de 980 grupos relevantes (principios activos y formas farmacéuticas), los cuales también pasan de la financiación con los presupuestos máximos a la financiación con la UPC. Esto permite la ampliación a 54 principios activos en todas sus formas y concentraciones, con lo cual se cubre la totalidad de las indicaciones registradas en Colombia, que pasan de 459 a 1059, sumando 26 subgrupos de referencia a los 53 financiados hasta ese momento con la UPC. En consecuencia, se incluyen medicamentos para patologías como la enfermedad renal, la hipertensión arterial, diferentes tipos de cánceres (gliomas, sarcoma, mielomas, linfomas, leucemia, melanoma, cáncer de piel, cáncer de mama, cáncer pulmonar, cáncer de cabeza y cuello,

cáncer de colon y recto, entre otros), enfermedades dermatológicas, respiratorias, cardiovasculares, productos anticonceptivos para la mujer, medicamentos para el manejo del dolor, enfermedades mentales, artrosis, inmunodeficiencias y antibióticos, entre otros.

Según el Ministerio de Salud<sup>90</sup>, estas inclusiones representan cerca de 35.000 Códigos Únicos de Medicamentos (CUMS) que ingresan a la financiación con recursos de la UPC, lo que suma el 89 % del total de CUMS autorizados en el país.

La resolución contempla siete títulos, en 139 páginas, e inicia con las generalidades como el objeto, los referentes de actualización, la terminología y el glosario. El título segundo enuncia las condiciones de acceso a los servicios y tecnologías de salud, la puerta de ingreso al sistema y la consulta con especialistas.

El tercer título incluye los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, los cuales deben ser garantizados por las aseguradoras, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y sin barreras administrativas que impidan su acceso efectivo. Este título contiene siete capítulos. El primero hace referencia a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El segundo establece las acciones para la recuperación de la

salud, como la atención en urgencias, ambulatoria y de internación, con la variación de que en caso de que la internación se prolongue por inasistencia social o abandono social, no será cubierta con la UPC. El tercero habla sobre procedimientos que, en materia de salud oral, incluyó los tratamientos periodoncia, endodoncia, ortodoncia y las prótesis dentales, entre otros, siempre que no tengan finalidad cosmética. El cuarto capítulo habla sobre los medicamentos. Allí se adicionó, a raíz de la pandemia, que mientras dure la emergencia cualquier medicamento incluido en la lista UNIRS, y cuyos usos tengan relación con analgesia, anestesia o sedación, estarán financiados con la UPC; también, se adoptó lo denominado como Buenas Prácticas de Prescripción.

El capítulo cinco establece los dispositivos médicos que serán financiados a través de la UPC. En el capítulo sexto se abordan los servicios de salud mental; se eliminó la limitación existente de 30 sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo, así como la limitación similar para terapia grupal o familiar. Además, se elimina la restricción que limitaba a un máximo de 60 sesiones de psicoterapia individual y familiar para mujeres víctimas de violencia sexual. También se amplía la cobertura para los casos en los que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del pa-

---

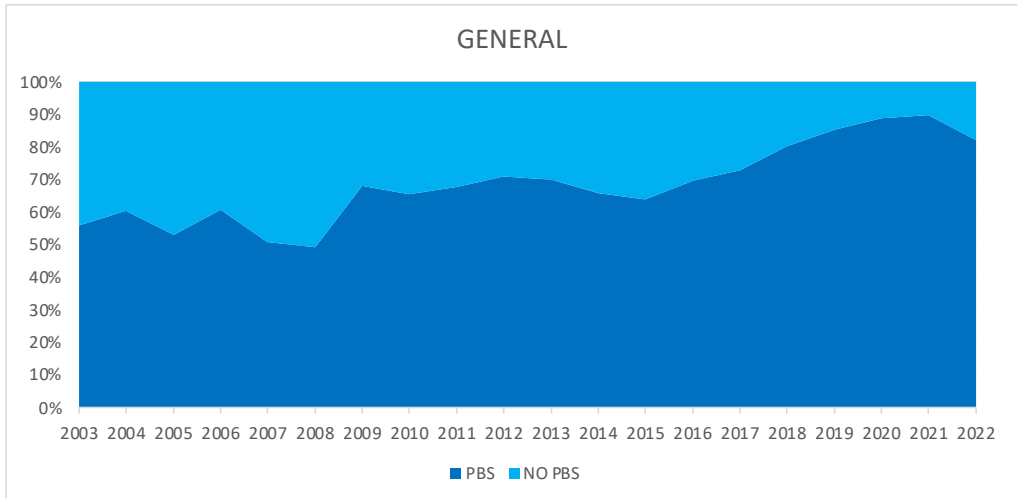
<sup>90</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, 2021, *Boletín de prensa N.º 1279 de 2021. Minsalud actualizó Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.*

ciente, la de sus familiares o la comunidad, permitiendo la financiación para la internación por el tiempo que el profesional tratante determine. Esto también aplica para los casos de mujeres víctimas de violencia sexual. El capítulo séptimo establece los servicios de atención paliativa.

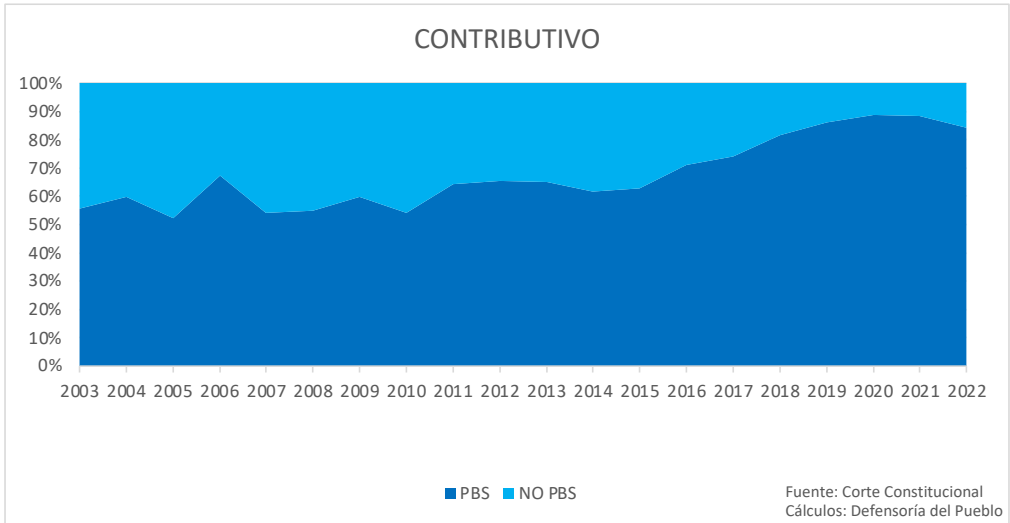
El cuarto título se enfoca en la cobertura preferente y diferencial de la población menor de 18 años. Está compuesto por tres capítulos: atención de menores desde la etapa prenatal hasta los seis años, la atención desde los seis

años a los 14 años y la atención desde los 14 hasta los 18 años. El título cinco se ocupa del transporte y traslado de pacientes, especificando explícitamente que los recursos de la UPC no cubren el traslado de cadáveres. En el sexto título, denominado “otras disposiciones”, se relacionan las coberturas especiales para la población indígena, el reconocimiento de los servicios no financiados por la UPC y el alto costo, entre otros. El séptimo y último título, relativo a disposiciones finales, engloba aspectos como la obligación de reportar información.

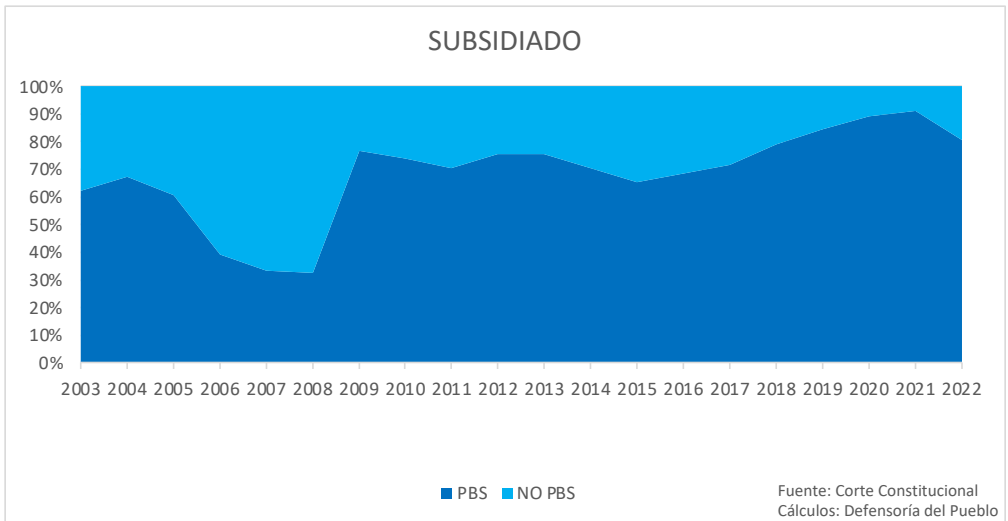
**Figura 13**  
**Evolución de las solicitudes de servicios de salud PBS en las tutelas (periodo 2003-2022)**



**Figura 14**  
**Evolución de las solicitudes de servicios de salud PBS en las tutelas del régimen contributivo (periodo 2003-2022)**

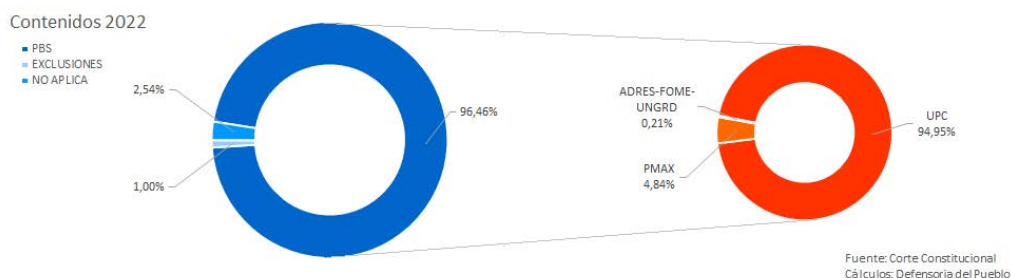


**Figura 15**  
**Evolución de las solicitudes de servicios de salud PBS en las tutelas del régimen subsidiado (periodo 2003-2022)**



Es importante destacar que en 2022 las solicitudes PBS fueron del 96,46 %, cifra superior en 1,14 puntos porcentuales que en 2021.

**Figura 16**  
**Solicitudes en el régimen contributivo y subsidiado en las tutelas de 2022**



Dado que las solicitudes PBS (96,46 %) fueron las más frecuentes en las tutelas, a continuación, se realiza un análisis más detallado de ellas.

), seguido por otros relacionados con salud, como transporte, viáticos y cuidadores con el 25,67 %, tratamientos integrales (14,27 %) y medicamentos (12,08 %) (ver tabla 35).

Dentro del PBS, el mayor porcentaje fue por solicitudes de servicios (45,48

**Tabla 35**  
**Solicitudes según PBS (año 2022)**

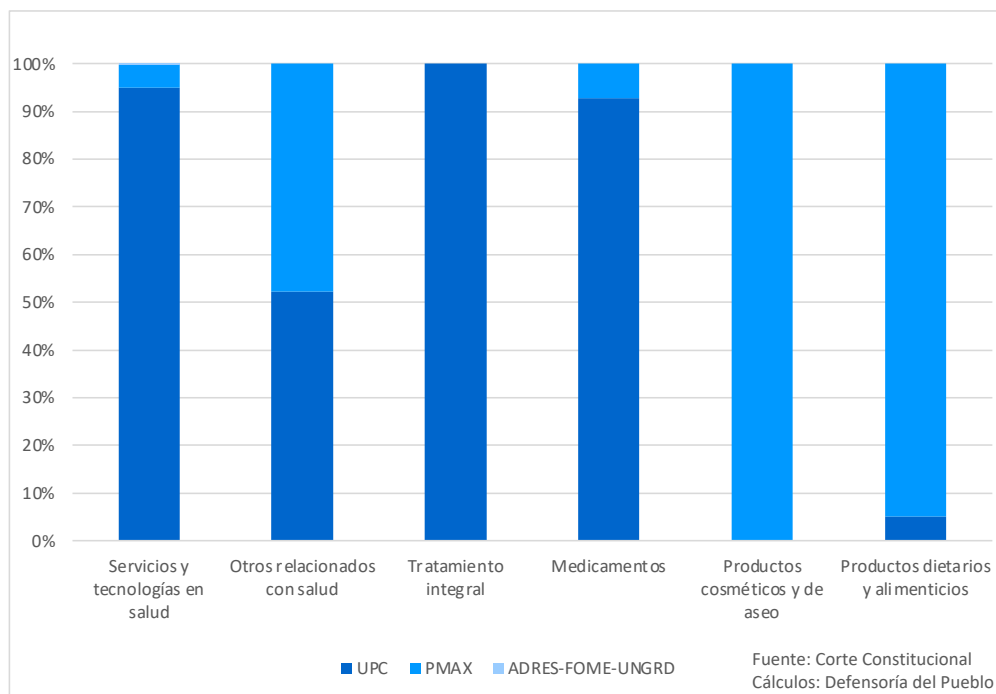
Contenidos	SOLICITUDES PBS							
	UPC		PMAX		ADRES-FOME-UNGRD		TOTALES	
	Part. vertical%	Part. horizontal %	Part. vertical%	Part. horizontal %	Part. vertical%	Part. horizontal %	Part. vertical%	Part. horizontal %
Servicios y tecnologías en salud	52,57	94,95	12,39	4,84	100	0,21	45,48	100
Otros relacionados con salud	16,35	52,31	68,94	47,69	-	-	25,67	100
Tratamiento integral	17,37	100,00	0,00	-	-	-	14,27	100
Medicamentos	13,65	92,84	4,87	7,16	-	-	12,08	100
Pañales y productos de aseo	0,00	-	9,02	100,00	-	-	1,60	100
Productos dietarios y alimenticios	0,06	5,18	4,77	94,82	-	-	0,89	100
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>82,14</b>	<b>100,0</b>	<b>17,76</b>	<b>100</b>	<b>0,10</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

Dentro de las solicitudes PBS, el 82,14 % estaban cubiertas por la UPC, cifra inferior a la observada en el año anterior. En una menor proporción (17,76 %), las solicitudes correspondieron a aquellas autorizadas a través de presupuestos máximos (PMA), aunque se obser-

va un incremento de estas en más de 8 puntos porcentuales, principalmente por solicitudes de transporte y viáticos para acompañantes. Solamente el 0,10 % correspondió a solicitudes de vacunas COVID-19 financiadas por la ADRES-FOME-UNGRD (ver tabla 35).

**Figura 17**  
**Solicitudes según PBS (año 2022)**



#### 2.6.2.1.2.1. CONTENIDOS EN SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS PBS

Dentro del PBS, el 94,95 % de los servicios solicitados en las tutelas fueron UPC. Las consultas médicas especializadas encabezaron la lista con el 30,39 % de las solicitudes, seguidas de las imágenes diagnósticas (10,79%) y los labo-

ratorios clínicos (9,47 %). Solamente el 4,84 % de las solicitudes correspondieron a PMA, donde los principales requerimientos fueron dispositivos médicos (prótesis y órtesis) y equipos biomédicos (bomba de insulina, de anestesia y el CPAP, entre otros).

Con relación a las citas médicas especializadas, las más frecuentes fueron: orto-

pedia, neurología, oftalmología, medicina interna, anestesiología, oncología, psiquiatría y urología, en ese orden.

En el caso de ortopedia, las solicitudes estuvieron relacionadas con politraumatismos, tanto para controles como para cirugías de retiro de material de osteosíntesis. La dilación en la asignación de citas para valoración por ortopedia, la programación de cirugía y la disponibilidad de material médico-quirúrgico sigue siendo la mayor dificultad.

En segundo lugar, se encontraron las solicitudes de imágenes diagnósticas con el 10,79 %, donde más de la mitad (51,89 %) correspondieron a técnicas de radiación no ionizante (resonancias magnéticas, ecografías y ecocardiogramas). El 37,77 % correspondió a técnicas de radiación ionizantes y las más frecuentes fueron las radiografías y tomografías computarizadas, que permiten diagnosticar enfermedades y lesiones sin ser invasivas.

En tercer lugar, se ubicaron las solicitudes de laboratorios clínico con el 9,02 %, entre las que se encuentran los hemogramas II, III y IV, el antígeno prostático, pruebas de función renal, pruebas de función hepática, tiempo de protombina y la hormona estimulante de tiroides (TSH).

Respecto a las solicitudes PMAX (4,84 %), las más frecuente fueron los dispositivos médicos (prótesis y órtesis), especialmente sillas de ruedas y coches neurológicos.



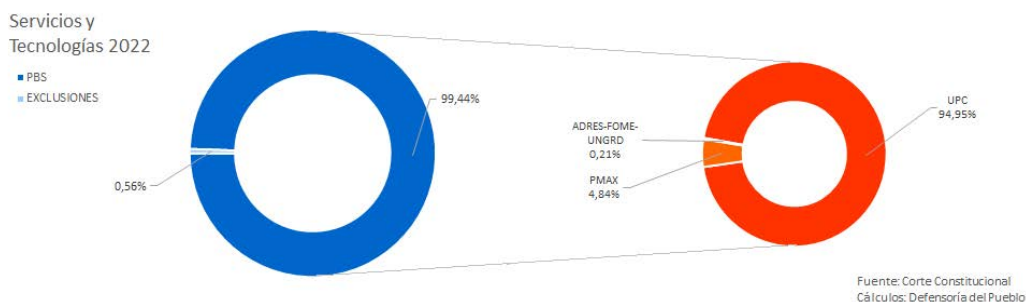
**Tabla 36**  
**Solicitudes de servicios y tecnologías PBS (año 2022)**

Servicios y tecnologías	UPC		PMB		PBS ADRES-FOME- UNGRD		TOTAL PBS	
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %
Servicio de consulta externa especializada	30,39	98,76	3,09	0,51	100,00	0,73	29,22	100
Imágenes diagnósticas	10,79	99,97	0,07	0,03	-	-	10,25	100
Servicio de laboratorio clínico	9,47	99,64	0,68	0,36	-	-	9,02	100
Servicio de consulta externa general - extramural	7,07	100,00	-	-	-	-	6,71	100
Dispositivos médicos y equipos biomédicos	1,22	21,94	85,27	78,06	-	-	5,29	100
Servicio de terapias	4,93	99,07	0,91	0,93	-	-	4,72	100
Servicio de consulta externa general intramural	4,29	100,00	-	-	-	-	4,08	100
Cirugía ortopedia	3,69	100,00	-	-	-	-	3,51	100
Electrofisiología	3,42	100,00	-	-	-	-	3,25	100
Insumos médicos	2,76	89,19	6,56	10,81	-	-	2,94	100
Cirugía oftalmología	1,70	100,00	-	-	-	-	1,62	100
Cirugía ginecológica	1,61	100,00	-	-	-	-	1,52	100
Cirugía general	1,54	100,00	-	-	-	-	1,47	100
Cirugía otorrinolaringología	1,34	100,00	-	-	-	-	1,27	100
Cirugía gastrointestinal	1,26	100,00	-	-	-	-	1,20	100
Servicio de quimioterapia	1,08	100,00	-	-	-	-	1,02	100
Transporte asistencial de pacientes	1,03	100,00	-	-	-	-	0,98	100
Cirugía urología	0,91	95,15	0,91	4,85	-	-	0,91	100
Urología pruebas	0,73	100,00	-	-	-	-	0,69	100
Otros	10,77	98,82	2,51	1,18	-	-	10,35	100
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>94,95</b>	<b>100,00</b>	<b>4,84</b>	<b>100</b>	<b>0,21</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.



**Figura 18**  
**Solicitudes de servicios y tecnologías PBS (año 2022)**



**2.6.2.1.2.2. CONTENIDOS EN OTROS RELACIONADOS CON SALUD**

En el 2022, el 100 % de estos contenidos estaban en el PBS, 52,31 % de los

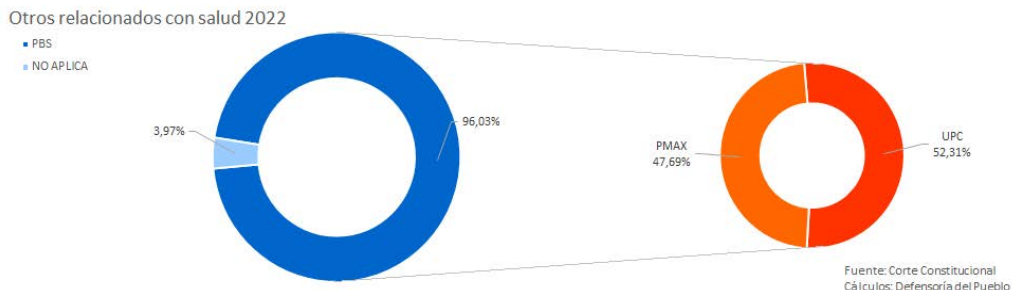
cuales estaba financiado por la UPC (principalmente por transporte y viáticos para el paciente) y el 47,69 % correspondía a PMAX (transporte y viáticos acompañantes y cuidadores) (ver tabla 37 y figura 19).

**Tabla 37**  
**Solicitudes de otros relacionados con salud PBS (año 2022)**

Otros relacionados con salud	UPC		PBS PMAX		TOTAL PBS	
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %
Transporte para el paciente	50,73	100,00	-	-	26,54	100
Viáticos para el paciente	44,69	100,00	-	-	23,38	100
Transporte para el acompañante	-	-	48,93	100,00	23,33	100
Viáticos para el acompañante	-	-	44,39	100,00	21,17	100
Cuidador	-	-	6,68	100,00	3,19	100
Traslado de paciente, portabilidad	4,58	100,00	-	-	2,40	100
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>52,31</b>	<b>48,93</b>	<b>47,69</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

**Figura 19**  
**Solicitudes de otros relacionados con salud PBS (año 2022)**



### 2.6.2.1.2.3. CONTENIDOS EN MEDICAMENTOS

Dentro del PBS, el 92,84 % de los medicamentos corresponde a la UPC. Entre los más solicitados se encuentran los antiinflamatorios (12,35 %), indicados para enfermedades como la osteoartritis, las lesiones osteomusculares y los síndromes dolorosos, entre otros. Les siguen los medicamentos a base de hormonas (7,96 %), que se subdividen en aquellas que detienen el crecimiento del cáncer, especialmente de mama y próstata, y las hormonas de suplencia como la levotiroxina (T3) para el hipotiroidismo y los estrógenos para el tratamiento de la menopausia. En tercer lugar están los hipertensivos (7,74 %) de primera generación, como el Losartán, Valsartán y Clonidina, entre otros.

De manera general, aparecen como los medicamentos más solicitados en las tutelas el acetaminofén, insulinas, atorvastatina, Losartán, Valsartán, Rituximab, factor de crecimiento y Levotiroxina.

En relación con los medicamentos PMAX (7,16 %), los más solicitados fueron las fórmulas magistrales y las vitaminas y minerales. Estos recursos no deberían ser negados, ya que también son girados de manera previa a las aseguradoras (ver tabla 38 y figura 20).



**Tabla 38**  
**Solicitudes de medicamentos PBS (año 2022)**

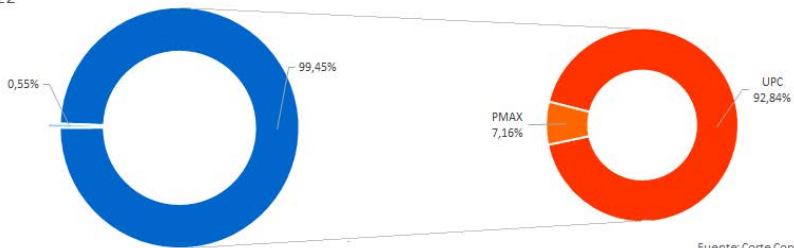
Medicamentos	PBS					
	UPC		PMAx		TOTAL PBS	
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %
Antiinflamatorios	12,35	98,12	3,07	1,88	11,69	100
A base de hormonas	7,96	98,88	1,17	1,12	7,47	100
Antihipertensivos	7,74	96,67	3,46	3,33	7,43	100
Vitaminas y minerales	6,85	92,73	6,96	7,27	6,86	100
Analgésicos	6,30	100,00	-	-	5,85	100
Antidiabéticos	5,98	100,00	-	-	5,55	100
Fórmulas magistrales	-	-	75,74	100,00	5,42	100
Anticonvulsivos	5,03	98,18	1,21	1,82	4,76	100
Hipolipemiantes	3,67	89,93	5,34	10,07	3,79	100
Anticoagulantes	3,83	100,00	-	-	3,56	100
Otros	40,28	99,42	3,06	0,58	37,62	100
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>92,84</b>	<b>100</b>	<b>7,16</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

**Figura 20**  
**Solicitudes de medicamentos PBS (año 2022)**

Medicamentos 2022

■ PBS  
■ EXCLUSIONES



Fuente: Corte Constitucional  
Cálculos: Defensoría del Pueblo

El desabastecimiento de medicamentos, al que se hizo referencia anteriormente, generó que los usuarios no recibieran oportunamente los medica-

mentos prescritos por los médicos tratantes, lo que llevó a que los pacientes recurrieran a la acción de tutela para obtener su suministro.

#### 2.6.2.1.2.4. CONTENIDOS EN OTRAS TECNOLOGÍAS (PAÑALES DESECHABLES) Y PRODUCTOS DE ASEO

En el 2022, las solicitudes PBS de otras tecnologías fueron financiadas a través

del PMAX. El 97,98 % de estas solicitudes correspondieron a pañales y solamente el 2,02 % fueron por lociones capilares, champú y jabones, solicitados por pacientes con especiales condiciones de salud, especialmente con enfermedades neuronales (ver tabla 37 y figura 21).

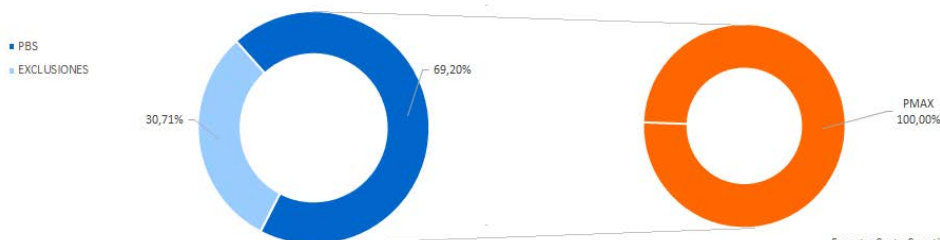
**Tabla 39**  
**Solicitudes de pañales y productos de aseo PBS (año 2022)**

Pañales y productos de aseo	PMAX		PBS		TOTAL PBS
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. horizontal %
Pañales	97,98	100,00	97,98		100
Champú y lociones capilares	1,01	100,00	1,01		100
Jabones	1,01	100,00	1,01		100
<b>Totales</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100</b>		<b>100</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

**Figura 21**  
**Solicitudes de pañales y productos de aseo PBS (año 2022)**

Pañales y Productos de Aseo 2022



Fuente: Corte Constitucional  
Cálculos: Defensoría del Pueblo

#### 2.6.2.1.2.5. CONTENIDOS EN SUPLEMENTOS DIETARIOS

En el 2022, las solicitudes de suplementos dietarios, todos financiados

por PMAX, fueron las sextas más frecuentes en las tutelas de salud. El 85,54 % de estas solicitudes estuvieron relacionadas con fórmulas lácteas, las cuales son necesarias para menores

de edad o adultos con desnutrición proteico-calórica o con enfermedad oncológica que requieren recuperación nutricional. El restante 14,46 % de las solicitudes correspondió a otros

suplementos dietarios específicos para pacientes con enfermedades renales, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o con diabetes.

**Tabla 40**  
**Solicitudes de productos dietarios y alimenticios PBS (año 2022)**

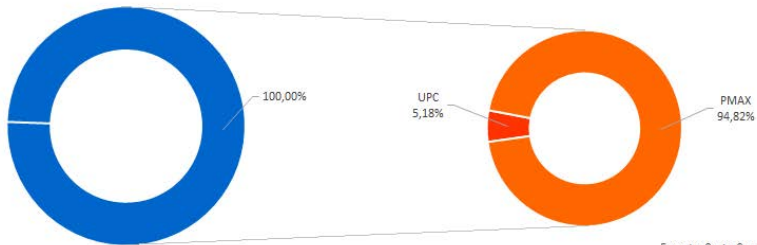
Productos dietarios y alimenticios	UPC		PBS PMAX		TOTAL PBS	
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %
Fórmulas lácteas	-	-	90,21	100,00	85,54	100
Otros suplementos dietarios	100,00	35,80	9,79	64,20	14,46	100
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>5,18</b>	<b>100,00</b>	<b>94,82</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

**Figura 22**  
**Solicitudes de productos dietarios y alimenticios PBS (año 2022)**

Productos Dietarios y Alimenticios 2022

■ PBS



Fuente: Corte Constitucional  
Cálculos: Defensoría del Pueblo

### 2.6.2.1.3. CONTENIDOS EN EXCLUSIONES

A pesar de que las exclusiones están taxativamente enumeradas en la Resolución N.º 2273 de 2021, que adoptó el listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, un escaso

número de ellas se solicitan por tutela (1 %). Los productos cosméticos y de aseo son los más requeridos, principalmente pañitos húmedos y cremas humectantes (Lubriderm).

En la Resolución N.º 2273 de 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social presentó una lista de 97 exclu-

siones en salud que, en el periodo del informe, no pueden ser financiadas con recursos públicos. Esta lista es resultado de la nominación realizada en el año 2020 de veinte (20) servicios y tecnologías de salud. Una vez sometidas a diferentes validaciones, fueron priorizadas para la fase de análisis técnico-científico seis (6) servicios y tecnologías de salud. Asimismo, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) evaluó con fines de exclusión 47 tecnologías de salud, 41 de las cuales correspondían a la vigencia 2019 y seis a la vigencia 2020.

En paralelo, los Grupos de Análisis Técnico-Científicos estudiaron la información de 55 tecnologías, correspondientes a las 47 evaluadas por el IETS y a ocho de vigencias anteriores. En resumen, se sometieron 57 tecnologías a la fase de consulta a pacientes potencialmente afectados y a la ciudadanía. De estas, 33 contaron con concepto y recomendación de exclusión en la fase 2 de 2019, y 24 obtuvieron el mismo concepto en 2020.

En consecuencia, se adicionaron cuarenta (40) servicios y tecnologías en salud a los 57 existentes en la Resolución N.º 244 de 2019. Estas adiciones se derivaron de la aplicación del procedimiento técnico-científico contemplado en la Resolución N.º 330 de 2017.



### 3. La tutela y el derecho a la seguridad social

La seguridad social en Colombia cuenta con doble reconocimiento: por un lado, como servicio público (artículo 49 de la Constitución Política) y, por otro, como derecho fundamental que garantiza la cobertura de las contingencias que afectan la vida de las personas, como la vejez y la incapacidad, entre otras.

En este sentido, la seguridad social cuenta con dos sistemas que buscan su protección: el Sistema General de Pensiones y el Sistema General de Riesgos Laborales. El primero se encarga de proteger los riesgos de vejez, invalidez y muerte a través del reconocimiento de las pensiones respectivas. El segun-

do previene, protege y atiende a los trabajadores en caso de riesgos derivados de sus labores, ya sea por accidentes de trabajo o enfermedades laborales, proporcionando las prestaciones asistenciales y económicas a las que haya lugar.

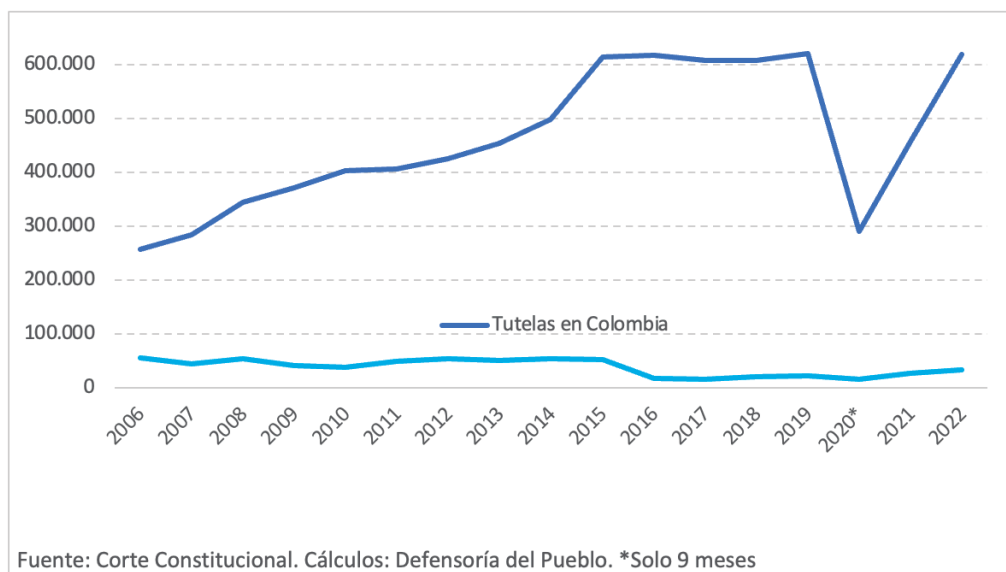
En el año 2022, el derecho a la seguridad social fue el sexto más invocado en las tutelas, y su participación fue del 5,37 %, similar a la registrada en 2021. En valores absolutos, se observó un aumento del 24,98 % en comparación con el año anterior. De las 33.247 acciones que invocaron este derecho, 3.646 también invocaron el derecho a la salud. Por lo tanto, para el análisis de este capítulo, solo se tuvieron en cuenta las tutelas que invocaron únicamente el derecho a la seguridad social sin considerar el derecho a la salud (29.601) (ver tabla 41 y figura 23). Estas tutelas experimentaron un incremento del 26,93 % con respecto al año anterior.

**Tabla 41**  
**Participación de las tutelas en seguridad social (periodo 2021-2022)**

Año	Total tutelas en Colombia	Seguridad social		Seguridad social sin salud	
		Tutelas	Part. en tutelas %	Tutelas	Part. en tutelas %
2021	456.438	26.602	5,83	23.321	5,11
2022	619.336	33.247	5,37	29.601	4,78
Variación		24,98 %		26,93 %	
<b>Total</b>	<b>1.075.774</b>	<b>59.849</b>	<b>5,56</b>	<b>52.922</b>	<b>4,92</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

**Figura 23**  
**Relación de las tutelas de seguridad social con respecto a las tutelas en general**



### 3.1. El derecho a la seguridad social y su relación con otros derechos

El derecho a la seguridad social es invocado en conjunto con el derecho de petición en el 24,97 % de los casos, seguido del derecho al mínimo vital (17,27 %) y al debido proceso (13,90 %) (ver tabla 42). Cabe destacar que el aumento en el número de tutelas relacionadas con la seguridad social junto con estos derechos obedece en gran medida a los plazos establecidos por Colpensiones

como respuesta a derechos de petición en asuntos relacionados con correcciones de historias laborales, los cuales, en ocasiones, superan los 90 días.



**Tabla 42**  
**El derecho a la seguridad social asociado a otros derechos**  
**(periodo 2021-2022)**

Derechos	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	%	N.º tutelas	%	
Seguridad social	23.321	100,00	29.601	100,00	26,93
Petición	5.513	23,64	7.391	24,97	34,06
Mínimo vital	4.917	21,08	5.113	17,27	3,99
Debido proceso	3.345	14,34	4.114	13,90	22,99
Dignidad humana	1.041	4,46	1.329	4,49	27,67
Vida	1.371	5,88	1.241	4,19	-9,48
Igualdad	1.370	5,87	1.232	4,16	-10,07
Trabajo	440	1,89	464	1,57	5,45
Estabilidad laboral reforzada	312	1,34	311	1,05	-0,32
Acceso a la justicia	225	0,96	237	0,80	5,33
Habeas data	110	0,47	116	0,39	5,45
Otros	145	0,62	186	0,63	28,28
<b>Total tutelas de seguridad social interpuestas*</b>	<b>23.321</b>		<b>29.601</b>		

\* Incluye el derecho a la salud.  
Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

### 3.2. Despachos judiciales y decisión en primera instancia

En general, si se suma el porcentaje de favorecimiento total, parcial y hecho superado en 2022, los juzgados les dieron la razón a los ciudadanos en primera instancia en el 60,36 % de los casos, cifra igual a la registrada en 2021. En decisión de primera instancia, los juzgados promiscuos del circuito son los que más favorecen a los tutelantes, con un 83,8 %; les siguieron los juzgados de familia del circuito (70,8 %), los juzgados civiles municipales (69,9 %), los juzgados penales municipales (69,2 %) y los juzgados laborales (65,9 %).

### 3.3. Lugar de origen de las tutelas de seguridad social

Al igual que en años anteriores, Bogotá fue la región en donde se interpuso el mayor número de tutelas relacionadas con la seguridad social, seguida por Antioquia, Valle del Cauca, Norte de Santander y Meta.

A continuación, se realiza un análisis detallado en los cinco departamentos con el mayor número de tutelas de seguridad social que no invocan el derecho a la salud. Luego, se hará una estandarización por número de habitantes y, finalmente, un análisis a nivel municipal.

### 3.3.1. Tutelas de seguridad social a nivel departamental

En el 2022, de las 29.601 tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social y que no invocaron el derecho a la salud, el 19,76 % se originaron en la ciudad de Bogotá; seguida de los departamentos de Antioquia (13,70 %), Valle del Cauca

(9,36 %), Norte de Santander (6,14 %) y Meta (6,05 %). En términos porcentuales, los mayores aumentos en el número de tutelas se observaron en Casanare, Caquetá, Magdalena, La Guajira, Cesar, Sucre, Nariño, Meta y Atlántico, con incrementos de más del 50%; mientras que Quindío, Cauca, Amazonas y Guainía presentaron disminuciones.

**Tabla 43**  
**Tutelas de seguridad social por departamento (periodo 2021-2022)**

Departamento	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Bogotá D.C.	4.549	15,37	5.848	19,76	28,56
Antioquia	3.323	11,23	4.054	13,70	22,00
Valle	2.553	8,62	2.770	9,36	8,50
Norte de Santander	1.377	4,65	1.817	6,14	31,95
Meta	1.179	3,98	1.792	6,05	51,99
Santander	1.319	4,46	1.675	5,66	26,99
Atlántico	1.088	3,68	1.644	5,55	51,10
Caldas	1.062	3,59	1.299	4,39	22,32
Risaralda	1.069	3,61	1.237	4,18	15,72
Bolívar	890	3,01	1.175	3,97	32,02
Magdalena	460	1,55	837	2,83	81,96
Huila	754	2,55	768	2,59	1,86
Tolima	576	1,95	723	2,44	25,52
Cesar	368	1,24	583	1,97	58,42
Cundinamarca	438	1,48	463	1,56	5,71
Nariño	298	1,01	453	1,53	52,01
Boyacá	346	1,17	416	1,41	20,23
Quindío	436	1,47	409	1,38	-6,19
Córdoba	297	1,00	377	1,27	26,94
Cauca	370	1,25	347	1,17	-6,22
Sucre	186	0,63	287	0,97	54,30
Casanare	99	0,33	212	0,72	114,14
La Guajira	63	0,21	109	0,37	73,02
Caquetá	51	0,17	102	0,34	100,00
Chocó	72	0,24	89	0,30	23,61
Arauca	44	0,15	56	0,19	27,27
Putumayo	25	0,08	32	0,11	28,00

Departamento	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
San Andrés	9	0,03	9	0,03	0,00
Guaviare	4	0,01	7	0,02	75,00
Amazonas	8	0,03	6	0,02	-25,00
Guainía	7	0,02	3	0,01	-57,14
Vaupés	1	0,00	1	0,00	0,00
Vichada	0	0,00	1	0,00	
<b>Total</b>	<b>23.321</b>	<b>78,78</b>	<b>29.601</b>	<b>100,00</b>	<b>26,93</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

### 3.3.1.1. Tutelas de seguridad social en Bogotá

Bogotá continúa con el mayor número de tutelas en seguridad social, con un incremento del 28,56 %. Las entidades con más acciones fueron Colpensiones (29,82 %), centros de servicios judiciales, juzgados y cortes (9,54 %), fuerzas militares y de policía (7,66 %), Seguros del Estado (7,64 %) y juntas de calificación de invalidez (6 %).

En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los bogotanos en el 34,46 % de las acciones, el 9,64 % fue decretado hecho superado, el 3,86 % fue concedido parcialmente, el 30,57 % fue declarado improcedente, y el 20,90 % de las tutelas fueron negadas.

### 3.3.1.2. Tutelas de seguridad social en Antioquia

Este departamento se convirtió en el segundo con más acciones de tutela que invocaron el derecho a la seguridad social en Colombia, presentando un incremento del 22 % con respecto al 2021. En 82 municipios se interpuso al menos

una tutela invocando este derecho. Medellín, con el 78,27 %, fue la ciudad con el mayor número de tutelas, seguida por Bello (2,98 %), Rionegro (2,57 %), Apartadó (2,49 %) e Itagüí (2,22 %). Las entidades más tuteladas fueron Colpensiones (39,84 %), las Juntas de Calificación de Invalidez (9,99 %), Porvenir (6,39 %) y Protección (5,43 %).

En relación con las decisiones en primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los antioqueños en el 48,27 % de los casos, y parcialmente, en el 3,72 %. Además, el 14,26 % de los casos fue hecho superado, el 21,09 % fue declarado improcedente y el 12,58 % de las acciones fueron negadas.

### 3.3.1.3. Tutelas de seguridad social en Valle del Cauca

Valle del Cauca fue el tercer departamento con más tutelas por violación al derecho a la seguridad social, y tuvo un incremento del 8,5 %. En 37 municipios se interpuso al menos una tutela invocando este derecho. Cali, con el 71,16 %, fue la ciudad con el mayor número de tutelas, seguida de Palmira

(8,34%), Tuluá (5,27%), Buga (3,65%) y Cartago (3,32%). Las entidades más tuteladas fueron Colpensiones (37,04%), Porvenir (8,12%), las juntas de calificación de invalidez (4,04%), Servicio Occidental de Salud (3,97%) y las fuerzas militares y de Policía (3,86%).

En el 40,79% de los casos, los jueces favorecieron totalmente a los vallecaucanos en la decisión de primera instancia, y de manera parcial, en el 3,68%. Fue declarado hecho superado el 11,23% de los casos; improcedentes, el 28,81%, y fueron negados el 14,98%.

#### *3.3.1.4. Tutelas de seguridad social en Norte de Santander*

La cuarta entidad territorial con más tutelas por violación al derecho a la seguridad social fue el departamento de Norte de Santander, con 1817 acciones y un incremento del 31,95% en comparación con el año 2021. En 15 municipios de esta entidad territorial se interpuso al menos una tutela por violación a este derecho. Cúcuta fue la ciudad con mayor participación (93,89%), seguida de Ocaña (2,64%), Pamplona (1,43%) y Los Patios (0,88%). Seguros del Estado fue la entidad con más tutelas (31,70%); le siguieron Colpensiones (12,82%), Previsora Seguros (9,58%), Mundial de Seguros (6,88%) y Positiva ARL (6,22%).

En el 69,73% de los casos, los jueces favorecieron totalmente a los nortesantandereanos en primera instancia, y de manera parcial, en el 0,83%. Fue declarado hecho superado el 10,13%

de los casos, improcedente, el 11,72%, y negado, el 7,54%.

#### *3.3.1.5. Tutelas de seguridad social en Meta*

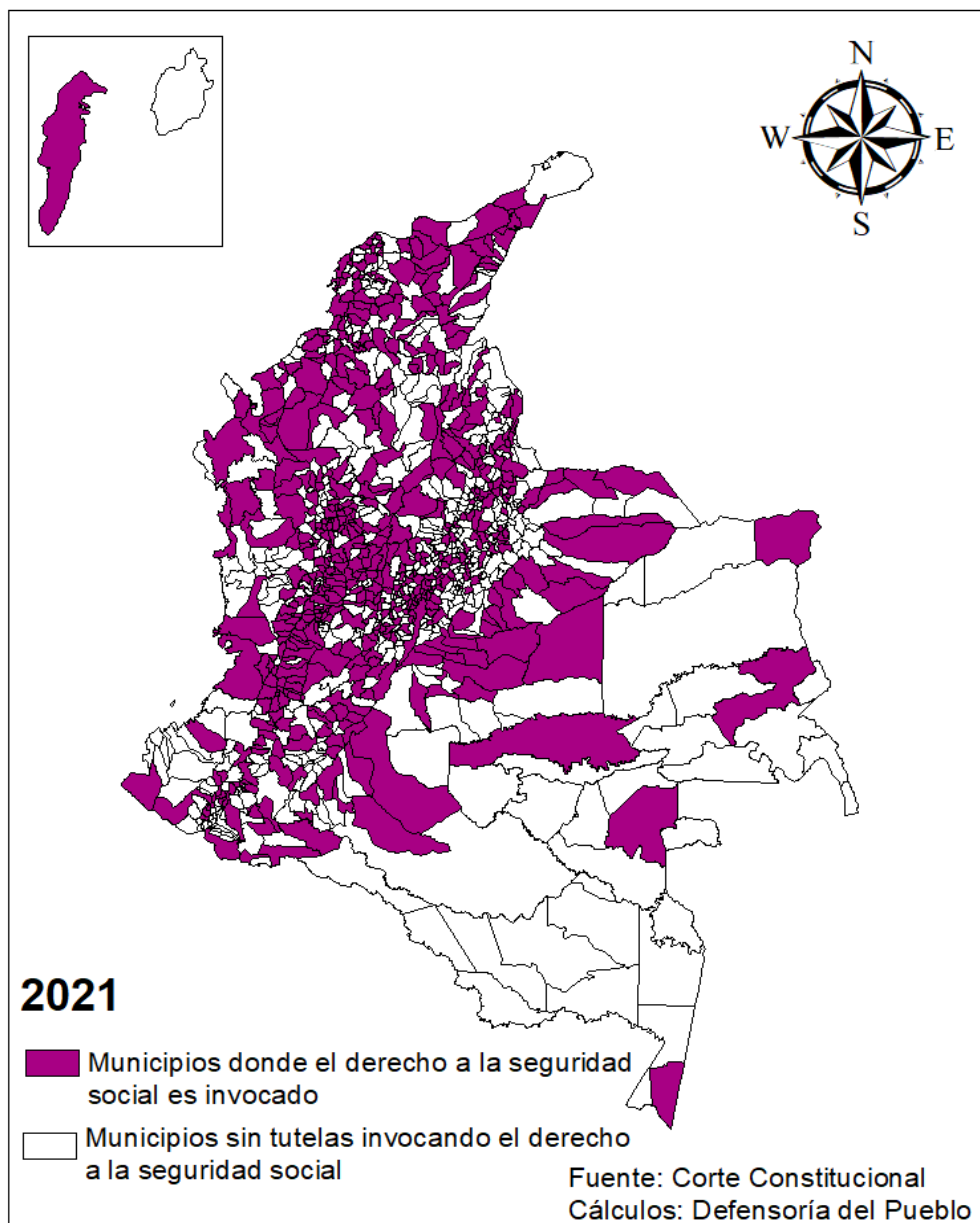
En el quinto lugar se ubicó el departamento del Meta, con 1792 tutelas y un incremento del 51,99%. En 24 municipios de esta entidad territorial se interpuso al menos una tutela que invocaba el derecho a la seguridad social. La ciudad de Villavicencio registró el mayor número de acciones (92,69%), seguida de Acacías (2,40%) y Granada (1,28%). Seguros del Estado (38,11%), Mundial de Seguros (16,46%), Colpensiones (6,31%), Axa Colpatria (5,58%) y La Previsora Seguros (5,08%) fueron las entidades más tuteladas en este departamento.

En primera instancia, los jueces favorecieron totalmente a los metenses en el 77,79% de los casos, y de manera parcial, en el 1%. Fue declarado hecho superado el 5,30% de los casos; improcedente, el 7,92%, y fue negado el 7,76%.

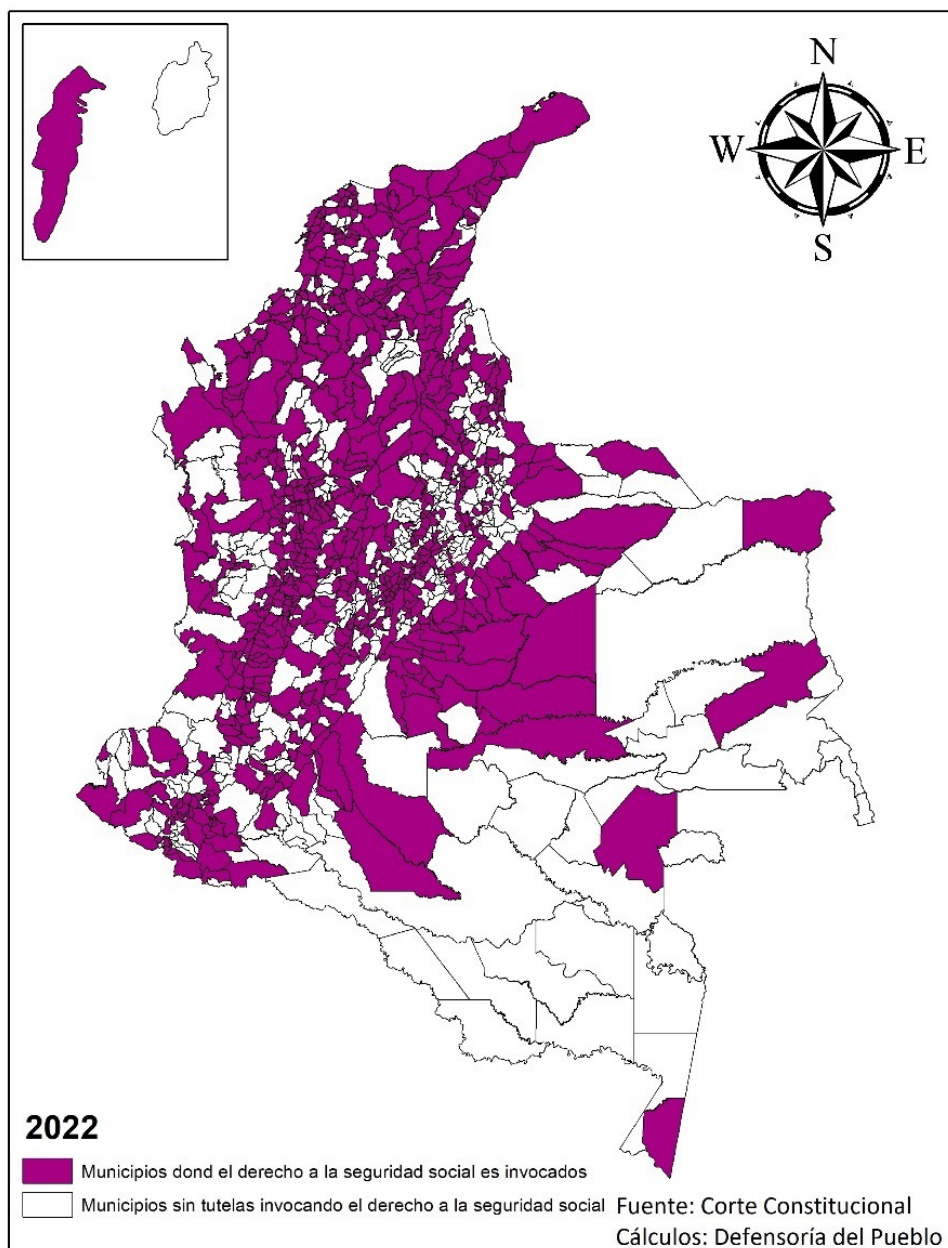
#### *3.3.2. Tutelas en seguridad social a nivel municipal*

En 570 municipios se interpuso al menos una tutela que invocaba el derecho a la seguridad social. Los municipios con el mayor número de tutelas fueron Bogotá (19,76%), Medellín (10,72%), Cali (6,66%), Cúcuta (7,76%) y Villavicencio (5,61%), las mismas entidades territoriales de 2021 (ver figuras 24 y 25).

**Figura 24**  
**Municipios con tutelas en seguridad social (año 2021)**



**Figura 25**  
**Municipios con tutelas en seguridad social (año 2022)**



### 3.4. Entidades con el mayor número de tutelas por el derecho a la seguridad social

Colpensiones fue la entidad más demandada, pues en su contra fueron interpuestas el 29,37 % de las acciones,

para un incremento del 18,65 % en relación con el 2021. A esta entidad le siguieron Seguros del Estado (10,20 %), las juntas de calificación de invalidez (5,37 %), el Fondo de Pensiones Porvenir (5,33 %) y las fuerzas militares y de policía (4,62 %) (ver tabla 44).

**Tabla 44**  
**Entidades más tuteladas por el derecho a la seguridad social (periodo 2021-2022)**

Entidades	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Colpensiones/ISS	7.409	24,69	8.813	29,37	18,95
Seguros del Estado S.A.	1.576	5,25	3.060	10,20	94,16
Juntas de calificación de invalidez	1.321	4,40	1.611	5,37	21,95
Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir	1.190	3,97	1.599	5,33	34,37
Fuerzas militares y de policía	1.130	3,77	1.386	4,62	22,65
Mundial de Seguros	842	2,81	1.130	3,77	34,20
Fondo de Pensiones y Cesantías Protección	795	2,65	1.095	3,65	37,74
Centro de servicios judiciales, juzgados, cortes y tribunales	604	2,01	724	2,41	19,87
La Previsora Seguros	609	2,03	638	2,13	4,76
Alcaldías	401	1,34	580	1,93	44,64
Nueva EPS	447	1,49	572	1,91	27,96
Colfondos-Citi	432	1,44	556	1,85	28,70
ARL Positiva	509	1,70	528	1,76	3,73
UGPP	453	1,51	522	1,74	15,23
ARL Sura	353	1,18	483	1,61	36,83
Seguros de Vida Colpatría	226	0,75	466	1,55	106,19
Fiduprevisora	163	0,54	321	1,07	96,93
Secretaría de Educación	216	0,72	318	1,06	47,22
Salud Total	199	0,66	284	0,95	42,71
Gobernaciones	226	0,75	269	0,90	19,03
Ministerios	259	0,86	267	0,89	3,09
Otras	4.395	14,65	4.788	15,95	8,94
<b>Total</b>	<b>23.755</b>	<b>79,16</b>	<b>30.010</b>	<b>100,00</b>	<b>26,33</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

#### 3.4.1. Tutelas de seguridad social contra Colpensiones

Durante el 2022, Colpensiones continuó como la entidad con el mayor

número de tutelas por el derecho a la seguridad social, con 8.813 acciones. Con relación a 2021, presentó un incremento del 18,95 %.

Las tutelas contra Colpensiones representaron el 29,37% de todas las acciones que invocaron este derecho. Las entidades territoriales en las cuales se interpuso el mayor número de acciones fueron Bogotá (20,23 %), Antioquia (18,74 %), Valle del Cauca (11,90 %), Santander (6,93 %) y Caldas (6,74 %). En 194 municipios se interpuso al menos una tutela; las ciudades con las mayores frecuencias fueron Bogotá (20,23 %), Medellín (15,60 %), Cali (9,10 %), Manizales (6,33 %) y Pereira (6,16 %). La decisión en primera instancia favoreció a los accionantes totalmente en el 45,34 % de los casos, y parcialmente, en el 3,76 %. Se declararon hechos superados el 9,05 % de las tutelas, improcedentes, el 27,22 %, y negadas, el 14,39 %.

Los principales motivos de las tutelas fueron, en su orden, pago de honorarios a juntas de calificación (15,4 %), reconocimiento de pensión de vejez (12,1 %), demora en la valoración o calificación de invalidez (11,5 %), corrección de historia laboral (11,2 %) y el incumplimiento del pago de mesadas pensionales (11 %).

### 3.4.2. Tutelas de seguridad social contra Seguros del Estado

Seguros del Estado es la segunda entidad que aparece como presunta vulneradora del derecho a la seguridad social, con una participación del 10,20 % (3.060 acciones) y un incremento del 94,16 %. Las entidades territoriales que interpusieron el mayor número de acciones fueron Meta (22,33 %), Norte de Santander (18,84 %), Bogotá (14,62 %), Atlántico

(7,82 %) y Tolima (4,35 %). En 134 municipios se interpuso al menos una tutela que invocaba este derecho. Las ciudades de Villavicencio (21,26 %), Cúcuta (18,18 %), Bogotá (14,62 %), Barranquilla (7,78 %) y Santa Marta (3,96 %) presentaron las mayores frecuencias. La decisión en primera instancia favoreció a los accionantes totalmente en el 88,98 % de los casos, y parcialmente, en el 0,62 %. Fue declarado hecho superado el 0,46 % de los casos e improcedente, el 6,51 %. El 3,34 % de las tutelas fueron negadas.

Los principales motivos de las tutelas fueron, en su orden, pago de honorarios a juntas de calificación (77,8 %), calificación de invalidez (13 %) y pago de otras prestaciones económicas (3,5 %).

### 3.4.3. Tutelas de seguridad social contra juntas de calificación de invalidez (JCI)

Las juntas de calificación de invalidez fueron las entidades que ocuparon el tercer lugar según el número de tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social, con 1.611 acciones y un incremento del 21,95 %. Las entidades territoriales con el mayor número de tutelas fueron Antioquia (25,28 %), Bogotá (21,95 %), Valle (6,99 %), Santander (4,31 %) y Risaralda (4,12 %). En 114 municipios se interpuso al menos una tutela contra esta entidad, y las ciudades con las mayores frecuencias fueron Medellín (22,28 %), Bogotá (21,91 %), Cali (5,06 %), Pereira (3,81 %) y Bucaramanga (3,68 %). La decisión en primera instancia favoreció a los accionantes totalmente en el 42,70



% de los casos, y de manera parcial, en el 2,25 %. En el 18,48 % de las tutelas fue declarado hecho superado, el 21,29 %, improcedente, y el 15,17 % fue negado.

#### 3.4.4. Tutelas de seguridad social contra el Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir

Porvenir fue la cuarta entidad con el mayor número de tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social, con un incremento del 34,37 % con respecto a 2021. Las entidades territoriales con el mayor número de tutelas interpuestas fueron Bogotá (20,84 %), Antioquia (16,56 %), Valle (14,49 %), Santander (5,37 %) y Risaralda (5,37 %).

En 172 municipios se interpuso al menos una tutela. Las ciudades con las mayores frecuencias fueron Bogotá (20,84 %), Medellín (12,50 %), Cali (9,46 %), Pereira (4,86 %) y Barranquilla (4,41 %). La decisión en primera instancia favoreció a los accionantes totalmente en el 32,74 % de los casos, y parcialmente, en el 4,28 %. El 11,83 % de las tutelas fue declarado hecho superado, el 34,27 %, improcedente, y el 16,62 % fue negado.

#### 3.4.5. Tutelas de seguridad social contra las fuerzas militares y de policía

Las fuerzas militares y de policía fue la quinta entidad con más tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social, con un incremento del 22,65

% con respecto a 2021. Las entidades territoriales con el mayor número de tutelas interpuestas contra las FF. MM. fueron Bogotá (32,32 %), Antioquia (8,08 %), Valle (7,72 %), Santander (5,99 %) y Norte de Santander (5,56 %).

En 106 municipios se interpuso al menos una tutela. Las ciudades con las mayores frecuencias fueron Bogotá (32,32 %), Medellín (6,13 %), Cali (5,70 %), Bucaramanga (5,41 %) y Cúcuta (5,12 %). La decisión en primera instancia favoreció a los accionantes totalmente en el 36,22 % de los casos, y parcialmente, en el 5,12 %. El 14 % de las tutelas fue declarado hecho superado, el 30,59 %, improcedente, y el 13,78 % fue negado.

### 3.5. Tipos de entidades demandadas en las tutelas que invocan el derecho a la seguridad social

El 41,2 % de las tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social se dirigió contra las administradoras de fondos de pensiones (AFP), las cuales aumentaron su frecuencia en 23,70 %, seguidas por las administradoras de riesgos laborales y las compañías de seguros (24,17 %), otras entidades del Estado (12,60 %) y las EPS (7,41 %).

**Tabla 45**  
**Tutelas en seguridad social según el tipo de entidad demandada**  
**(periodo 2021-2022)**

Tipos de entidades	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Administradoras de fondos de pensiones (AFP)	9.995	44,50	12.364	41,20	23,70
Administradoras de riesgos laborales y compañías de seguros	4.893	21,79	7.252	24,17	48,21
Otras entidades del Estado	3.092	13,77	3.782	12,60	22,32
EPS	1.958	8,72	2.223	7,41	13,53
Fuerzas militares y de policía	1.130	5,03	1.386	4,62	22,65
Entes territoriales	876	3,90	1.208	4,03	37,90
Instituciones prestadoras de salud (IPS)	202	0,90	251	0,84	24,26
Otros	314	1,40	1.544	5,14	391,72
<b>Total</b>	<b>22.460</b>	<b>100,00</b>	<b>30.010</b>	<b>100,00</b>	<b>33,62</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

### 3.5.1. Tutelas contra administradoras de fondos de pensiones (AFP)

En este grupo, Colpensiones fue la entidad con más tutelas (71,26%), con un incremento del 18,98%. Le siguieron el Fondo de Pensiones Porvenir (12,93

%), Protección (8,86%) y Colfondos (4,50%) (ver tabla 46). Las principales solicitudes en este grupo son pago de honorarios a juntas, reconocimiento de pensión de vejez, calificación de invalidez, pago de mesadas pensionales y corrección de historias clínicas.

**Tabla 46**  
**Tutelas en seguridad social contra administradoras de fondos de pensiones (AFP)**

Administradoras de fondos de pensiones	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Colpensiones	7.409	74,42	8.815	71,30	18,98
Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir	1.190	11,95	1.605	12,98	34,87
Fondo de Pensiones y Cesantías Protección	795	7,99	1.097	8,87	37,99
Colfondos-Citi	432	4,34	555	4,49	28,47
Fondos de pensiones públicas FOPEP, FONCEP/Fondos territoriales	81	0,81	104	0,84	28,40
Otros	48	0,48	188	1,52	291,67
<b>Total</b>	<b>9.955</b>	<b>100,00</b>	<b>12.364</b>	<b>100,00</b>	<b>24,20</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

### 3.5.2. Tutelas contra administradoras de riesgos laborales (ARL) y compañías de seguros

En este grupo, Seguros del Estado continúa como la entidad con más tutelas, con el 42,20 % del total y un incremento del 94,16 %. Le siguieron Mundial

de Seguros (15,58 %), Previsora Seguros (8,80 %), ARL Positiva (7,28 %) y Sura ARL (6,74 %) (ver tabla 47). Las principales solicitudes en este grupo son pago de honorarios a juntas, calificación de invalidez, pago de prestaciones económicas, certificaciones y pago de incapacidades.

**Tabla 47**

**Tutelas en seguridad social contra administradoras de riesgos laborales y compañías de seguros (periodo 2021-2022)**

ARL y compañías de seguros	2021		2022		Variación % en el promedio
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Seguros del Estado S.A.	1.576	32,21	3.060	42,20	94,16
Mundial de Seguros	842	17,21	1.130	15,58	34,20
La Previsora Seguros	609	12,45	638	8,80	4,76
ARL Positiva	509	10,40	528	7,28	3,73
Sura	353	7,21	489	6,74	38,53
Axa Colpatría	292	5,97	466	6,43	59,59
Seguros Bolívar	146	2,98	242	3,34	65,75
La Equidad Seguros de Vida	133	2,72	159	2,19	19,55
Liberty Seguros	146	2,98	152	2,10	4,11
Otros	287	5,87	388	5,35	35,19
<b>Total</b>	<b>4.893</b>	<b>100,00</b>	<b>7.252</b>	<b>100,00</b>	<b>48,21</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

### 3.5.3. Tutelas contra otras entidades del Estado

El grupo de otras entidades del Estado fue el tercero más tutelado. Aquí se incluyen las juntas de calificación

de invalidez, que fueron las que recibieron más tutelas y presentaron un incremento del 22,10 % (ver tabla 48).

**Tabla 48**  
**Tutelas en seguridad social contra entidades del Estado (periodo 2021-2022)**

Otras Entidades del Estado	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Juntas de calificación de invalidez	1.321	42,72	1.613	42,65	22,10
Centros de servicios judiciales, juzgados, cortes, tribunales	604	19,53	724	19,14	19,87
Unidad Administrativa Especial de Gestión y Parafiscales [UGPP]	453	14,65	522	13,80	15,23
Ministerios	258	8,34	267	7,06	3,49
Otros	456	14,75	656	17,35	43,86
<b>Total</b>	<b>3.092</b>	<b>100,00</b>	<b>3.782</b>	<b>100,00</b>	<b>22,32</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

#### 3.5.4. Tutelas contra EPS

Nueva EPS es la entidad con más tutelas en contra (25,73 %), para un incremento del 28,54 %, seguida de Salud Total (12,78 %), Sura (10,48 %), Fami-

sanar (8,95 %) y Sanitas (8,86 %) (ver tabla 49). Las principales solicitudes en este grupo son calificación de invalidez, pago de incapacidades, pago de honorarios a juntas, servicios médicos y pago de licencia de maternidad.

**Tabla 49**  
**Tutelas en seguridad social contra EPS (periodo 2021-2022)**

EPS	2021		2022		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Nueva EPS	445	22,73	572	25,73	28,54
Salud Total	198	10,11	284	12,78	43,43
Sura EPS	172	8,78	233	10,48	35,47
Famisanar	120	6,13	199	8,95	65,83
Sanitas	136	6,95	197	8,86	44,85
Otras	887	45,30	738	33,20	-16,80
<b>Total</b>	<b>1.958</b>	<b>100,00</b>	<b>2.223</b>	<b>100,00</b>	<b>13,53</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo.

### 3.6. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de seguridad social

El análisis de esta sección se realizó sobre una muestra representativa de 1.538 tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social, pero que no invocaron el derecho a la salud. Dicha selección se realizó a través de un muestreo aleatorio estratificado por departamento, con una confiabilidad del 95 % y un margen de error del 2 %. Los resultados que se presentan utilizan un factor de expansión en función de la misma variable de estratificación.

La información se extrae directamente de los expedientes digitalizados por los distintos juzgados que son enviados a la honorable Corte Constitucional. La cuantificación se hace con todas las solicitudes de cada una de las tutelas, ya que en una misma acción se puede presentar más de una solicitud con requerimientos diferentes.

En el 2022, las solicitudes referentes a la Seguridad Social crecieron en un 33,95 % con relación a 2021. Todos los ítems crecieron, excepto los pagos de incapacidad, los pagos de otras prestaciones económicas y las solicitudes de reintegros laborales, que disminuyeron en un 34,28 %, 34,64 % y 40,11 %, respectivamente.

Como ha ocurrido en los últimos años, la solicitud más frecuente en las tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social fue la “calificación de invalidez o valoración por pérdida de capacidad la-

boral”, que tuvo una participación del 32,71 % (ver tabla 50), con un aumento en los valores absolutos del 41,30 % en comparación con el 2021. Esto se debe principalmente a que los usuarios no están de acuerdo con el porcentaje de calificación otorgado inicialmente, a las trabas administrativas relacionadas con la no definición de la entidad competente para el trámite y su consecuente demora, así como a la negación al derecho a la valoración, entre otras.

En este sentido, es importante señalar que la normatividad existente impone que la invalidez sea calificada a través de una valoración médica de pérdida de la capacidad laboral, sin importar su origen (común o laboral). Esto se hace para determinar el porcentaje de afectación, el origen de la pérdida y la fecha de estructuración, garantizando así los derechos a la salud, a la seguridad social y, en muchos casos, a la vida y al mínimo vital.

En lo que respecta a los afiliados al SGSSS, la Corte Constitucional, en la Sentencia T-672 de 2016, estableció como reglas básicas para la actuación de las juntas de calificación de invalidez las siguientes:

- i) solo se pueden tramitar cuando las entidades han adelantado el tratamiento y la rehabilitación integral o cuando exista imposibilidad de ello, siendo indispensable anexar a la solicitud el certificado correspondiente;
- ii) la valoración del estado de salud debe ser completa, por lo que las

juntas están en la obligación de realizar el examen físico antes de elaborar y sustentar la ponencia;

iii) todas las decisiones adoptadas deben estar motivadas, se debe sustanciar los dictámenes con razones técnico-científicas; y

iv) el interesado puede controvertir la calificación o valoración médica de disminución de capacidad laboral (Decreto 2463 de 2001, artículos 11, 35 y 40).

Para el caso de las fuerzas militares, el Decreto 1796 de 2000, artículo 15, establece las funciones de las juntas médico-militares o de policía y el Acuerdo 48 de 2007 fija los lineamientos generales para la valoración y los parámetros de la calificación de la invalidez tanto para los miembros de la fuerza pública como para el personal civil de las fuerzas militares o del Ministerio de Defensa Nacional.

De igual manera, en la Sentencia T-873 de 2013, la Corte Constitucional fijó los parámetros para la realización de la calificación de la pérdida de la capacidad laboral a cargo de las entidades obligadas:

i) se deben considerar las condiciones específicas de cada persona, sin hacer diferencias por el origen (profesional o común) de la incapacidad;

ii) la valoración no solo debe realizarse como consecuencia directa de un accidente de trabajo o de una en-

fermedad, también opera respecto a enfermedades resultantes de enfermedades posteriores de ese accidente o de esa enfermedad;

iii) la valoración no está supeditada a un término perentorio, sino a las condiciones reales de salud del solicitante, del grado de evolución y del proceso de recuperación o rehabilitación; y

iv) se puede partir, no solo por el hecho de haber sucedido un accidente de trabajo o por el advenimiento de una enfermedad, sino por la situación de salud al momento de la solicitud de la valoración.

La segunda solicitud (en cantidad) en las tutelas que invocaron el derecho a la seguridad social fue el pago de honorarios a juntas de invalidez, con el 20,16 % y un crecimiento en su participación de 71,43 %, ocasionado por la negativa de las obligadas a cubrirlos al considerar que le corresponde a otra entidad. Es importante destacar que a pesar de que la Ley 1562 de 2012, artículo 17, estableció que los encargados de asumir el pago de los honorarios de las juntas de calificación de invalidez son las administradoras de fondos de pensión o las administradoras de riesgos laborales, el Decreto 2463 de 2001, artículo 50, señaló que el peticionario puede sufragar los honorarios y pedir su reembolso cuando se establezca el porcentaje de la pérdida de capacidad. Asimismo, la Corte Constitucional<sup>91</sup> ha establecido, en virtud del principio de solidaridad, que las aseguradoras también deben asumir este pago cuan-

do el beneficiario del seguro no cuenta con los recursos económicos.

En tercer lugar están las solicitudes de pago de mesadas pensionales, con el 5,65 %. Estas solicitudes presentaron un crecimiento del 25,17 %, debido a la revisión posterior de las pensiones, por las reclamaciones de herederos que no fueron reconocidos y por reconocidos, pero que no allegaron los documentos requeridos.

En cuarto lugar aparece la solicitud de reconocimiento de pensión de vejez, con un 5,44 % de participación, ocasionado principalmente por problemas en la historia laboral de los trabajadores y la demora de las AFP en la actualización.

En quinto lugar se ubican las solicitudes de pensión de sobrevivientes con el 4,71 % y un incremento del 34,95 %, debido a que no estaba probada la dependencia económica frente al causante, por existir un beneficiario con mejor derecho, o porque el fallecido no cumplía con las semanas de cotizaciones exigidas.

---

<sup>91</sup> Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-336 de 2020

**Tabla 50**  
**Solicitudes más frecuentes en las tutelas de seguridad social (periodo 2021-2022)**

Solicitudes	2021		2022		Variación %
	N.º Solicitudes	Part. %	N.º Solicitudes	Part. %	
Calificación de invalidez/valoración por pérdida de capacidad laboral	8.898	31,01	12.573	32,71	41,30
Pago de honorarios a juntas de invalidez	4.517	15,74	7.748	20,16	71,52
Pago de mesadas pensionales	1.733	6,04	2.171	5,65	25,28
Reconocimiento de pensión de vejez	1.836	6,40	2.090	5,44	13,84
Pensión de sobreviviente	1.342	4,68	1.811	4,71	34,94
Corrección de historia laboral	1.255	4,37	1.562	4,06	24,48
Indemnización sustitutiva	970	3,38	1.327	3,45	36,81
Pensión de invalidez	1.066	3,71	1.225	3,19	14,88
Certificaciones/entrega de documentos	663	2,31	1.207	3,14	82,03
Pago de incapacidades y licencias de maternidad	1.539	5,36	1.011	2,63	-34,28
Traslado de régimen pensional	584	2,04	832	2,16	42,44
Liquidación de bono pensional	699	2,44	709	1,84	1,45
Reliquidación pensional	371	1,29	698	1,82	88,08
Pago de otras prestaciones económicas	981	3,42	641	1,67	-34,64
Pago de aportes a seguridad social	461	1,61	609	1,59	32,19
Servicios médicos	401	1,40	518	1,35	29,07
Pago de salarios	242	0,84	313	0,81	29,25
Reintegro laboral	394	1,37	236	0,61	-40,11
Otros	743	2,59	1.157	3,01	55,72
<b>Total</b>	<b>28.695</b>	<b>100,00</b>	<b>38.437</b>	<b>100,00</b>	<b>33,95</b>

Fuente: Corte Constitucional.  
 Cálculos: Defensoría del Pueblo.



## CONCLUSIONES

El sistema de salud en Colombia presenta dificultades administrativas, financieras, operacionales, normativas y de contexto cultural, social y político. Estas dificultades conducen a que las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) no puedan garantizar a los residentes en el país el goce efectivo de salud al máximo nivel con calidad y oportunidad. Se evidencia escasez de talento humano sanitario, falta de insumos médicos, medicamentos, así como una infraestructura deficiente y falta de dotación sanitaria.

La disponibilidad de servicios de salud en todo el territorio nacional es deficiente, dado que su distribución no está ajustada geográficamente. Muchos de estos servicios se concentran en las grandes ciudades, mientras que en las zonas dispersas escasamente se encuentra un puesto de salud sin ninguna dotación y con poco personal, lo que genera barreras de acceso para los pobladores.

Existe una gran dificultad para establecer indicadores de eficiencia y eficacia del Sistema de Salud y Protección Social, debido a que el Sistema único de Información no es confiable por subregistro de datos provenientes de fuentes primarias y secundarias. Esto impide realizar un análisis técnico-científico

de la información que refleje la efectividad de la política de salud pública y su impacto sobre el perfil epidemiológico del país, lo que ayudaría a prevenir las muertes potencialmente evitables.

No existe la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (IHCE) como herramienta informática para el intercambio de datos clínicos y documentos en el curso de vida de cada persona, que ayuden a optimizar los resultados de la salud. Esto dificulta la prestación de servicios y aumenta los costos por la duplicidad de estudios clínicos.

En 2022, el acceso oportuno y efectivo a las tecnologías de salud requeridas por los usuarios fue la mayor dificultad que afrontaron los colombianos, a pesar de la gran cantidad de normatividad existente. Esto generó que miles de pacientes recurrieran a la superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo en busca de ayuda, la cual resultó insuficiente dada las demoras e interrupciones en los servicios de salud impuestas por las EAPB en todo el territorio nacional.

En 2022, se continuó con la liquidación de varias EPS, lo cual repercutió negativamente en la prestación de los servicios de salud. Millones de usuarios fueron trasladados a otras asegu-

doras sin que estas estuvieran preparadas para la atención de los mismos. Esto sucedió de manera abrupta, sin la infraestructura adecuada, sin ampliar la red de prestadores y sin personal médico suficiente, lo que resultó en una atención deficiente tanto para los nuevos usuarios como para los afiliados originales, afectando gravemente la calidad de la atención médica.

El desabastecimiento en medicamentos en el país fue otro factor que influyó en la continuidad en los tratamientos de los pacientes, pues las EAPB no pudieron entregar los fármacos prescritos por el médico tratante, lo cual afectó notablemente la salud de sus afiliados.

La acción de tutela continúa siendo el medio más eficaz y oportuno utilizado por los ciudadanos para hacer valer sus derechos fundamentales, especialmente el derecho a la salud. A continuación, se presentan los aspectos más importantes encontrados en el análisis sobre las solicitudes realizadas por los ciudadanos en el año 2022.

## *1. Tutelas en general*

La acción de tutela es un mecanismo de vital importancia en Colombia para proteger los derechos fundamentales. Desde su promulgación en 1991, se han interpuesto más de 9 millones de acciones en las cuales los ciudadanos han hecho valer sus derechos; sin embargo, también enfrenta desafíos relacionados con la congestión judicial y las barreras interpuestas por las entidades demandadas para su cumplimiento.

En el año 2022, se produjo un aumento significativo en la interposición de tutelas en el país, con un incremento del 34,22 % en comparación con el año 2021. Se presentó un total de 619.336 acciones, una cifra comparable a los registros observados antes de la pandemia del COVID-19.

Los derechos de petición, salud, debido proceso, vida, mínimo vital y seguridad social fueron los más invocados en las tutelas, tendencia que se ha mantenido en los últimos años. En 2022, en el 47,58 % de los casos se invocó el derecho de petición, lo que sugiere que las autoridades, tanto públicas como privadas, no están dando respuestas claras y oportunas a los ciudadanos, como lo ordena la normatividad vigente.

El número de tutelas aumentó en la mayoría de los municipios colombianos. En 1.088 de ellos se interpuso al menos una tutela en 2022 por presunta vulneración de un derecho fundamental. Bogotá lideró su interposición con 133.244 casos, lo que indica la necesidad de proteger los derechos fundamentales en todo el territorio nacional y debe ser una prioridad del Gobierno.

Las cinco regiones con el mayor número de tutelas en Colombia fueron Bogotá (21,55 %), Antioquia (15,76 %), Valle del Cauca (9,86 %), Santander (5,45 %) y Norte de Santander (4,99%). Sin embargo, al aplicar el indicador de “número de tutelas por cada 10.000 habitantes”, Caquetá, al igual que en 2021, nuevamente fue el departamento con el indicador más alto, seguido de Caldas, Norte de Santander, Bogotá y Risaralda.

En general, los jueces dan totalmente la razón a los tutelantes en el 38,71 % de los casos, lo que, sumado a la concesión parcial y al hecho superado, logra una pertinencia del 67,71 %. En el caso del derecho a la salud y el derecho a la vida, este porcentaje aumenta a 87,30 % y a 80,76, respectivamente, por lo que se constituyen como los derechos más protegidos por la justicia colombiana.

Las entidades con más tutelas en el país fueron los centros de servicios judiciales, juzgados, cortes y tribunales, con el 9,18 %, principalmente por vulneraciones al debido proceso. Les siguieron las oficinas de tránsito y similares (6,93 %), en donde el principal derecho invocado fue petición, y la Nueva EPS con el 6,02 %, por vulneraciones al derecho a la salud.

## 2. Tutelas en salud

El derecho a la salud fue el segundo derecho más invocado en las tutelas de 2022, con 156.413 acciones. Su participación fue del 25,25 %, lo que indica que una cuarta parte de las tutelas en Colombia lo incluye en sus reclamaciones. Durante este año presentó un incremento del 69,10 % con relación a 2021 y en valores absolutos fue la quinta frecuencia más alta desde 1991.

En primera instancia, las tutelas que invocaron el derecho a la salud presentaron el 63,96 % de favorecimiento total. Esto, sumado al 16,90 % que se constituyeron como hecho superado y al 7 % de concesión parcial, evidencia el alto nivel de pertinencia y proceden-

cia de la acción de tutela para acceder a este derecho. Es de anotar la dificultad que se presenta para su cumplimiento, ya que en muchas ocasiones las EAPB desconocen el fallo judicial, llevando a los pacientes a interponer desacatos, en los cuales también se observa un alto volumen de desobediencia.

En cuanto a distribución geográfica, Antioquia lideró con el mayor número de tutelas en salud, con 27.866 y una participación del 17,82 %. Le siguieron Valle del Cauca (11,16 %), Bogotá (9,5 %), Norte de Santander (8,04 %) y Caldas (6,33 %). El indicador nacional de “número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes” fue de 30,31, cifra superior en un 67,26 % a la observada en el 2021. El departamento de Arauca nuevamente presentó el indicador más alto, seguido de Caldas, Norte de Santander, Amazonas y Risaralda. En todas las regiones se observó un incremento significativo, tanto en el número absoluto de tutelas como en el indicador, y en muchas áreas dispersas los usuarios empiezan a hacer uso de este mecanismo de protección a pesar de las limitaciones, en gran parte, debido a presencia de algunas instituciones como la Corte Constitucional, la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo.

En 1.020 municipios se interpuso al menos una tutela que invocaba el derecho a la salud. La falta de infraestructura adecuada, la carencia de centros de salud, la ubicación geográfica y la escasez de profesionales de salud han ampliado la cobertura geográfica para la interposición de tutelas.

Con la liquidación de Medimás y Coomeva, la Nueva EPS, Sanitas, Sura EPS y Salud Total se constituyeron como las entidades con el mayor número de acciones por vulneración al derecho fundamental a la salud en 2022. Esto se debe en gran parte al número de usuarios que fueron trasladados a estas entidades y a la falta de ampliación de infraestructura y de red de prestadores en algunas regiones. En total, las EPS agrupan el 77,85 % de las tutelas de salud que invocaron el derecho a la salud.

Teniendo en cuenta el indicador de “número de tutelas por cada 10.000 afiliados”, las EPS con los índices más altos fueron Savia Salud, Ecoopsos, Emssanar, Asmet Salud y Nueva EPS.

Las IPS con más tutelas son las que prestan servicios al sistema de salud del Magisterio, como Cosmitet (9,64 %), Redvital/Summimedical (6,21 %) y Avanzar Médico/Foscal (5,72 %). Sin embargo, en las dos primeras se observan disminuciones importantes del 71,29 % y 29,81 %, respectivamente. Con relación a las IPS públicas, el Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta es el más tutelado.

Las secretarías de salud municipales incrementaron el número de tutelas en un 26,24 % y las de mayor frecuencia, sobre todo por la afluencia de migrantes, fueron las de Cúcuta, Medellín, Cali, Bogotá y Ocaña.

Los regímenes de salud de las fuerzas militares y de policía, así como del Magisterio, presentan problemas si-

milares a los observados en el SGSSS, especialmente en lo que respecta a las dificultades para la asignación oportuna de citas médicas especializadas, la no entrega de medicamentos y la realización de imágenes diagnósticas y cirugías, lo que se agrava debido al sistema de contratación.

Las tutelas contra los servicios de salud prestados a la población privada de la libertad tuvieron un incremento del 63,53 %, especialmente por barreras para la atención de medicina especializada extramural, tratamientos, exámenes y entrega de medicamentos. El mayor número de acciones correspondieron a demandas localizadas en los departamentos de Boyacá (11,07 %), Valle del Cauca (9,96 %), Santander (9,5 %), Cauca (8,94 %) y Tolima (8,61 %).

Las acciones contra las administradoras de riesgos laborales y compañías de seguros presentaron un incremento del 32,11 % y la ARL Positiva continúa como la entidad con el mayor número de acciones, con un 36,75 %, seguida de Sura ARL (19,44 %), Seguros del Estado (10,26 %) y seguros de vida Colpatria (9,17 %).

En el caso de las administradoras de fondos de pensiones, también se observó un crecimiento en las tutelas de salud del 15,19 %. Colpensiones fue el fondo más demandado de este grupo, con el 72 % de las acciones.

Los cinco diagnósticos más frecuentes en las tutelas de 2022 fueron tumores y neoplasias (12,87 %), enfermedades

del sistema osteomuscular (10,81 %), enfermedades del sistema circulatorio (9,57 %), traumatismos, envenenamientos y consecuencias de causa externa (8,11 %) y enfermedades del aparato genitourinario (7,57 %).

El tumor maligno de mama fue el cáncer más frecuente (12,83 %), seguido por el tumor maligno de próstata (8,93 %), tumor maligno de la glándula tiroidea (5,58 %), tumor maligno de colon (5,37 %) y tumor maligno de la piel (4,24 %).

En el grupo de enfermedades del sistema osteomuscular, las tutelas relacionadas con la artrosis de rodilla fueron las más frecuentes, con el 14,16 %, seguida por dorsalgia (10,50 %), otras artrosis (9 %), lesiones del hombro (8,42 %) y osteoporosis (7,95 %).

En cuanto al sistema circulatorio, los diagnósticos de enfermedades cerebrovasculares (23,24 %) fueron los más frecuentes, seguidos de hipertensión arterial (9,51 %), venas varicosas de miembros inferiores (8,86 %), enfermedad isquémica del corazón (7,83 %) y enfermedad cardíaca hipertensiva (6,68 %).

En 2022, el promedio de solicitudes por tutela aumentó a tres, especialmente por mayores requerimientos de pacientes de alto costo (cáncer, renales y neurológicos). Las solicitudes más frecuentes en las tutelas fueron los servicios y tecnologías de salud (46,64 %), con un incremento del 86,27 % respecto a 2021. Le siguieron las solicitudes

relacionadas con viáticos, transporte y cuidadores, con un 23,91 % y un incremento superior al 100 %, así como las solicitudes de tratamiento integral (13,32 %) y medicamentos (11,16 %).

Dentro de las solicitudes de servicios y tecnologías de salud, las más comunes incluyeron la oportunidad en consulta externa especializada, con el 29,01 %, seguida de las imágenes diagnósticas (10,19 %) y los servicios de laboratorio clínico (8,97 %).

Las diez (10) citas médicas especializadas más solicitadas fueron ortopedia (10,25 %), oftalmología (6,12 %), neurología (5,98 %), medicina interna (4,61 %), fisioterapia (4,51 %), anestesiología (4,32 %), psiquiatría (4,27 %), medicina laboral (4,19 %), oncología (3,92 %) y urología (3,60 %).

El 96,46 % de las solicitudes correspondieron al PBS (incluyen los métodos de financiación UPC, PMAX y ADRES), el 1 % a exclusiones y el 2,54 % a otras solicitudes. Dentro del PBS, el 82,14 % correspondió a solicitudes financiadas por la UPC, el 17,76 % por PMAX y el 0,10 % por el ADRES-FOME-UNGRD.

Los porcentajes más altos de financiación por la UPC correspondieron a tratamientos integrales (100 %), servicios y tecnologías en salud (94,95 %) y medicamentos (92,84 %). Por otro lado, los que mayoritariamente son financiados por PMAX son pañales y productos de aseo (100 %), y suplementos dietarios y nutricionales (94,82 %).

Los medicamentos PBS más solicitados en las tutelas fueron los antiinflamatorios (11,69%), como Aflibercept, Brimonidina, Diosmina y Latanoprost oftálmico. Le siguieron los fármacos a base de hormonas (7,47%), entre ellos, levotiroxina, toxina botulínica, pancreatina, factor de crecimiento epidérmico recombinante humano y bicalutamida. Otro grupo correspondió a los antihipertensivos (7,43%), entre los cuales están Valsartán solo o combinado, Losartán, Irbesartán, Olmesartán y Amlodipino. Las vitaminas y los minerales fueron solicitados en el 6,86% de los casos, siendo la vitamina D3, el ácido fólico, el hierro sacarosa, el hierro carboximaltosa y el carbonato de calcio los más requeridos. En el último lugar se ubicaron los analgésicos (5,85%), siendo los más representativos el acetaminofén, la dexmedetomidina, la hioscina y la oxycodona.

Los viáticos y el transporte, tanto para el paciente como para el acompañante, tuvieron un incremento considerable durante 2022, debido a que los pacientes son remitidos a lugares distantes de su lugar de residencia y muchos de ellos carecen de recursos económicos para sufragar los costos.

### *3. Tutelas en seguridad social*

El derecho a la seguridad social fue el sexto más invocado en las tutelas y su participación fue del 5,37%, similar a la observada en 2021, aunque su frecuencia aumentó un 24,98%.

En primera instancia, las tutelas que contenían el derecho fundamental a la seguridad social tuvieron un porcentaje de favorecimiento total, parcial y por hecho superado, en conjunto, del 60,36%.

Bogotá fue la región en donde se interpuso el mayor número de tutelas en seguridad social, con el 19,76%, seguida por Antioquia (13,70%), Valle del Cauca (9,36%), Norte de Santander (6,14%) y Meta (6,05%). En 570 municipios se interpuso al menos una tutela que contenía este derecho y Bogotá, Medellín, Cali, Cúcuta y Villavicencio fueron las 5 ciudades más recurrentes.

Colpensiones, con el 29,37%, fue la entidad más demandada, registrando un incremento del 18,95% en comparación con el año 2021. Le siguieron Seguros del Estado (10,20%), juntas de calificación de invalidez (5,37%) y el Fondo de Pensiones Porvenir (5,33%).

Las solicitudes más frecuentes incluyeron la calificación de invalidez o valoración por pérdida de capacidad laboral (32,71%), el pago de honorarios a juntas de invalidez (20,16%), pago de mesadas pensionales (5,65%), reconocimiento de pensión de sobrevivientes (4,71%) y corrección de historias laborales (4,06%).

# RECOMENDACIONES

En este apartado es importante mencionar que la Defensoría del Pueblo, con ocasión a las recomendaciones realizadas en el estudio anterior basado en datos del año 2021, ofició al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Educación Nacional, al Ministerio de Trabajo, a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), al Consejo Superior de la Judicatura, a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), a la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud (Gestarsalud), a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) y a la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), con el fin de conocer el alcance de dichas recomendaciones y de estudiar las medidas adoptadas para atenderlas. Se obtuvo respuesta de la mayoría de las entidades, con excepción del Ministerio del Trabajo, EPS afiliadas a Gestarsalud, la UARIV, la ACHC y el Consejo Superior de la Judicatura.

En este sentido, en primer lugar, se presentarán las recomendaciones derivadas de los resultados del presente estudio (2022), entre las que se incluyen

nuevas y se reiteran aquellas que no se cumplieron. En segundo lugar, se proporcionará una breve descripción de las respuestas recibidas en relación con las recomendaciones de 2021, con el fin de evaluar el grado de compromiso de las entidades en la resolución de las problemáticas evidenciadas que ocasionaron las acciones de tutela.

## *1. Recomendaciones del estudio de 2022*

### **1.1. Al Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud):**

a. Reglamentar la metodología de coberturas del plan de beneficios en relación con aquellos servicios que generan el mayor número de tutelas y que, según la corte constitucional, se encuentran en el marco de los servicios y tecnologías que, al no estar expresamente excluidos, se entiende incluidos, como es el caso del derecho al transporte, la enfermería domiciliaria y el suministro de pañales e insumos, entre otros. Es importante mencionar que, según la Corte, las reglas jurisprudenciales son obligatorias para todas las aseguradoras en salud y deben ser aplicadas sin necesidad de que los usuarios

acudan a la acción de tutela, ya que esta, en ningún momento, se puede convertir en un trámite más para acceder a los servicios requeridos.

b. Realizar un estudio sobre el impacto de las estrategias implementadas para garantizar el cumplimiento de las actividades de salud pública y de intervenciones colectivas, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Este estudio es fundamental para determinar su efectividad.

c. Implementar, en el marco de la política pública en salud, los modelos de atención con enfoque diferencial, atendiendo las características regionales.

d. Reglamentar lo establecido en el artículo 2.10.4.10 del Decreto 1652 de 2022, respecto a fijar los montos de los copagos y cuotas moderadoras. Esta reglamentación debe tener en cuenta la capacidad de pago de los cotizantes y la ampliación del rango de las categorías establecidas, en virtud de los principios de equidad y progresividad.

e. Realizar un estudio donde se establezca el porcentaje de cobertura de cada una de las Rutas Integrales de Prestación de Servicios, frente a los afiliados de las EAPBS, con el fin de identificar las barreras que impiden el acceso efectivo a los servicios de salud.

f. Reforzar las medidas implementadas para garantizar la atención en

salud en condiciones de accesibilidad y calidad. Además, se deben implementar medidas que aseguren la integralidad, continuidad y capacidad de resolución en la prestación de servicios de salud. Esto ayudará a solventar las limitaciones y problemas en la prestación de los servicios de salud relacionados con la fragmentación, inexistencia o insuficiencia de la oferta y la baja capacidad resolutoria, entre otros factores.

g. Trabajar y fortalecer los desarrollos técnicos y normativos de la atención primaria en salud, en la que el prestador primario apoye los procesos de gestión integral del riesgo en el componente individual; y las entidades territoriales, en el marco de su competencia, garanticen el cuidado primario en salud en los diferentes ámbitos y entornos.

h. Promover y exigir la acreditación de prestadores de servicios de salud, atendiendo a lo establecido en las resoluciones 066 y 1328 de 2021, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

i. Operar la plataforma PAIWEB de tal modo que permita agilizar las operaciones derivadas del Plan Nacional de Vacunación, a través de planes de trabajo y contingencias que ayuden a abordar la problemática evidenciada.

j. Implementar, monitorear y evaluar las políticas públicas que existen y que pretenden resolver las causas



de la falta de oportunidad e integralidad en el sistema de salud, con el fin de encontrar el obstáculo que impide solventar dichos problemas.

k. Evaluar el cumplimiento de las EPS en el suministro de medicamentos que no están incluidos en el plan de beneficios. Esto debe hacerse a través de la estrategia de presupuestos máximos.

l. Establecer mecanismos que permitan garantizar una efectiva participación ciudadana, no solo en los procesos de actualización del PBS y de exclusiones, sino en todos los que puedan afectar a los ciudadanos. Instaurar procesos claros de convocatoria en los que se garantice la participación de todos los implicados, quienes deben ajustarse a las condiciones del territorio donde se van a realizar los procesos.

m. Ejecutar los procesos que garanticen la formalización del personal del sector de la salud. Es necesario no solo proyectar, sino ejecutar.

n. Materializar, luego del proceso de revisión que han adelantado a la política de talento humano en salud, para superar la problemática generada por el déficit de especialistas médicos, a fin de ampliar los cupos para estos profesionales y aprobar, si es necesario, una política de formación de especialistas que se concentre en médicos generalistas y otros profesionales de la salud en el interior del país.

o. Ampliar los programas de becas y créditos justos para que más profesionales de la salud puedan especializarse.

p. A pesar de que los procesos de contratación se rijan por las normas previstas, es necesario que se garantice el acceso a la información y la transparencia en todos los procesos que se adelanten para la selección y contratación de personal de salud. Esto favorecería la igualdad de oportunidades y la meritocracia.

q. Promover el diálogo y la colaboración armónica entre el sector público y el privado en materia de salud, para identificar y atender las necesidades del talento humano en este ámbito.

r. Establecer un sistema de financiación de investigación en salud, en el que se asigne un presupuesto anual para esta actividad.

s. Revisar y establecer, si es necesario, un mecanismo para la población privada de la libertad (PPL) que permita la administración de medicamentos al operador intramural en los eventos de interés para la salud pública, como la tuberculosis, ya que esa responsabilidad se le confiere a la EAPB a la que la persona se encuentre afiliada, lo que genera problemas en la atención.

t. Establecer términos para la conciliación de cuentas médicas entre los actores del Sistema General de Se-

guridad Social en Salud, de tal manera que se asegure la operatividad del sistema y que, por lo tanto, el flujo de los recursos deje de ser una causa de vulneración del derecho a la salud.

u. Publicar anualmente el impacto que ha tenido la política de salud pública sobre el perfil epidemiológico del país.

v. Realizar un estudio considerativo en el que argumente la razón por la cual está o no de acuerdo con la separación de la Superintendencia Nacional de Salud del Ministerio de Salud. Este estudio debe analizar, entre otros, los posibles impactos positivos o negativos de dicha separación.

w. Crear y generar mecanismos efectivos de acceso a programas de formación y capacitación continua para el personal de salud. Esto garantizará que estén actualizados y puedan brindar un servicio de calidad.

x. Reglamentar los tiempos de oportunidad para la prestación de los diferentes servicios de salud, especialmente los de medicina especializada, considerando, entre otros, la urgencia con la cual se requieran y la atención preferente. Así mismo, establecer límites mínimos y máximos de tiempos de oportunidad para la prestación de servicios y los mecanismos inmediatos que las personas podrán utilizar para garantizar la atención oportu-

na en caso de incumplimiento de dichos límites.

y. Evaluar la propuesta de la USPEC con respecto a replantear el esquema de cobertura y aseguramiento que beneficia a la PPL, como se diseñó en el Decreto 2245 del 2015. Si es viable, se deben revisar las fallas evidenciadas y adoptar medidas al respecto.

z. Realizar un estudio de mercado sobre aquellas tecnologías en salud requeridas para la detección temprana de enfermedades y que en la actualidad son insuficientes para el número de población. Esto debe hacerse en coordinación con las aseguradoras para verificar cuáles son sus necesidades y adoptar medidas que les permitan acceder a ellas.

aa. Adoptar protocolos y medidas para los traslados masivos de usuarios de EPS en liquidación, asegurando con antelación que la población trasladada tendrá redes de prestadores de servicios de salud que garanticen la continuidad en sus tratamientos, así como oficinas de atención al usuario presenciales.

bb. Adoptar medidas efectivas para evitar el desabastecimiento de medicamentos.

cc. Implementar y poner en ejecución la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (IHCE) como herramienta informática para el intercambio de datos clínicos y

documentos en el curso de vida de cada persona, con el fin de optimizar los resultados de la salud.

dd. Fortalecer y ampliar la disponibilidad de servicios de salud en todo el territorio nacional, ajustando la distribución geográfica, especialmente en las zonas dispersas.

ee. Fortalecer el sistema único de información del sistema de salud para generar indicadores confiables con la mayor captación de datos de las fuentes primarias y secundarias.

ff. Medir el impacto que está generando la política de salud pública sobre los indicadores epidemiológicos.

gg. Realizar análisis técnico-científico de la información en salud con enfoque de salud pública, estableciendo líneas de investigación de importancia epidemiológica que respalden estrategias para prevenir la mortalidad potencialmente evitable.

## **1.2. Al Ministerio de Educación Nacional (MEN):**

a. Hacer seguimiento a la política de formación de talento humano debido a la persistencia del déficit de especialistas médicos, con el objetivo de buscar estrategias que permitan aumentar la disponibilidad de cupos, mediante la aprobación, si es necesario, de una política de formación de especialistas que se concentre en médicos generalistas y otros profesionales de la salud en el interior del país.

b. Continuar con el proceso para otorgar las acreditaciones correspondientes (previo cumplimiento de las políticas asignadas para tal caso), para que más universidades del país puedan ampliar su oferta educativa en programas de salud, como medicina, áreas de especialidad, enfermería y otras disciplinas relacionadas con la salud.

c. Garantizar los recursos que le permitan a los profesionales del área de la salud acceder a becas o créditos a cero intereses para especializarse, con el objetivo de aumentar la disponibilidad de personal médico y de salud calificado en Colombia. Se deben ofrecer becas (población vulnerable) y/o estímulos económicos a estudiantes de medicina, enfermería y otras carreras relacionadas con la salud, para que se gradúen y se incorporen a la prestación de servicios de salud en áreas donde exista una demanda latente de profesionales.

d. Fomentar la investigación en salud a través de la creación de espacios y la asignación de recursos, para que los profesionales de la salud puedan desarrollar nuevas técnicas y tratamientos.

## **1.3. A la Superintendencia Nacional de Salud (SuperSalud):**

a. Impartir instrucciones a las aseguradoras con respecto al cumplimiento de la Ley Estatutaria de Salud y las distintas sentencias emitidas por la Corte Constitucional, especialmente

te en relación con la metodología de coberturas del plan de beneficios que pasó de explícito a implícito. Por lo tanto, se consideran como parte del plan todos aquellos servicios y tecnologías que no se encuentran expresamente excluidos, especialmente en temas que generan el mayor número de tutelas, como el derecho al transporte, el suministro de pañales, insumos, entre otros (Sentencias SU-508 de 2020, T-015 de 2021, T-122 de 2021, T-298 de 2021, SU-309 de 2021, T-338 de 2021, etc.). Es importante mencionar que, según la Corte, las reglas jurisprudenciales son obligatorias para todas las aseguradoras en salud, y se deben aplicar sin necesidad de que los usuarios acudan a la acción de tutela, ya que esta, en ningún momento, se puede convertir en un trámite más para acceder a los servicios requeridos.

b. Hacer seguimiento a los programas de detección temprana de la enfermedad y de promoción y prevención de la salud que adelantan las EAPB e iniciar procesos investigativos en caso de incumplimiento.

c. Llevar a cabo investigaciones contra las EAPB que incumplan con la obligación de caracterizar a la población afiliada para la gestión efectiva del riesgo y aplicar las sanciones a que haya lugar. Además, se debe hacer un seguimiento a las medidas adoptadas por las aseguradoras, que permitan realizar una efectiva gestión del riesgo.

d. Realizar un estudio pormenorizado de las causas que conducen a las barreras más frecuentes de acceso a los servicios de salud y que tienen categorizadas, especialmente las relacionadas con la falta de oportunidad y la negación de los servicios. Adoptar las medidas pertinentes para evitar que estas barreras se sigan presentando.

e. Realizar seguimiento a las EAPB para que cumplan con los tiempos de oportunidad en la prestación de los servicios de salud. Establecer ítems específicos de seguimiento e investigar y sancionar a quienes incumplan.

f. Adelantar las acciones a las que haya lugar contra las aseguradoras de salud que nieguen las tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios de Salud a los usuarios. Además, establecer acciones que permitan que estas conductas no se repitan.

g. Continuar con el saneamiento de las deudas del sector de la salud y vigilar el cumplimiento de los acuerdos. En el mismo sentido, adoptar medidas, realizar seguimiento y sancionar a aquellas que de manera reiterada falten a los compromisos adquiridos.

h. Investigar y sancionar a las IPS que nieguen servicios habilitados, incluyendo el de urgencias, precisando datos sobre cada uno de ellos. Además, revisar las prácticas que pongan en riesgo la atención en sa-

lud de la población más vulnerable y adoptar medidas para eliminar dichas prácticas.

i. Diseñar estrategias para proteger las IPS y los proveedores de servicios de las EAPB liquidadas, con el objetivo de evitar su liquidación y consecuente pérdida de instituciones clave para la disponibilidad de servicios de salud en el sistema.

j. Realizar seguimiento a las EAPB para que garanticen la contratación de las redes integrales e integradas de servicios de salud, verificando su disponibilidad y suficiencia para la atención de los afiliados.

k. Realizar seguimiento a las rutas de atención de los pacientes con diagnósticos de enfermedades de alto costo, catastróficas o ruinosas y enfermedades huérfanas. Al respecto, establecer medidas específicas que permitan su concreción y cumplimiento.

l. Monitorear los procesos que se adelantan en los traslados masivos de usuarios por liquidación de las EPS, para que se le garantice a la población trasladada redes de prestadores de servicios, continuidad en los tratamientos (procedimientos, entrega de medicamentos, realización de exámenes, etc.) y oficinas de atención al usuario de carácter presencial.

m. Vigilar y adoptar medidas efectivas para abordar el desabastecimiento

de medicamentos.

n. Adoptar acciones frente a las EAPB que no responden a los llamados que realiza la UPSEC, el INPEC, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia, para resolver los problemas que presenta su población afiliada privada de la libertad.

o. Hacer seguimiento a los modelos de atención implementados por las EAPB para la atención de la población afiliada que se encuentra privada de la libertad.

p. Monitorear los canales de comunicación que las EAPB tienen disponibles para que sus usuarios reciban información sobre el proceso para la atención en salud.

q. Supervisar y regular que se cumpla con el porcentaje mínimo de contratación establecido en la Ley 1122 de 2017 entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen subsidiado y las Empresas Sociales del Estado (ESE).

r. Resolver las controversias generadas en el marco de los mecanismos establecidos en el Decreto 441 de 2022, incorporado al Decreto 780 de 2016, para garantizar el correcto flujo de los recursos de salud.

#### 1.4. A la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES):

a. Detallar la información estadística sobre procesos adelantados por cada una de las medidas establecidas para el pago oportuno de los servicios en salud prestados a cargo del Estado, con el fin de verificar su efectividad.

b. Continuar con las sesiones de trabajo adelantadas con las entidades recobrantas, con el fin de garantizar la transparencia en los procesos que desarrolla la entidad.

c. Seguir con la implementación del *Manual operativo y de auditoría a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC*, en especial para los cobros realizados por las EPS, con el fin de evitar las cuentas por servicios no prestados, pero facturados, y aquellos que no tengan pertinencia médica.

#### 1.5. A las aseguradoras de salud:

a. Garantizar el cumplimiento de las actividades de salud de carácter individual, es decir, las relacionadas con los programas de detección temprana, prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Aportar indicadores que permitan evaluar la efectividad o el impacto de las medidas adoptadas al respecto.

b. Garantizar las atenciones en salud contenidas en el PBS (que incluye UPC, techos máximos y ADRES), con disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad. Señalar indicadores que evalúen la efectividad de las medidas implementadas

c. Asegurar la red de prestadores de servicios en salud en las entidades territoriales que cuentan con población afiliada, para garantizar condiciones de accesibilidad y calidad. En este sentido, deberán determinar de forma clara su red de prestadores de servicios de salud en los territorios en los que opera, aportar cifras sobre las condiciones de accesibilidad y calidad con las que cuenta la población afiliada y establecer cuáles son las principales dificultades en la red, así como las medidas para superarlas.

d. Hacer seguimientos individualizados a personas con patologías graves y de alto costo que enfrentan problemas de atención en salud, de manera que se garantice la integridad y continuidad en sus tratamientos y procedimientos. Se debe construir una estadística detallada de los pacientes afiliados que se encuentran llevando tratamientos de patologías graves y de alto costo, realizando una caracterización por patología y detallando la calidad de la prestación de los servicios de salud, tasas de recuperación, efectividad en tratamientos y demás información relevante para evidenciar que se están haciendo los seguimientos respectivos.

e. Generar mecanismos efectivos que permitan la entrega total y oportuna de los medicamentos ordenados por los profesionales tratantes a cada uno de los afiliados. Aportar datos exactos y estadísticas que permitan establecer la efectividad de las medidas adoptadas.

f. Asegurar el trato digno y humano de los pacientes y sus familias. Aportar estadísticas sobre las medidas adoptadas y la satisfacción del usuario.

g. Eliminar todo tipo de barreras de acceso (administrativas, geográficas y económicas) impuestas a los usuarios o a sus familiares. Aportar datos sobre la efectividad de las medidas que se implementen.

h. Adoptar medidas que eviten el traslado injustificado de pacientes a otras IPS cuando la IPS donde se encuentra ofrece los servicios requeridos y garantizar así una atención integral. Aportar datos que señalen la efectividad de las medidas.

i. Cumplir con la implementación de procesos y herramientas para el agendamiento estandarizado, oportuno y confiable de citas, así como la autorización integral de servicios que garanticen la oportunidad en el acceso a los servicios y tecnologías en salud. Establecer indicadores que garanticen su efectividad.

j. Establecer un modelo de atención para los afiliados pertenecientes a

la PPL acorde al establecido por el Fondo Nacional de Salud para la PPL, con el fin de garantizar la atención en salud a esta población con criterios de calidad y oportunidad. Si cuentan con el modelo, aportar datos que midan su impacto para establecer su efectividad y realizar las mejoras correspondientes.

k. Articular con el INPEC, la USPEC y la Fiduprevisora el modelo de atención propuesto para sus afiliados privados de la libertad, de modo que sea operativo con el modelo de salud previsto para las personas privadas de la libertad. Señalar actividades adelantadas para que esto suceda.

l. Publicar anualmente el mapa de riesgos de su población con las estrategias diseñadas para superarlos en un medio masivo de comunicación.

m. Trabajar en conjunto con la USPEC, el INPEC, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia para mejorar las condiciones en las cuales se encuentran las personas no afiliadas al Fondo Nacional de la PPL en condición de privación intramural, asegurándoles el acceso oportuno, continuo y de calidad al sistema de salud.

## **1.6. A los prestadores de servicios de salud:**

Dado que no se recibió respuesta y considerando que la problemática persiste, se reiteran las siguientes recomendaciones:

- a. Garantizar la prestación de los servicios que tienen habilitados con calidad y oportunidad.
- b. Fortalecer las redes de servicios especializados para la atención integral de los pacientes.
- c. Implementar el trato adecuado y humanizado hacia los pacientes.
- d. Cumplir con la norma de infraestructura hospitalaria y sanitaria para la prestación adecuada de los servicios de salud.
- e. Ampliar la oferta de servicios de salud.

### **1.7. Al Consejo Superior de la Judicatura (CSJ):**

Debido a la persistencia de la problemática y a la falta de respuesta sobre avances en las recomendaciones anteriores, se reiteran las siguientes:

- a. Crear un sistema de información que permita realizar la trazabilidad de los incidentes de desacato para garantizar el derecho tutelado.
- b. Ordenar a los jueces de la República hacer efectivas, adelantando las actuaciones a las que haya lugar, las órdenes judiciales impartidas en sus providencias que hayan sido objeto de incidentes de desacato.
- c. Exhortar a los jueces de la República a que alimenten el sistema de

información reportando los incidentes de desacato, así como el trámite y el resultado final.

### **1.8. Al Ministerio de Trabajo (MinTrabajo):**

Dado que no se recibió respuesta y considerando que la problemática persiste, se reiteran las siguientes recomendaciones:

- a. Realizar el seguimiento y la verificación de los fines esenciales de la política pública de talento humano en pro de garantizar la formalización laboral del personal al servicio del sector salud.
- b. Promover el respeto por el derecho fundamental al trabajo del talento humano en salud.
- c. Realizar seguimiento a los tiempos establecidos para que las juntas regionales emitan el dictamen de calificación de incapacidad laboral.

d. Revisar los obstáculos evidenciados en el presente estudio que llevan a los usuarios a acudir a la interposición de acciones de tutela y tomar las medidas pertinentes para superarlos y evitar la vulneración de los derechos fundamentales a la salud y a la seguridad social.



### **1.9. A la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV):**

Debido a la persistencia de la problemática y a la falta de respuesta sobre avances en las recomendaciones anteriores, se reiteran las siguientes:

- a. Cumplir con las obligaciones derivadas de la Ley 1448 de 2011 y con los demás decretos reglamentarios, en relación con el pago de indemnizaciones a la población víctima del conflicto armado.
- b. Dar respuestas de fondo, congruentes y con oportunidad a los derechos de petición presentados en virtud de sus funciones.

### **1.10. Al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC):**

- a. Adoptar medidas que garanticen la prestación efectiva del servicio de salud de la población a cargo de la USPEC, que no está afiliada al SGSSS, especialmente en el acceso a los servicios de medicina especializada, procedimientos, medicamentos e insumos.
- b. Establecer jornadas de atención básica en salud intramural que permita la atención primaria en salud, así como actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

c. Trabajar con el Ministerio de Salud y Protección Social en la revisión o implementación de normativas que permitan superar las dificultades a las que se enfrentan los no afiliados al fondo Nacional de Salud de la PPL.

d. Coordinar, en conjunto con las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud (EAPB e IPS) y los regímenes especiales, actividades que permitan hacer operativo el modelo de salud previsto para las personas privadas de la libertad, con el objetivo de que se les garantice la prestación de los servicios de salud de manera digna, continua y oportuna.

## *2. Análisis de respuestas a las recomendaciones de 2021*

### **2.1. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud):**

En el estudio de 2021 se hicieron las siguientes recomendaciones:

- (i) Garantizar el cumplimiento de las actividades de salud pública y de intervenciones colectivas con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; (ii) Implementar los modelos de atención en el marco de la política pública en salud, que debe tener un enfoque diferencial con base en las características regionales; (iii) Revisar y

ampliar el rango de las categorías establecidas para el pago de cuotas moderadoras y copagos según la capacidad de pago de los cotizantes, en virtud de los principios de equidad y progresividad; (iv) Regular la oferta de los servicios en salud de los prestadores de servicios, de tal manera que se garantice la disponibilidad, accesibilidad y calidad en la atención de los servicios demandados; (v) Operativizar la plataforma PAIWEB para que agilice las operaciones derivadas del Plan Nacional de Vacunación; (vi) Diseñar, implementar y monitorear las políticas públicas que se requieran para resolver las causas de la falta de oportunidad e integralidad en el sistema de salud; (vii) Actualizar el manual tarifario adoptado mediante el Decreto 2423 de 1996 e incluir las tarifas y procedimientos que no se encuentran en dicho documento; (viii) Evaluar el cumplimiento de las EPS en el suministro de los medicamentos no incluidos en el plan de beneficios con la implementación de la estrategia de presupuestos máximos; (ix) Garantizar la participación ciudadana en todos los procesos implementados tanto para la actualización del PBS como para el de exclusiones; y en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional: (x) Revisar de manera prioritaria la política de formación de talento humano en salud, y ampliar los cupos para la formación de especialistas teniendo en cuenta las necesidades del país; y (xi) Generar incentivos para el desarrollo del talento humano en salud, de tal manera que se garantice cobertura a nivel nacional.

Frente a la recomendación “a”, manifiesta que lideró la construcción participativa del procedimiento técni-

co-científico de exclusiones entre 2015 y 2017, en el que tuvieron en cuenta las recomendaciones de expertos, pacientes, ciudadanos y otros actores. Señala que en cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, se ha incrementado gradualmente el conjunto de tecnologías y servicios financiados con recursos de la UPC, considerando criterios legales y jurisprudenciales, como la carga de enfermedad, el perfil epidemiológico, la disponibilidad de recursos y los medicamentos extraordinarios.

En cuanto a la actualización de los servicios y tecnologías financiados con la Unidad de Pago por Capitación (UPC), indica que no existe un procedimiento administrativo establecido, sino que se determina mediante estrategias anuales, considerando las tecnologías previamente financiadas con presupuestos máximos. El proceso de actualización integral reconoce los criterios y disposiciones establecidos en las leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se desarrolla a través de diversas fases, como la identificación y selección de tecnologías, evaluación por parte del IETS, selección para inclusión, toma de decisiones por la autoridad competente y disponibilidad en el sistema de salud colombiano. Las tecnologías nominadas deben completar todas las fases del proceso para recibir financiación con cargo a la UPC. Como resultado de este proceso, desde el 2013 a la fecha, se tiene la inclusión de 1693 tecnologías de salud y la aclaración de financiación de otras 1953. Indica que los beneficios del sistema de salud en Colombia incluyen todas las tecnologías de salud autorizadas,

excepto aquellas que cumplan con los criterios de exclusión establecidos en la Ley Estatutaria de Salud.

Con relación a los temas que generan el mayor número de tutelas, que es el objeto de la recomendación, como el derecho al transporte, la enfermería domiciliaria, el servicio del cuidador, el suministro de pañales e insumos, entre otros, manifiesta que según el artículo 9 de la Ley Estatutaria de Salud N.º 1751 de 2015, los determinantes sociales de la salud deben ser financiados con recursos diferentes a los destinados a los servicios y tecnologías de salud. Igualmente, manifiesta que el transporte del paciente ambulatorio puede ser financiado a través de la Unidad de Pago por Capitación en municipios con prima adicional por dispersión geográfica. El alojamiento en casas de paso está financiado para comunidades indígenas a través de la Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena. El cuidador y los elementos de aseo, como pañales y pañitos húmedos, no están contemplados como servicios de salud y deben ser financiados con recursos diferentes.

Preocupa la última aseveración del Ministerio, ya que es contraria a la jurisprudencia constitucional respecto al derecho al transporte, a la enfermería domiciliaria y al suministro de pañales, entre otros, pues esta ha considerado que están incluidos en el PBS, lo que genera el incremento de mecanismos de protección constitucional.

Respecto a la recomendación “b”, informan que en el marco de la Resolu-

ción 3280 de 2018 se establecieron lineamientos técnicos y operativos para la atención integral de la salud y definieron las intervenciones colectivas como actividades dirigidas a grupos poblacionales para promover la salud y gestionar el riesgo, basadas en evidencia y prioridades de salud territoriales. A partir de estos lineamientos, se formularon estrategias para diferentes entornos, como el hogar, educativo, laboral, comunitario e institucional, buscando promover entornos saludables y desarrollar habilidades y competencias en las personas, familias y comunidades para cuidar de su salud y contribuir a la construcción de entornos favorables para todos.

De igual manera, señalaron haber realizado diversas acciones en el marco de dicha resolución. Destacaron, entre otras, el fortalecimiento de capacidades técnicas y funcionales en la implementación de la *Ruta de atención integral para la promoción y mantenimiento de la salud*; seguimiento a la implementación de la *Ruta de articulación para la gestión de la atención integral en salud para niños, niñas, adolescentes y jóvenes en proceso administrativo de restablecimiento de derechos*; identificación de aspectos clave para abordar integralmente la salud de adolescentes y jóvenes, incluyendo la salud mental; fortalecimiento de los equipos de salud del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en la atención integral en salud para la primera infancia; implementación y seguimiento del *Plan de aceleración de la disminución de la mortalidad materna*, entre otros. Sin embargo,

no aporta datos o estadísticas que permitan evaluar la efectividad o el impacto de las medidas para determinar su efectividad.

Con relación a la recomendación “c”, indican que ha implementado políticas, estrategias, instrumentos y acciones con el objetivo de mejorar el acceso a la salud en todo el país. Estas iniciativas abarcan tanto la salud pública, a través de los determinantes sociales de la salud, como los aspectos sectoriales que buscan mejorar la accesibilidad, integralidad, continuidad y calidad de la atención en salud. Al respecto, consideran las particularidades de la población y las condiciones de los territorios para asegurar una atención adecuada y equitativa en todo el país, donde se implementan, entre otros, los siguientes procesos: (i) Modelo Preventivo y Predictivo de Salud, que se enfoca en la atención primaria de salud, con énfasis en acciones preventivas y predictivas, participación comunitaria y abordaje de determinantes sociales que propone la creación de centros de atención primaria, equipos territoriales de salud y el fortalecimiento de hospitales públicos, además de promover medidas para mejorar la formación del personal de salud y desarrollar un sistema de información integral para una gestión transparente del sector; (ii) Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), que son unidades básicas de atención que brindan servicios de salud clínicos, sociocomunitarios y socioambientales, que tienen a cargo la gestión de la referencia y contrarreferencia en redes de atención integral; (iii) los equipos de salud territorial, que buscan facilitar el

acceso y la continuidad de la atención integral en salud dentro de la estrategia de APS y están adscritos a los CAPS.

También señala que está promoviendo la telesalud y la telemedicina para mejorar el acceso, la integralidad y la continuidad de la atención médica; ha asignado recursos para el fortalecimiento de la infraestructura en salud y dotación hospitalaria; y ha trabajado en la actualización e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS). Sin embargo y en atención a que la recomendación iba dirigida a la implementación de modelos de atención diferencial y esto aún no se ha realizado, se insistirá en la recomendación.

Respecto a la recomendación “d”, informa que realizó un análisis para ajustar y actualizar el régimen aplicable para el cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que dio lugar al Decreto 1652 del 6 de agosto de 2022, que establece el régimen para el cobro de estos pagos. Sin embargo, está en proceso de reglamentación lo establecido en el artículo 2.10.4.10, relativo a fijar los montos de estos pagos teniendo en cuenta el nivel socioeconómico de los usuarios, los servicios a los que se aplicarán, la frecuencia de uso, el costo y la inflación. Además, aún se debe llevar a cabo una revisión de las categorías establecidas para el pago de cuotas moderadoras y copagos, teniendo en cuenta la capacidad de pago de los cotizantes y los principios de equidad y progresividad. Por lo tanto,

hasta que estos ajustes no se realicen y se materialicen, se insistirá nuevamente en la recomendación.

En cuanto a la recomendación “e”, manifiesta que los RIPS se realizan en el marco de la gestión del riesgo y la atención integral en salud. Estos registros organizan componentes primarios y complementarios de servicios de salud, donde los primeros se enfocan en acciones de promoción, prevención, detección temprana y tratamiento básico, mientras que los segundos se encargan de la atención de eventos más complejos. Actualmente, existen 190 redes integrales e integradas que han conformado las distintas EAPB. Sin embargo, resulta necesario establecer el porcentaje de cobertura de estas redes para los pacientes de cada una de las EAPB, para identificar las barreras en el acceso a la atención.

En cuanto a la recomendación “f”, informan sobre las acciones adelantadas para garantizar la atención integral, continua y oportuna en todo el país y el disfrute efectivo del derecho a la salud. Dichas acciones incluyen, entre otras: (i) el fortalecimiento de la prestación pública de servicios de salud, que abarca aspectos como la infraestructura y dotación hospitalaria. Este fortalecimiento comprende la gestión y sostenibilidad financiera, que contiene aspectos como el apoyo y asistencia técnica a las entidades territoriales, asignación de recursos para apoyar la operación de las ESE, el financiamiento de obligaciones salariales y la atención de partos vaginales y cesáreas de mujeres venezolanas migrantes no aseguradas; (ii) linea-

mientos para los hospitales públicos, a través de un ejercicio de modelación de la organización de la oferta de servicios de salud y su forma de prestación; (iii) asistencia y acompañamiento técnico para fortalecer los procesos de planificación y gestión de la prestación de servicios de salud. Además, manifiesta haber trabajado en la actualización del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SO-GCS) (Ley 715 de 2001, Decreto 1011 de 2006 compilado en el Decreto 780 de 2016) y ha recibido observaciones para su incorporación en el proyecto de norma (sistema Único de Habilitación, Habilitación de Unidades Funcionales de Cáncer de Adulto e Infantil, sistema Único de Acreditación, Telesalud y Telemedicina).

Para fortalecer las capacidades del talento humano en salud, realizó un acompañamiento al Programa Comunidades Saludables de USAID y a la Corporación Salud Universidad Nacional en actividades para la atención de pacientes con infección respiratoria aguda, incluyendo COVID-19, con actividades de telesalud para hospitales e instituciones de salud públicas y privadas del país. Del mismo modo, llevó a cabo un diplomado y realizó la formulación y estandarización del proyecto tipo para el fortalecimiento de capacidades técnico-científicas para la implementación de la telesalud y telemedicina en municipios del Plan Nacional de Salud Rural. Finalmente, se formuló una propuesta para la implementación de la interoperabilidad de la historia clínica.

Con relación a la recomendación “g”, señalaron que están trabajando en un modelo de atención preventivo, predictivo y resolutivo para reducir la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Este modelo se basa en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y tiene como objetivo llevar los servicios de salud a lugares alejados y zonas vulnerables del territorio nacional. Así mismo, señalan que el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) también contribuye a este objetivo y que ampliaron la puerta de entrada al sistema de salud con los perfiles de enfermería y psicología. Sin embargo, lo enunciado solo es un proyecto que aún no se ha materializado, motivo por el cual no se ha dado cumplimiento a esta recomendación.

No informa sobre la recomendación “h”, se limita a indicar que está en proceso de elaboración por parte de la Dirección de Prestación de Servicios de Salud. Por lo tanto, se reitera esta recomendación.

Respecto a la recomendación “i”, comunica que cuentan con el aplicativo PAIWEB (Sistema de Información Nominal del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI), que integra la información sobre la población vacunada en Colombia. Actualmente, este sistema se encuentra en la fase de estabilización, donde se identifican y solucionan incidencias, se brinda asistencia técnica, se proporcionan manuales y tutoriales, y se cuenta con un canal de ayuda para los usuarios del sistema. Sin embargo, no proporciona información detallada sobre los procesos de

optimización para agilizar las operaciones derivadas del Plan Nacional de Vacunación, ni da cuenta de los planes de trabajo y contingencias que permitan abordar la problemática evidenciada.

No informa sobre las recomendaciones “j” y “k”; solo se limita a informar que está en proceso de elaboración por parte de la Dirección de Prestación de Servicios de Salud. Por tal razón, se reiteran estas recomendaciones.

En relación con la recomendación “l”, indican que la respuesta está dada en la recomendación “a”, cuando señalan la fase de participación ciudadana en los procesos de exclusiones e inclusiones. Sin embargo y con base al acompañamiento que esta institución hizo al proceso de modificación de la resolución de exclusiones, se puede determinar que la participación no cuenta con una amplia convocatoria que permita realmente hablar de un proceso de participación ciudadana efectivo.

En lo que respecta a las recomendaciones “m” y “n”, manifiesta que está adelantando acciones para promover la formalización laboral en el sector de la salud en Colombia. Esto incluye jornadas de sensibilización e información dirigidas a empleadores tanto del sector público como privado, cuyo objetivo es fomentar condiciones dignas de trabajo, y ha presentado experiencias exitosas de acuerdos de formalización laboral con empleadores del sector privado de la salud. De igual manera, destaca que la oferta de personal de salud debe articularse con la Política Nacio-

nal de Talento Humano en Salud, que está en revisión y que incluirá mecanismos, estrategias, acciones e indicadores para establecer la oferta y demanda de personal de salud requerido en el país, de acuerdo con las necesidades en cada región. La política también se coordinará con el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Ministerio del Trabajo.

Así mismo, señala la creación del Observatorio del Talento Humano en Salud, que está trabajando en definir líneas de base, proyecciones y mediciones de brechas. Esto permitirá obtener un diagnóstico actualizado de las necesidades y brechas de personal de salud en diferentes niveles (auxiliares, profesionales, técnicos, tecnólogos) y regiones. Con base en estas necesidades y brechas, se buscarán mecanismos para ampliar la oferta académica en aquellos departamentos donde sea insuficiente o inexistente. También brindará orientación a las instituciones de educación superior que deseen abrir nuevos programas académicos, para que conozcan los lugares y perfiles requeridos y busca promover la apertura de programas de salud en aquellos lugares donde se necesite personal en los niveles profesional, técnico o tecnológico. Además, están realizando proyecciones y mediciones de brechas para determinar el número de especialistas requeridos según perfil y región, en colaboración con las universidades y la Sociedad de Comunidades Científicas.

Sin embargo y a pesar de las acciones que señala adelantar en la formalización laboral, no se evidencia su im-

pacto ni su articulación con la Política Nacional del Talento Humano. Tan solo es un proyecto, por lo cual no se cumple con la recomendación “m”. Respecto a la recomendación “n”, si bien nuevamente menciona la Política, señala que está en proceso de revisión, por lo cual su materialización no se ha hecho efectiva; además, no se especifican de manera clara las acciones encaminadas a revisar dicha política, especialmente respecto a la ampliación de cupos para especialistas, priorización para médicos generalistas y otros profesionales de la salud en el país.

En cuanto a la recomendación “o”, informa que durante 27 años se otorgó una beca crédito a 22.398 profesionales de la salud, que consistía en un apoyo económico equivalente a dos (2) SMLMV. Posteriormente, se emitió la Ley 1917 de 2018, que creó el Sistema Nacional de Residencias Médicas, ampliando la cobertura del apoyo educativo a todos los profesionales de medicina en especialidades médico-quirúrgicas. Este sistema ha beneficiado a 9.451 residentes, con un total de 164.068 giros y un valor de recursos invertidos de \$459.483.200.628 del presupuesto general de la nación hasta diciembre de 2022.

Con relación a la recomendación “p”, señaló que el proceso de selección y contratación de personal de salud se rige por la normatividad del Departamento Administrativo de la Función Pública, para el caso de las instituciones públicas; para las privadas, se aplica el marco jurídico laboral correspondiente. Sin embargo, no relacionan

las medidas que se han tomado para garantizar el acceso a la información y la transparencia en dichos procesos.

Respecto a la recomendación “q”, indican que han establecido diferentes instancias y autoridades tanto a nivel gubernamental como no gubernamental para abordar y promover el desarrollo del talento humano en salud. A nivel gubernamental, se menciona la interacción con el Congreso de la República, el Ministerio de Educación Nacional, el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), el Ministerio de Trabajo, el Departamento Administrativo de la Función Pública, la ADRES y la Superintendencia Nacional de Salud, entre otros. Estas instancias abordan temas como la formación, la formalización laboral, el reconocimiento económico y el mejoramiento de las condiciones laborales. A nivel no gubernamental, destaca la colaboración con sindicatos de trabajadores del sector salud, colegios profesionales, asociaciones científicas y tribunales de ética. Sin embargo, aunque se evidencian acciones en ambos sectores, no hay interacción con diferentes entidades gubernamentales y no gubernamentales, ni se menciona explícitamente la colaboración entre el sector público y privado.

No informan sobre las recomendaciones “r” y “s”; solo se limitan a informar que está en proceso de elaboración por parte de la Dirección de Epidemiología y Demografía y de la Dirección de Promoción y Prevención. Por lo tanto, se reiteran.

Con respecto a la recomendación “t”, comunican que han establecido normativas y reglamentaciones para regular la atención en salud de las personas privadas de la libertad en el sistema penitenciario y carcelario. Estas normas incluyen la creación del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, la definición de responsabilidades del INPEC y la USPEC, y la implementación de un modelo de atención en salud diferencial para esta población. Además, señalan haber llevado a cabo reuniones de coordinación con el Ministerio de Justicia y del Derecho, el INPEC y la USPEC para abordar las dificultades y barreras en el acceso a la atención de salud para las personas en reclusión, ante lo cual, buscan medidas para eliminar estas barreras y mejorar la atención de esta población.

Frente a la recomendación “u”, manifiesta que, de acuerdo con la Ley 1122 de 2007, se establece un porcentaje mínimo del 60 % del gasto en salud de carácter obligatorio en la contratación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen subsidiado con las Empresas Sociales del Estado (ESE). Esta disposición se basa en requisitos de calidad, indicadores de gestión, resultados, oferta disponible y tarifas competitivas. Además, se destaca la importancia de los contratos y acuerdos de voluntades entre las Entidades Responsables de Pago (ERP) y los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) y Proveedores de Tecnologías en Salud (PTS). Estos contratos están regidos por el derecho privado y se basan en la autonomía de la voluntad de las partes, en concordancia con el principio *lex contractus*, *pacta sunt servanda*, establecido en el Código Civil.



En cuanto a la recomendación “v”, manifiesta que ha establecido disposiciones a través de normas para asegurar el flujo adecuado de recursos en la relación contractual entre las Entidades Responsables del Pago (ERP) y los Prestadores de Servicios (PSS) en el sector de la salud. Estas disposiciones abarcan aspectos relacionados con la negociación y contenido mínimo de los acuerdos de voluntades, seguimiento a la ejecución del acuerdo, plazos de pago, mecanismos de solución de conflictos, renovación, terminación y liquidación de los acuerdos, y auditoría de la calidad de los servicios. En este sentido, el Decreto 441 de 2022, incorporado en el Decreto 780 de 2016, establece mecanismos específicos para garantizar el correcto flujo de recursos, y se citan disposiciones como el modelo de auditoría para las partes, la identificación de riesgos previsible en el acuerdo de voluntades y los mecanismos de administración de estos riesgos. Además, regula la auditoría de las cuentas médicas, que debe realizarse según los soportes definidos en el Decreto 780 de 2016 y los estándares establecidos en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas.

Con relación a la recomendación “w”, señala que la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria (DP-SAP) determina anualmente los municipios que cuentan con sedes de monopolio público de servicios trazadores. Esta determinación se basa en la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) con corte al 30 de noviembre de cada año. La información sobre los munic-

pios con monopolio público se utiliza como base para la distribución de los recursos del Subcomponente de Subsidio a la Oferta del Sistema General de Participaciones en Salud (SGP salud). Por lo tanto, para la distribución de recursos en la vigencia 2023, se tomó en cuenta la información del REPS con corte al 30 de noviembre de 2022. Se identificaron 957 municipios con monopolio público de servicios trazadores, donde se sumaron 35 municipios que cuentan con infraestructura pública administrada por terceros, para un total de 992 municipios con monopolio de servicios trazadores, señalados en el artículo 2.5.3.8.3.1.2 del Decreto 78021 de 2016.

No informa sobre la recomendación “x”; se limita a señalar que está en proceso de elaboración por parte de la Dirección de Epidemiología y Demografía. Por lo tanto, se reitera.

Respecto a la recomendación “y”, se limita a señalar las entidades que conforman el Sector Central de la Administración Pública Nacional y las que hacen parte del Sector Descentralizado de la Administración Pública Nacional. Además, menciona las funciones del Ministerio y de la Superintendencia, y señala sus diferencias. Sin embargo, no realiza un estudio considerativo serio en el que argumente la razón por la cual está o no de acuerdo con dicha separación, ni donde se establezcan, entre otros, los factores positivos o negativos de la separación de las entidades. Por tal razón, se reitera.

## 2.2. Ministerio de Educación Nacional (MEN):

A esta entidad se le hicieron las siguientes recomendaciones:

a. Hacer seguimiento, ante la persistencia del déficit de especialistas médicos, de la política de formación de talento humano, a fin de ampliar los cupos de estos profesionales y aprobar, si es necesario, una política de formación de especialistas que se concentre en médicos generalistas y otros profesionales de la salud en el interior del país. b. Otorgar las acreditaciones correspondientes (previo cumplimiento de las políticas asignadas para tal caso), para que más universidades del país puedan ampliar su oferta educativa en programas de salud (medicina, áreas de especialidad, enfermería y todas aquellas del ámbito de la salud). c. Garantizar los recursos que le permitan a los profesionales del área de la salud, a través de becas o créditos a cero intereses, especializarse para aumentar así el personal de la salud en Colombia. d. Ofrecer becas y/o estímulos económicos a estudiantes de medicina, enfermería y otras carreras relacionadas con la salud, para que se gradúen y se incorporen a la prestación de servicios de salud en áreas donde exista una demanda latente de profesionales. e. Crear y generar mecanismos efectivos de acceso a programas de formación y capacitación continua para el personal de salud, a fin de que estén actualizados y puedan brindar un servicio de calidad. f. Fomentar la investigación en salud a través de la creación de espacios y la asignación de recursos, para que los profesionales de

la salud puedan desarrollar nuevas técnicas y tratamientos.

Respecto a las recomendaciones “a” y “b”, el Ministerio de Educación Nacional informó que, para obtener el registro calificado, los programas académicos de especialización médico-quirúrgica deben superar estudios de pertinencia, condiciones de calidad y de aval de la relación docencia-servicio, además de la recomendación favorable que emita la Sala de Salud y Bienestar de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES) (Decretos 1075 de 2015 y 780 de 2016); señaló, asimismo, que realiza acompañamiento en la orientación de dichos trámites. Además, indica que son las instituciones de educación superior, y no el Ministerio, quienes definen el número de cupos que otorgan para estas especialidades, debido a la complejidad que representa el acompañamiento docente permanente (casi individualizado) a los residentes.

Pese a lo anterior, no se evidencia que exista seguimiento por parte de dicho Ministerio a la política de formación de talento humano, en especial, respecto a la ampliación de cupos para profesionales (no señalan actividades adelantadas ni resultados). Tampoco se evidenció que hayan estudiado la posibilidad de aprobar una política de formación de especialistas concentrada en médicos generalistas y otros profesionales de la salud.

En cuanto a las recomendaciones “c” y “d”, que hacen referencia a garantizar

recursos a los profesionales de la salud para especializarse y ofrecer becas e incentivos económicos a estudiantes de carreras relacionadas con la salud, el Ministerio informa que no están en el marco de sus competencias, ya que la focalización de los programas sociales en el país se hace a través del Sisbén, el programa que garantiza recursos para población vulnerable y grupos de especial protección constitucional. Por lo tanto, la recomendación realizada implicaría el otorgamiento de apoyos económicos con base en el programa académico seleccionado y no en la condición de vulnerabilidad del beneficiario, corriendo el riesgo de asignar beneficios económicos a personas con suficiente capacidad económica. Adicionalmente, menciona que durante los años 2021 y 2022 ejecutaron más de 5.2 billones de pesos en fondos de administración con el ICETEX, para garantizar el acceso a la educación superior de más de un millón de estudiantes de escasos recursos económicos mediante el otorgamiento de créditos condonables y subsidios.

Se observa que, si bien el Ministerio de Educación informa que existen créditos condonables y subsidios económicos para personas en estado de vulnerabilidad y población de especial protección constitucional, no existen programas dirigidos a otorgar becas, estímulos o créditos a cero intereses que estén totalmente focalizados a profesionales de la salud. En este sentido, aunque es cierto que la asignación de los recursos de los programas sociales debe hacerse con base a las condiciones económicas de los

beneficiarios, también es cierto que estos recursos pueden asignarse dando prioridad a estudiantes que hacen parte de dicha población vulnerable y que estén cursando programas relacionados con la salud. Esto podría incluso estimular a otros beneficiarios a interesarse en programas relacionados con la salud una vez terminen sus estudios de bachillerato.

Por otro lado, aunque los artículos 13 y 14 de la Ley 1917 de 2018 señalan que es responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social establecer los procesos de formación y el diagnóstico de las necesidades de personal médico especializado, esto no guarda relación con la solicitud de crear becas y créditos a cero intereses con el fin de que más profesionales de la salud tengan acceso a las especializaciones. Esta última acción sí está dentro de las competencias asignadas por la Constitución y la Ley al Ministerio de Educación Nacional.

Con relación a la recomendación “e”, el Ministerio de Educación Nacional señala que no puede acogerla, ya que esta es competencia del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo establecido en los artículos 14 y 15 de la Ley 1917 de 2018.

Por último y con respecto a la recomendación “f”, dicho Ministerio no emitió respuesta.

### 2.3. Superintendencia Nacional de Salud (SuperSalud):

A esta entidad se le recomendó lo siguiente:

a. Impartir instrucciones a las aseguradoras respecto al cumplimiento de la Ley Estatutaria en Salud y las distintas sentencias emitidas por la Corte Constitucional, en relación a la metodología de coberturas del plan de beneficios que pasó de explícito a implícito, por lo que se consideran como parte del plan todos aquellos servicios y tecnologías que no se encuentran expresamente excluidos, especialmente en temas que generan el mayor número de tutelas, como el derecho al transporte, el suministro de pañales, insumos y demás. Es importante mencionar que, según la Corte, las reglas jurisprudenciales son obligatorias para todas las aseguradoras en salud, que deben aplicarlas sin necesidad de que los usuarios acudan a la acción de tutela, ya que esta, en ningún momento, se puede convertir en un trámite más para acceder a los servicios requeridos; b. Iniciar procesos investigativos hacia las EAPB que incumplan con las obligaciones legales de detección temprana de la enfermedad, así como de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y aplicar las sanciones a que haya lugar; c. Adelantar investigaciones contra las EAPB que incumplan con la obligación de caracterizar a la población afiliada para la gestión efectiva del riesgo y aplicar las sanciones a que haya lugar; d. Separar, en el ejercicio de inspección, vigilancia y control, el ítem de “barreras en la prestación de los servicios de salud”, se-

ñalando categorías específicas que permitan un control efectivo a las barreras más frecuentes de acceso a los servicios en salud, como la falta de oportunidad y la negación de los servicios; e. Establecer ítems específicos de seguimiento a las EAPB respecto a las normas que determinan los tiempos de oportunidad para la prestación de los servicios en salud, con el fin de investigar y sancionar a quienes las incumplan; f. Adelantar las acciones a las que haya lugar contra las aseguradoras en salud que nieguen las tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios en Salud a los usuarios; g. Continuar con el saneamiento de las deudas del sector salud y vigilar el cumplimiento de la Ley de Punto Final; h. Investigar y sancionar a las IPS que nieguen los servicios habilitados, en especial el servicio de urgencias. Asimismo, revisar las prácticas que pongan en riesgo la atención en salud de la población más vulnerable; i. Diseñar estrategias para la protección de las IPS y los proveedores de servicios de las EAPB liquidadas, para evitar su liquidación y la consecuente pérdida de instituciones clave para la disponibilidad de servicios de salud en el sistema; j. No permitir el funcionamiento de EAPB que no cumplan con los estándares de habilitación, ya que estas instituciones en esas condiciones son barreras operativas para sistema por falta de pago de servicios a las redes prestadoras de servicios de salud; k. No permitir el funcionamiento de las EAPB que no garanticen un contrato con las redes integrales e integradas de servicios de salud; l. Garantizar las rutas de atención a los pacientes con diagnósticos de enfermedades de alto costo, catas-

tróficas o ruinosas y enfermedades huérfanas; m. Monitorear los canales de comunicación que las EAPB tienen disponibles para que sus usuarios reciban información sobre el proceso para la atención en salud.

Frente a la recomendación “a”, la Superintendencia Nacional de Salud manifiesta que ha impartido instrucciones a las aseguradoras sobre el cumplimiento de la Ley Estatutaria, y que ha realizado seguimiento a las sentencias emitidas por la Corte Constitucional (T-760 de 2008, T-357 de 2017, SU-092 de 2021 y T-302 de 2017). Sin embargo, no relaciona las sentencias específicas respecto a la recomendación que establece el cumplimiento de criterios jurisprudenciales para las coberturas del plan de beneficios. Si estas sentencias fueran acogidas, las PQRS y las tutelas en salud disminuirían de manera significativa. Entre otras sentencias se encuentran: SU-508 de 2020, T-015 de 2021, T-122 de 2021, T-298 de 2021, SU-309 de 2021 y T-338 de 2021.

Respecto a la recomendación “b”, informa que a través de la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud ha realizado requerimientos y auditorías a las EAPB en cuanto a la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal. Además, llevó a cabo una reunión en septiembre de 2022 para revisar las acciones encaminadas a reducir la mortalidad materna y perinatal, y como resultado, inició investigaciones por presuntos incumplimientos e impuso once sanciones

administrativas. Sin embargo, se evidencia que la SuperSalud enfocó la recomendación en la atención y prevención de la mortalidad materno-perinatal, dejando a un lado las demás enfermedades que pueden ser detectadas de manera temprana (respiratorias, cáncer de cuello uterino, diarreicas, isquémicas del corazón e hipertensivas, entre otras) y no presentó gestiones que demuestren la verificación de las acciones de promoción y prevención.

Con relación a la recomendación “c”, la entidad informa sobre la responsabilidad de las EAPB de realizar la caracterización por departamento, distrito y municipio, y de reportar esta información al Ministerio de Salud y Protección Social mediante la plataforma PISIS del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SIS-PRO). En este sentido, señala que ha llevado a cabo acciones de seguimiento, incluyendo auditorías a las EAPB que también abarcaron la gestión del riesgo en salud y la evaluación del modelo de atención, pero que en la actualidad no existen investigaciones por este motivo. No obstante, no relaciona las aseguradoras que incumplen con esta obligación ni las medidas adoptadas para garantizar la gestión efectiva del riesgo en salud.

En cuanto a la recomendación “d”, la Superintendencia informa que ha implementado una caracterización de las PQRD (atención a las peticiones, quejas, reclamos y denuncias) que le permite establecer las causas que las originan, además de construir un indicador que mide la satisfacción de

los usuarios con el servicio de salud. Este indicador sirve como base para la metodología de evaluación de desempeño de las EPS y aporta un listado de las diez principales barreras para el acceso a la salud. Sin embargo, no menciona las medidas adoptadas para evitar que estas se sigan presentando.

Con respecto a la recomendación “e”, la entidad relaciona las normas que están encaminadas a garantizar la oportunidad en la atención, pero informa que, en el caso de la medicina especializada, no está establecido un tiempo específico para la prestación de estos servicios. En este sentido, manifiesta que de acuerdo con el Decreto 019 de 2012 las EPS deben asignar citas para medicina y odontología generales máximo dentro de los 3 días hábiles contados desde la fecha de solicitud; la Resolución 1552 de 2013 establece que las EPS y su red de prestadores deben tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año, y que la Resolución 497 de 2021 determina que las EPS deben demostrar la prestación de los servicios de acuerdo a la demanda real de los afiliados, en forma oportuna, pertinente y de calidad. Teniendo en cuenta lo anterior, la Superintendencia adelanta acciones de inspección con el fin de monitorear los tiempos para la oportunidad en la atención y da traslado, cuando es necesario, a la Delegada para Investigaciones Administrativas. Sin embargo, no se observan medidas implementadas para garantizar la oportunidad en la atención, que es uno de los principales motivos de interposición de acciones de tutela.

En relación con la recomendación “f”, manifiesta que existen normas que reglamentan las obligaciones de las EAPB, como las resoluciones 3539 de 2019, 256 de 2016 y 497 de 2021. En el marco de estas normas, realiza visitas y auditorías para verificar su cumplimiento y si se identifica vulneración en los derechos de los usuarios, da traslado de los hallazgos a la Delegada para Investigaciones Administrativas. Además, en virtud al seguimiento constante de las PQRD relacionadas con las barreras en el acceso a las tecnologías en salud, informa que durante 2022 requirió a 38 EAPB y dio traslado para investigación administrativa de 14.447 PQRD por barreras en el acceso a servicios de salud incluidos y no incluidos en el PBS con cargo a la UPC. Sin embargo, no relaciona las acciones que impidan que estas conductas se repitan.

Respecto a la recomendación “g”, manifiesta que ha desarrollado diferentes actividades para el saneamiento de las deudas del sector salud. Señala que expidió la Circular Externa 011 de 2020, donde se dieron instrucciones para que las EPS y demás entidades adelanten el proceso de conciliación, depuración y saneamiento de las cuentas por cobrar de servicios y tecnologías en salud, realizando seguimiento a través del reporte de los Archivos Tipo FT021 (Cronograma de conciliación y depuración), FT022 (Avance proceso de conciliación y depuración) y FT023 (Enlace de consulta del proceso donde las EPS deben publicar el cronograma y el avance de manera mensual). También han hecho requerimientos de calidad y consistencia dirigidos a las EPS

con el propósito de incorporar las diferencias en los reportes de información de las entidades con respecto a los valores reportados en la circular conjunta 030 (MPSP y SNS), el archivo FY004 (cuentas por pagar), la circular externa 008 de 2020 y la Circular Externa 011 de 2020 de PQRD.

Con relación al Acuerdo de punto final, señala haber realizado requerimientos teniendo en cuenta la información reportada a través del archivo tipo FT003 (cuentas por cobrar) y reuniones con las EPS para aclarar las cifras enviadas, las diferencias con la ADRES, la continuación de las cuentas por cobrar en procesos judiciales, la dificultad al hacer el cruce de las facturas con los pagos que hace la entidad, el seguimiento a las cuentas por cobrar y los pagos que realiza la ADRES. Además, ha hecho revisiones a los cobros no UPC y recobros no UPC, y solicitó a las EPS el reporte trimestral de los acuerdos de transacción, valores girados, glosas, deterioros y saldos de los acuerdos de transacción para cada una de las entidades responsables del pago. De igual manera, a través de la Delegada para Entidades Territoriales y Generadoras, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, hizo seguimiento al proceso de saneamiento de las deudas por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado para las vigencias 2020, 2021 y 2022, a raíz de lo cual realizó 34 traslados a la Delegada de Investigaciones Administrativas.

Producto de lo anterior, la Superintendencia de Salud pudo determinar que, por parte de las entidades territoriales, de la facturación radicada que ascendió a los 2.441.107 millones, el 96,6 % fue auditada, el 91,7 % conciliada y 78,2 % pagada. Además, señala que con el tiempo el número de entidades territoriales clasificadas como de riesgo alto y medio han disminuido, gracias al avance en los procesos de saneamiento.

En cuanto a la recomendación “h”, la Superintendencia informa que, consultado el Sistema de Investigaciones Administrativas (SIAD), durante la vigencia 2017-2023, se han registrado cuatro investigaciones en curso por negación de servicios habilitados en contra del mismo número de IPS, así como 28 sanciones por negación de servicios habilitados y servicios de urgencias a IPS por un valor de \$5.516.740.228. Sin embargo, no menciona cuáles fueron investigadas o sancionadas durante el periodo solicitado (año 2022) ni detalla las acciones adelantadas sobre la negación de otros servicios habilitados diferentes a los de urgencias. Tampoco se mencionan las prácticas específicas que ponen en riesgo la atención en salud de la población más vulnerable.

Respecto a las recomendaciones “i” y “j”, dicha entidad informa que ha realizado auditorías para verificar el cumplimiento las disposiciones contenidas en la Resolución N.º 497 de 2021. Si los resultados de estas auditorías no son satisfactorios, señaló que las entidades deben suscribir un plan de mejoramiento y en caso de no presentarse o de que su seguimiento sea insatisfac-

torio, adoptará las medidas pertinentes, entre las cuales está la revocatoria de autorización. Sin embargo, no se evidencia el diseño de estrategias o de un plan de acción para la protección de las IPS y proveedores de servicios de las EAPB cuando estas son liquidadas, solo se limita a manifestar que se están realizando auditorías y tampoco se evidencia la adopción de medidas para identificar e impedir el funcionamiento de las EAPB que no cumplan con los estándares de habilitación.

En relación con la recomendación “k”, informa que la Resolución N.º 1441 de 2016 establece estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPS). por lo tanto, de acuerdo con la información reportada por las entidades territoriales, la Superintendencia realiza la evaluación y análisis de las propuestas de red presentadas por las EPS y la verificación del cumplimiento de los estándares y criterios de entrada que garanticen la accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y seguridad de la atención. Asimismo, menciona que la Resolución N.º 497 de 2021 reglamentó los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud, y que realiza seguimiento y traslada los incumplimientos a la delegada de Investigaciones Administrativas. Sin embargo, la Defensoría sigue evidenciando problemas en los procesos de referencia de pacientes a IPS de mayor complejidad.

Frente a la recomendación “l”, señala que realizó seguimiento al cumplimiento de las instrucciones impartidas en la Circular Externa N.º 004 de 2014 para garantizar la atención integral del cáncer. Para esto, hizo requerimiento a las cuarenta y siete (47) EAPB y priorizó el análisis y seguimiento a cinco (5) EPS indígenas y doce (12) aseguradoras, así como mesas de trabajo virtuales. Además, hizo seguimiento al reporte de la red de servicios oncológicos según lo establecido en el Decreto N.º 647 de 2022, enfocándose en la atención de menores de 18 años con sospecha o diagnóstico de cáncer; solicitó información a treinta (30) EPS y requirió a los treinta un (31) servicios oncológicos trazadores según la Resolución N.º 1441 de 2016, en proceso de análisis y seguimiento. Finalmente, señala que tiene programado hacer auditorías en territorio a las aseguradoras y efectuar seguimiento al proceso de atención al cáncer. Sin embargo, no incluye detalles sobre las acciones específicas adoptadas.

Respecto a la recomendación “m”, informó que llevó a cabo requerimientos focalizados en los canales no presenciales para verificar la disponibilidad, el acceso y la efectividad de los recursos web; asimismo, realizó de 74 visitas de inspección en el 2022. Sin embargo, no se evidencian resultados ni se establece si efectivamente los usuarios tienen acceso a la información necesaria, ni se enuncian las medidas a adoptar para garantizar su acceso.



## 2.4. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES):

A esta administradora se le recomendó lo siguiente:

(i) Asegurar el flujo de recursos para el reconocimiento y el pago de los servicios a cargo del Estado; (ii) Hacer operativo el procedimiento para lograr el saneamiento de deudas en el marco de la Ley de Punto Final con premura y efectividad, y rendir cuentas permanentes sobre los avances; y (iii) Informar con transparencia para que las cifras sean conocidas por todos los interesados.

Respecto a la recomendación “a”, la ADRES informa que por ley cuenta con diferentes procesos administrativos para el reconocimiento y pago de servicios de salud. Por lo tanto, asegura que dispone de una regulación normativa para cada proceso de reconocimiento de recursos con el fin de garantizar de forma eficiente y oportuna el flujo de recursos a las entidades del SGSSS.

Estos procesos se pueden resumir en los siguientes:

i) Los servicios y tecnologías correspondientes al saneamiento definitivo previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 - Criterios y plazos para el saneamiento de las cuentas de recobro relacionadas con ser-

vicios de salud no financiados por la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen contributivo - “Acuerdo Punto Final”.

ii) Los servicios y tecnologías que se hayan prestado hasta la entrada en operación del mecanismo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, y que no hagan parte del mecanismo previsto en el artículo 237 de la citada Ley - Proceso de cobros/cobro para el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis para el reconocimiento de recursos por los servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC.

iii) Los servicios y tecnologías en salud no financiadas con los techos o presupuestos máximos definidos en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 - Servicios y tecnologías financiados por recursos de la UPC, riesgos laborales, salud pública u otras fuentes que ya cuentan con su propia financiación; medicamentos clasificados como Vitales No Disponibles por el INVIMA y aquellos prescritos por urgencia clínica sin valor de referencia definido; medicamentos adquiridos a través de compra centralizada según lo determine el Ministerio de Salud; medicamentos específicos para el tratamiento de enfermedades huérfanas no financiados con recursos de la UPC; servicios y tecnologías expresamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud y aquellos que cumplen criterios

establecidos en la Ley 1751 de 2015, excepto los ordenados por autoridad judicial; procedimientos de salud nuevos en el país; servicios complementarios no asociados a una condición de salud y no prescritos por un profesional de la salud, autorizados u ordenados por autoridad competente.

iv) Mecanismo de techos o presupuestos máximos descrito en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019.

v) Los servicios y tecnologías en salud que hayan sido prestados a personas víctimas de accidentes de tránsito, en el que el vehículo involucrado no se encuentre amparado con póliza SOAT o no identificado, eventos terroristas y eventos catastróficos de origen natural y demás eventos aprobados, conforme lo describe el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.

vi) La liquidación y reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitalización (UPC) en los regímenes contributivo y subsidiado en salud, de conformidad con lo dispuesto en el literal c) del artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 - Marco normativo que desarrolla los procesos de compensación y liquidación mensual de afiliados de la ADRES.

A pesar de que lo anterior, no se cuenta con información y estadísticas relacionadas con el cumplimiento de los procesos de recobro ni con información de los siguientes aspectos: Tasas de éxito

en saneamiento definitivo y resultados finales del “Acuerdo de Punto Final”, porcentaje de aprobaciones, aprobaciones con reliquidaciones o no aprobaciones en auditorías realizadas por la ADRES, relación de servicios y tecnologías de salud no financiadas con techos o presupuestos máximos cuyo recobro se presente con más frecuencia (inclusive teniendo en cuenta los servicios prestados con base en el principio de integralidad y no financiados), estadísticas relacionadas con el mecanismo de techos o presupuestos máximos y relación de EPS beneficiarias de los incentivos al uso eficiente de recursos, estadísticas relacionadas con recobros de servicios y tecnologías en salud prestados a personas víctimas de accidentes de tránsito en el que el vehículo involucrado no se encuentre amparado con SOAT o no identificado, eventos terroristas y eventos catastróficos y demás eventos aprobados, especificando los recobros que se presentan con más frecuencia, estadísticas relacionados con liquidación y reconocimiento de la UPC en los regímenes contributivo y subsidiado en salud.

En cuanto a la recomendación “b”, señala que el Gobierno Nacional tiene la responsabilidad de definir los criterios, los plazos y el seguimiento de las cuentas relacionadas con estos servicios y tecnologías. El objetivo principal es reconocer las cuentas que cumplan con requisitos mínimos para su pago, contribuyendo así a la sostenibilidad financiera del sistema. Al respecto, señala que han estado saneando las cuentas de recobros relacionadas con servicios y tecnologías de salud no financiadas

con la UPC del régimen contributivo, según lo establecido en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, y aporta una tabla donde relaciona los valores radicados, aprobados, glosados y anulados presentados por las entidades. Indica que a la fecha ha auditado el 95 % del valor recobrado por saneamiento de cuentas y que el “Acuerdo de Punto Final” finalizó en el segundo semestre de 2022 según la norma, pero que habilitaron en noviembre de 2022 las ventanas de ingresos para objeción y subsanación de las glosas.

Frente a la recomendación “c”, la ADRES manifiesta que durante el año 2022 llevó a cabo aproximadamente 70 sesiones de trabajo con EPS. Estas sesiones abordaron diversos temas, incluyendo cifras, valores radicados, auditados, aprobados y glosados por cada línea de radicación. También se discutieron las principales glosas y cómo objetar o subsanarlas; y la glosa PBS, los topes y exclusiones, y cómo objetar o subsanarla. Se revisaron casos que las entidades consideraban que se encontraban incorrectamente glosados, en las cuales se explica la manera en que la ADRES realiza la auditoría, con explicaciones de cómo objetar y subsanar. Se proporcionaron lineamientos generales y se resolvieron dudas sobre la radicación en APF y lineamientos generales y resolución de dudas sobre los contratos de transacción. La ADRES señala que durante 2023 se continuará con el ejercicio descrito para atender las solicitudes e inquietudes de las EPS.

En relación con la recomendación “d”, la ADRES manifiesta que cuenta con

un Manual Operativo y de Auditoría a los servicios y tecnologías de salud no financiadas con recursos de la UPC. Este manual establece etapas y pasos para organizar, presentar, revisar, verificar, validar, reconocer y pagar las facturas relacionadas con servicios y tecnologías no financiadas con la UPC, entre ellos, el de saneamiento definitivo previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019; los que se hayan prestado hasta la entrada en operación del mecanismo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 y que no hacen parte del mecanismo estipulado en el artículo 237; y lo radicado ante la ADRES y que a la fecha de publicación del presente documento no cuenta con resultado de auditoría.

## 2.5. Unidad de servicios penitenciarios y carcelarios (USPEC):

A esta unidad le correspondía dar respuesta a las siguientes recomendaciones:

- a. Trabajar con el Ministerio de Salud y Protección Social en la revisión o implementación de normativas que permitan superar las dificultades a las que se enfrentan los no afiliados al fondo Nacional de Salud de la PPL.
- b. Articular, con las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud (EAPB e IPS) y los regímenes especiales, actividades que permitan hacer operativo el modelo de salud previsto para las personas privadas de la libertad,

de manera que se les garantice la prestación de los servicios de salud de manera digna, continua y oportuna.

Respecto a las recomendaciones “a y b”, señalan que a pesar de no tener competencia en el aseguramiento de la Población Privada de la Libertad (PPL) ni en la gestión para su afiliación, han expresado la problemática que enfrentan las PPL afiliadas a los regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con medida intramural en diferentes espacios convocados por el INPEC y el Ministerio de Salud con las EAPB, en los que ha evidenciado la no disposición por parte de estas últimas en la atención intramural.

En este sentido, señala haber emitido comunicados a varias EAPB para intervenir en la problemática. Solicitó, entre otros, los contactos por regiones para establecer mesas de trabajo de reconocimiento sobre la PPL asegurada por las EAPB, las RIPSS con el fin de garantizar acceso y atención oportuna, continua, integral y resolutive, el sistema de referencia y contrarreferencia, los procedimientos para la atención de pacientes de salud mental y entrega de medicamentos, los mecanismos para la autorización de servicios de urgencias y prestación de servicios posteriores a su atención inicial y el proceso para el reconocimiento de los servicios en los términos de atención inicial de urgencia, entrega de medicamentos esenciales, por los diferentes operadores que atienden a sus afiliados de forma intramural.

Sin embargo, indica que no obtuvo respuesta de las EAPB, por lo cual envió un segundo comunicado y puso en consideración del Ministerio de Salud y de la Dirección de Política Criminal replantear el esquema de cobertura y aseguramiento que beneficia a la PPL, diseñado en el Decreto 2245 del 215. Así mismo, les solicitó establecer una mesa de trabajo intersectorial entre el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Justicia y el INPEC para iniciar el análisis de la problemática y buscar que todas las PPL estén cubiertas por el Fondo Nacional de Salud. Esta mesa se desarrolló en enero de 2023, pero sin la presencia del Ministerio de Salud. Todo lo anterior culminó en el diagnóstico de la situación y en una propuesta que está en estudio y consideración del Ministerio de Justicia. La USPEC reconoce la problemática como urgente, sin embargo, la escaló con el INPEC para la toma de decisiones al respecto.

De acuerdo con la respuesta suministrada por la USPEC, preocupa la indiferencia del Ministerio de Salud y Protección Social frente a las problemáticas planteadas, además de la falta de disposición de las EAPB para la correcta atención de la PPL que se encuentra en detención intramural.

## 2.6. Aseguradoras de salud:

La Defensoría del Pueblo de Colombia (2022) realizó las siguientes recomendaciones:

a. Garantizar el cumplimiento de las actividades de salud de carácter individual, es decir, las relacionadas con los programas de detección temprana, prevención de la enfermedad y promoción de la salud. b. Garantizar las atenciones en salud contenidas en el PBS (que incluye UPC, techos máximos y ADRES), con disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad. c. Asegurar la red de prestadores de servicios en salud en las entidades territoriales que cuentan con población afiliada, para garantizar condiciones de accesibilidad y calidad. d. Hacer seguimientos individualizados a personas con patologías graves y de alto costo que enfrentan problemas de atención en salud, de manera que se garantice la integralidad y continuidad en sus tratamientos y procedimientos. e. Generar mecanismos efectivos que permitan la entrega total y oportuna de los medicamentos ordenados por los profesionales tratantes a cada uno de los afiliados. f. Asegurar el trato digno y humano de los pacientes y sus familias. g. Eliminar todo tipo de barreras de acceso (administrativas, geográficas y económicas) impuestas a los usuarios o a sus familiares. h. Evitar el traslado injustificado de pacientes cuando las IPS donde se encuentran ofrecen los servicios requeridos por el paciente y garantizan una atención integral. i. Cumplir con la implementación de procesos y herramientas para el agendamiento estandarizado, oportuno y confiable de citas, así como la autorización integral de servicios que garanticen

la oportunidad en el acceso a los servicios y tecnologías en salud. j. Establecer un modelo de atención para los afiliados pertenecientes a la PPL acorde al establecido por el Fondo Nacional de Salud para la PPL, con el fin de garantizar la atención en salud a esta población con criterios de calidad y oportunidad. k. Articular con el INPEC, la USPEC y la Fiduprevisora el modelo de atención propuesto para sus afiliados privados de la libertad, de modo que sea operativo con el modelo de salud previsto para las personas privadas de la libertad. l. Publicar anualmente el mapa de riesgos de su población con las estrategias diseñadas para superarlos en un medio masivo de comunicación.

### 2.6.1. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI):

Las respuestas de ACEMI a las recomendaciones que se le hicieron fueron las siguientes:

Frente a la recomendación “a”, ACEMI manifiesta que existe una influencia directa en la oportunidad para la prestación de servicio de salud y la disponibilidad de tecnologías en salud. Una de las mayores barreras es la insuficiencia de las tecnologías requeridas para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, como los tomógrafos computarizados, los equipos de resonancia magnética, los mamógrafos y las unidades de radioterapia, lo cual genera impacto en

la cobertura y oportunidad. Esta situación es más marcada en territorios rurales y fuera de las capitales del país, por lo que se solicita medidas al Gobierno Nacional para promover el desarrollo de capacidades y la oferta en estos territorios.

Respecto a la recomendación “c”, informa que la liquidación de cinco EPS, incluyendo Coomeva y Medimás, que sumaban más de 3,9 millones de afiliados, produjo un traslado masivo de usuarios. Los anuncios fueron hechos con menos de 8 días de antelación, un plazo insuficiente para organizar nuevas redes de prestación o actualizar las existentes, identificar las personas en tratamiento, ajustar el modelo de atención o establecer oficinas de atención al usuario donde previamente no se tenían, pues, aunque se encontraban habilitadas para operar en determinados territorios, no contaban este tipo de servicio. Adicionalmente, señala que la población trasladada con tratamientos de alto costo presentaba datos incompletos o desactualizados de contacto, lo que dificultaba la continuidad de los tratamientos y afectaba la oportunidad y calidad de la atención, además generó desbalances financieros, ya que los recursos asignados por UPC eran insuficientes. Sin embargo, ACEMI no proporciona una respuesta específica a la recomendación, ya que no suministra información de las EPS agremiadas en pro de los avances o esfuerzos en la implementación y garantía de redes de prestadores de servicios en salud en las entidades territoriales que cuentan con población afiliada.

Frente a la recomendación “e”, informa que existe la problemática de desabastecimiento de medicamentos, situación que fue advertida por ellos a mediados del año 2022 y que actualmente se torna preocupante, ya que, al cierre de dicho año, varias EPS agremiadas señalaron escasez en 1.242 principios activos. Sin embargo, señalan que han adelantado acciones como el agotamiento de alternativas con el mismo principio activo, nuevos proveedores o gestores farmacéuticos, adquisición a través del canal comercial en casos específicos, uso de alternativas terapéuticas con la misma familia farmacológica o mecanismo de acción similar y coordinación para la modificación del esquema terapéutico cuando ello es posible bajo criterio del médico tratante. No obstante, dichas medidas han sido insuficientes.

ACEMI no emite respuesta respecto a las recomendaciones b, d, f, g, i, j, k y l.

Además de ACEMI, emitieron respuesta las siguientes aseguradoras:

### 2.6.2. Aliansalud EPS:

Frente a la recomendación “a”, manifiesta que las acciones de promoción y mantenimiento de la salud se realizan principalmente en el prestador primario IPS de Atención Básica Ambulatoria, e incluyen medidas de protección específica y detección temprana de los riesgos en salud. Para tal fin, han establecido rutas integrales de atención en salud adaptadas a partir de las directrices del Ministerio de Salud, las cuales

definen acciones a realizar en el prestador primario y en los prestadores complementarios según los servicios requeridos en cada etapa de la vida.

Señala el inicio en la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, priorizando las de promoción y mantenimiento de la salud y la materno-perinatal. La planificación de las actividades anuales se realiza teniendo en cuenta la población asignada a cada IPS y se elaboran matrices por etapa de vida que especifican las actividades, la población objetivo y la cobertura programada. Se realiza un seguimiento trimestral para evaluar la cobertura y adherencia a las actividades, y se otorgan incentivos en base al cumplimiento de los objetivos establecidos en los acuerdos contractuales. Además, manifiesta que brinda capacitaciones a los usuarios sobre las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, los proveedores de servicios y la importancia de participar en ellas para mantener la salud y prevenir enfermedades. También, respecto a estrategias de autocuidado, recomendaciones de actividad física y alimentación saludable.

Sobre la recomendación “b”, describe su modelo de atención y acceso, que incluye el proceso con las prioridades para poblaciones de especial protección y el proceso de auditoría concurrente como herramienta para garantizar la calidad de la atención. Sin embargo, no proporciona información relevante sobre las atenciones realizadas ni sobre las condiciones de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad que les permita a los

usuarios acceder a los servicios de salud que requieren.

Respecto a la recomendación “c”, relativa a asegurar redes de prestadores de servicios en salud, describe la conformación y organización de la red de prestadores de servicios de salud, organizaciones funcionales y servicios habilitados requeridos por la población afiliada a Aliansalud, tanto en el componente primario como en el complementario.

En relación con la recomendación “d”, señala que realiza seguimientos a población con patologías graves y de alto costo para garantizar la integralidad y continuidad en los tratamientos. Para ello, clasificó los grupos de riesgo en: Riesgo Cardiovascular – Enfermedades Cardio cerebro vascular metabólicas y Enfermedad Renal Crónica; Artritis reumatoide; Cáncer, priorizando el de cuello uterino, cáncer de seno, colorrectal, de próstata, gástrico y cáncer en menores de 18 años; VIH –SIDA; y atención de enfermedades huérfanas – hemofilia.

Frente a la recomendación “e”, manifiesta que viene haciendo seguimiento a la medición mensual de indicadores de oportunidad del operador logístico Medicare. Algunos de estos indicadores son: Proporción de medicamentos y/o insumos pendientes (Estándar  $\leq 1\%$ ), promedio tiempo de espera para entrega de medicamentos y/o insumos pendientes PBS (Estándar  $\leq 48$  horas (2 días) para el 100 % de los pendientes), Promedio tiempo de espera

en sala para atención (Estándar  $\leq 20$  minutos) y cobertura domiciliaria - % entregas domiciliarias pendientes (Estándar  $\geq 85$  %). Además, acompaña las acciones de mejoramiento implementadas por Medicarte, realizando seguimiento al indicador de entrega efectiva de pendientes, reporte de atención diaria de pacientes atendidos, reporte de fórmulas pendientes por despacho y entregas domiciliarias para garantizar la entrega efectiva de los medicamentos de los afiliados.

En cuanto a la recomendación “f”, informa que desarrolla actividades de capacitación a los responsables de la atención a los usuarios de acuerdo con la Circular Externa N.º 0008 de 2018 y anexa los planes de capacitación 2022 y 2023. Sin embargo, no aporta estadísticas relacionadas con la satisfacción en la atención recibida por parte de los usuarios.

Respecto a la recomendación “g”, señala que ha establecido diversos canales de atención para usuarios e IPS, lo que permite solicitar servicios, presentar PQRS y realizar trámites administrativos. Además, se han implementado autorizaciones automáticas para algunos servicios. En Bogotá, se ha trabajado en superar barreras geográficas mediante la disponibilidad de red en diferentes puntos de la ciudad, y en las zonas de portabilidad se han realizado contrataciones con IPS en los municipios a los que se han trasladado los afiliados. Para superar barreras económicas, se han establecido mecanismos de excepción de pago de copagos y cuotas moderadoras en servicios no excluidos, cuando el co-

tizante manifiesta incapacidad para su pago, según la normativa vigente. Sin embargo, no reportan datos frente a la efectividad de las medidas implementadas ni estadísticas que permitan establecer si efectivamente estas acciones han ayudado a eliminar las barreras de acceso para los usuarios o sus familiares.

En relación con la recomendación “h”, manifiesta que dentro de los servicios de urgencias o derivados se da preferencia a continuar la atención en la IPS en la que se encuentra el usuario, siempre que exista acuerdo de voluntades; de no existir, se revisa la condición clínica del paciente y la ubicación geográfica para determinar la opción de continuar con la prestación en la IPS inicial.

Respecto a la recomendación “i”, describe el proceso de autorización dentro de las IPS de atención básica y de los servicios de mayor complejidad. Añade que la metodología para la evaluación de la prestación efectiva del servicio describe las diferentes estrategias implementadas por la entidad para vigilar el cumplimiento de la oportunidad en la prestación de los servicios de la red ambulatoria y que el documento de conformación de la red 2022 muestra la conformación y organización de la red con los prestadores de servicios de salud, las organizaciones funcionales y servicios habilitados y requeridos para la población afiliada a Aliansalud EPS. Sin embargo, no aporta datos con respecto a la efectividad de los mecanismos implementados.



Con relación a la recomendación “j”, describe el modelo de atención para PPL y menores en el sistema de responsabilidad penal; sin embargo, no aporta datos que permitan determinar su efectividad.

Para la recomendación “k”, señala la implementación del modelo antes descrito; sin embargo, no da cuenta de haber articulado con el INPEC, la USPEC y el Fondo PPL el modelo de atención propuesto para sus afiliados privados de la libertad, con el fin de que sea operativo con el modelo de salud previsto para la PPL.

Frente a la recomendación “l”, informa que de forma trimestral hace una publicación sobre la situación de la EPS, donde se describen los indicadores priorizados en la caracterización poblacional. Sin embargo, al revisar el micrositio aportado por Aliansalud EPS, se observa que, si bien realiza una caracterización sencilla de los afiliados, no establece el mapa de riesgos ni desarrolla estrategias para superarlos.

### 2.6.3. Famisanar EPS:

Frente a la recomendación “a”, señala que cumple con la Ley 1438 de 2011, pues garantiza la prestación de intervenciones de promoción y mantenimiento de la salud, siguiendo la Resolución 3280 del 2018. Para tal fin, utilizan herramientas y rutas integrales de atención para aplicar estrategias de educación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, identifican alertas individuales y grupales con el objetivo de brindar atención integral

a los afiliados y sus familias teniendo en cuenta su ubicación geográfica y brindan protección específica y detección temprana. Sin embargo, no acoge la recomendación, dado que no garantiza el cumplimiento de las actividades de salud de carácter individual, pues no aporta datos o estadísticas que permitan evaluar la efectividad o el impacto de las medidas que manifiesta haber implementado.

Respecto a la recomendación “b”, manifiesta que garantiza a todos sus afiliados el acceso a servicios de salud desde el momento de su afiliación, en condiciones de integralidad, participación, aceptabilidad y calidad. Asimismo, prioriza la accesibilidad, oportunidad, continuidad, seguridad y pertinencia de los servicios, utilizando tecnologías sanitarias basadas en la evidencia científica y costo-efectivas, y busca la sostenibilidad financiera, transparencia en la gestión y autonomía médica, promoviendo la autorregulación y racionalidad en la atención de salud, entre otros. Sin embargo, no aporta información que permita identificar el impacto de las medidas.

Para la recomendación “c”, remite la red prestadora, pero no aporta datos sobre suficiencia y no establece las principales dificultades existentes en su red ni las medidas para superarlas.

Con relación a la recomendación “d”, informa que realiza grupos de riesgo que incluyen a pacientes con enfermedades de alto costo y otras patologías prioritarias en su modelo de salud, los cuales permiten identificar

las necesidades individuales y hacer un seguimiento general en cada cohorte, utilizando variables de georreferenciación y enfoque diferencial. Además, establecen procedimientos estandarizados y realizan evaluaciones periódicas a las IPS para monitorear la gestión y los resultados de salud de la población, incluyendo la oportunidad, continuidad y satisfacción de los usuarios. Anexa un gráfico del módulo de seguimiento y el Excel exportable por medio del cual se hace seguimiento a grupos de riesgo y señala que está implementando un nuevo aplicativo del Sistema de Gestión de Riesgo (SGR) en piloto, priorizando las cohortes de cáncer de mama, hipertensión y diabetes. Sin embargo, no precisa en cifras y estadísticas el número de pacientes a los cuales se hace seguimiento individualizado, caracterizándolos por patología y detallando la calidad en la prestación de los servicios de salud, tasas de recuperación ni efectividad de los tratamientos, entre otros.

Frente a la recomendación “e”, señala que cumplen con la normativa vigente en gestión farmacéutica, como la Resolución 1403/2007, el Decreto 780/2016 y la Resolución 1604 de 2013. De igual manera, manifiesta que cuentan con un manual de dispensación de medicamentos y suministros ambulatorios que establece los lineamientos para el acceso a medicamentos, alimentos con propósito médico especial, suministros y dispositivos médicos, además de ampliar la lista de medicamentos disponibles en los vademécums capitados. Sin embargo, no aporta datos exactos que permitan establecer la efectividad de las medidas adoptadas.

Respecto a la recomendación “f”, remite soporte del procedimiento establecido para trato digno y asegura que desde la Dirección de Participación Social se adelantan estrategias para incluirlo en el procedimiento establecido. Sin embargo, no aporta información detallada sobre las estadísticas de satisfacción en la atención recibida por parte de los usuarios.

Para la recomendación “g”, relaciona los diversos medios de acceso a la solitud de autorizaciones, lo que elimina las barreras de acceso a los servicios. Sin embargo, no aporta datos que permitan llegar a dicha conclusión.

Con relación a la recomendación “h”, informa que cuenta con una red contratada de alto nivel que ofrece atención integral a sus usuarios a través de la activación de la ruta de referencia y contrarreferencia para facilitar el traslado a otra institución. Sin embargo, no se evidencia la efectividad de la misma.

Frente a la recomendación “i”, establece que las IPS reportan la información que se consolida mensualmente en el Drive compartido. A partir de esta información se miden indicadores de especialidades priorizadas, como cirugía general, ginecología, medicina interna, medicina general, obstetricia, odontología y pediatría. Señala que el último martes de cada mes el equipo primario de oportunidad, junto con las cajas de compensación, realizan el seguimiento integral, incluyendo los resultados de los planes de mejora. Sin embargo, tampoco

relaciona datos que permitan identificar la efectividad de estas medidas.

Respecto a la recomendación “j”, señala que ha implementado un modelo de atención especial para la población privada de la libertad que se encuentra en una situación de alta vulnerabilidad, cuyo fin es comprender las necesidades específicas de estos afiliados y proporcionarles una red de servicios de salud que garantice el acceso a evaluaciones y atención integral adecuadas a sus requerimientos. Sin embargo, no se evidencia que dicho modelo se haya implementado.

En relación con la recomendación “k”, informa que cuenta con un líder encargado de mantener un directorio con los contactos de las instituciones relevantes, como ERON, Operadores SRPA, ICBF, Policía, URI, penitenciarías y secretarías de salud. Este líder se encarga de establecer comunicación con estas instituciones y compartir información sobre el modelo de atención y la red de proveedores de servicios. El objetivo es asegurar que se brinden de manera integral los servicios necesarios a esta población, facilitando la coordinación y colaboración entre Famisanar y las instituciones involucradas. Sin embargo, no se evidencia la articulación con el INPEC, la USPEC y el Fondo PPL para la implementación del modelo de atención propuesto para sus afiliados.

Frente a la recomendación “l”, manifiesta que realiza una caracterización de los niveles de riesgo de los afiliados,

tanto de la población sana que se enfoca en la prevención del riesgo en salud como de aquellos con condiciones de riesgo identificadas. El riesgo individual se clasifica en niveles, considerando la condición de afiliación (activo o suspendido) y si el afiliado está sano o enfermo. Sin embargo, no se establece el mapa de riesgos ni se desarrollan estrategias para superarlos.

#### 2.6.4. Salud Total EPS:

Respecto a la recomendación “a”, manifiesta que ha trabajado para implementar la Resolución 3280 de 2018, donde se incluye la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta materno-perinatal, de acuerdo con la progresividad definida en la Resolución 2503 de 2020, en donde aparecen las intervenciones ya definidas. Sin embargo, no informa sobre el cumplimiento de las actividades de salud de carácter individual y no aporta datos o estadísticas que permitan evaluar la efectividad o el impacto de las medidas que manifiesta haber implementado.

Frente a la recomendación “b”, comunica que cuenta con un proceso de autorizaciones que garantiza la validación de la pertinencia médica y administrativa de los servicios. Para ello, utiliza un sistema de información basado en los criterios de cobertura financiados por la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y los presupuestos establecidos y realiza seguimiento para asegurar la prestación efectiva del servicio a los afiliados, lo que garantiza las autorizaciones necesarias. Sin embargo, no se evidencia la efectividad de las medidas.

En relación con la recomendación “c”, informa que se realiza a través de la habilitación de las redes integrales, en cumplimiento del Decreto 1441 de 2016, pero no se evidencia si la red es suficiente para garantizar la prestación de servicios a sus afiliados en accesibilidad y calidad.

Con ocasión a la recomendación “d”, señala haber realizado los seguimientos a través de las estrategias de gestión de riesgos, las cuales varían según la población objetivo e incluyen programas especiales y procesos ordenados de atención (POAS). Estos se basan en rutas de atención que determinan las intervenciones individuales necesarias para el diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación.

Respecto a la recomendación “e”, manifiesta que tiene contratado al operador Audifarma S.A. para la dispensación de la mayoría de los productos farmacéuticos en 113 municipios. Esta institución cuenta con 220 Centros de Atención Farmacéutica (CAF) en todo el país y ofrece 12.095 opciones de medicamentos en su vademécum técnico. Asimismo, para ampliar la entrega oportuna de medicamentos, Salud Total EPS contrató al operador logístico Salutis, que ofrece cobertura a nivel nacional y realiza entregas domiciliarias, incluyendo medicamentos de alto costo e importados. Además, a partir de 2022, estableció un convenio con el operador logístico Disfarma para atender la asignación de usuarios de otras EPS en municipios donde no había cobertura. Sin embargo, no se

aportan datos que permitan evidenciar la efectividad de estos procesos de contratación.

Frente a la recomendación “f”, señala que cuenta con un plan de humanización dirigido a los colaboradores de la gerencia de servicio al cliente. Este plan tiene como objetivo crear una cultura centrada en las necesidades de los afiliados, brindando un trato digno, respetuoso y empático. De igual manera, informa haber diseñado un programa de capacitación que incluye un plan de inducción, un curso sobre trato digno, así como diplomados sobre gestión del servicio y excelencia en el servicio con el corazón, que abarcan temas como escucha activa, trabajo en equipo, resolución de casos, gestión de conflictos y valores corporativos, entre otros.

Respecto a la recomendación “g”, comunica que cuenta con representación a nivel nacional para brindar asesoría y acompañamiento a los afiliados en el acceso a sus servicios a través de centros de soluciones en salud presenciales, línea de autorizaciones ambulatorias y medios virtuales como WhatsApp, Chat, aplicación móvil y la oficina virtual en su página web. Además, señala que utiliza un software de programas especiales para identificar y priorizar los riesgos de la población, lo que permite exonerar los pagos compartidos (cuotas y copagos) y eliminar barreras de acceso relacionadas con aspectos económicos. Con todo, no se reportan datos que permitan identificar la efectividad de las medidas implementadas

Con relación a la recomendación “h”, informa haber implementado diversas actividades de acuerdo con el ámbito en el que se presenten los traslados. Es así como señala que en el ámbito de urgencias y hospitalización tiene en cuenta varias premisas, que incluyen protegidos que requieren cuidado intensivo y no son trasladables, urgencias vitales manejables en la institución de llegada, casos maternos y atención a binomio madre-hijo, urgencias quirúrgicas o en posoperatorio, víctimas de violencia sexual (código blanco), instituciones con capacidad técnica y científica adecuada, elección libre del paciente y autogestión del servicio a través de canales establecidos. En el contexto ambulatorio, señalan realizar actividades como la contratación por evento con la misma IPS, para las cohortes priorizadas, se mantiene el tratamiento integral en la IPS especializada en la patología específica, aplican la libre elección y se garantiza la continuidad de los tratamientos en curso mediante una revisión permanente de la afiliación y la base de datos unificada (BDUA). Sin embargo, no se aportan datos sobre la efectividad de estas medidas.

En cuanto a la recomendación “i”, manifiesta que en sus contratos establece la apertura de agendas, el reporte de indicadores de oportunidad, la atención de citas y la disponibilidad de canales no presenciales para agendar citas. También ofrece la opción de autogestión de los prestadores a través de la página web, la contratación de portafolios completos para garantizar la prestación integral de servicios y cambios en la asignación de especialidades

según la oportunidad requerida, entre otros aspectos, pero no aporta datos acerca de la efectividad de los mecanismos implementados

Con respecto a la recomendación “j”, señala que ha desarrollado una ruta orientadora para el control y manejo de casos de COVID-19 en la población privada de la libertad (PPL) en Colombia. Esta ruta establece canales de comunicación con instituciones como el INPEC y contempla trámites como la gestión de citas, movilidad entre regímenes, respuesta a requerimientos de entes de control y atención de casos especiales. Sin embargo, no se evidencia un modelo de atención y solo relacionan la ruta para casos de COVID-19.

Frente a la recomendación “k”, referente a establecer articulación con el INPEC, la UPSEC y el Fondo PPL, señala que desde 2018 ha establecido una articulación con el INPEC, entidad con la que han llevado a cabo reuniones y han mantenido un contacto permanente, por lo que solicita periódicamente la base de datos de la población privada de la libertad. No obstante, no se menciona nada respecto a la articulación del modelo de atención propuesto.

En cuanto a la recomendación “l”, sobre publicar anualmente el mapa de riesgos de su población con las estrategias diseñadas para superarlos en un medio masivo de comunicación, informa que en su página web publica el informe de gestión que incluye la información de las cohortes priorizadas. Revisado el micrositio de informes de

gestión de Salud Total EPS-S, se encontró el informe de gestión presentado el año 2022, donde se observa la caracterización del riesgo, los resultados de la gestión, la pirámide poblacional y el análisis por patologías.

#### 2.6.5. Sanitas EPS:

Frente a la recomendación “a”, indica que cumple con la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) mediante intervenciones individuales, donde han definido y ordenado actividades específicas para cada etapa de la vida y género, en coordinación con los prestadores de atención primaria y complementaria en todo el territorio nacional. Cuentan con líderes nacionales y equipos regionales encargados de hacer seguimiento a los indicadores de gestión a través de la herramienta SIGIRES, la cual permite el registro mensual de las actividades realizadas a la población asignada. Finalmente, anexa una tabla de actividades de promoción y mantenimiento de la salud entre las que se encuentran atenciones, servicios, pruebas, tamizajes, así como procedimientos e indicadores del régimen contributivo de acuerdo a la Resolución 2380.

No emitió respuesta alguna con respecto a la recomendación “b”, relativa a garantizar las atenciones en salud contenidas en el PBS (que incluye, UPC, techos máximos y ADRES), con disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad.

En cuanto a la recomendación “c”, señala que implementa diversas activida-

des para monitorear el cumplimiento, desempeño y calidad de la red de prestadores, lo que incluye la realización de comités operativos y comités estratégicos de articulación. En estos comités se verifican la gestión del riesgo, los resultados en salud y la satisfacción del usuario. Además, emplea la estrategia de Call Center para mejorar la accesibilidad y asignación de citas, y realiza visitas de calidad a la red contratada para verificar el cumplimiento de los acuerdos y los atributos de calidad. Sin embargo, no aporta cifras sobre las condiciones de accesibilidad y calidad.

Respecto a la recomendación “d”, comunica que realiza seguimiento de manera individualizada a las personas con patologías graves y de alto costo, garantizando integralidad en la atención y continuidad en su manejo. Al respecto, priorizan las siguientes enfermedades: VIH, hepatitis C, cáncer, artritis reumatoide, hemofilia, ERC precursoras, enfermedades huérfanas (esclerosis múltiple, fibrosis quística, síndrome de Turner, Prader Willi y Noonan), rutas neurológicas, hematológicas y genéticas huérfanas.

Con relación a la recomendación “e”, informa que se ha observado un comportamiento cercano a la meta establecida (98 %) en cuanto a la oportunidad de entrega inmediata de medicamentos PBS, con un promedio general de alrededor del 97,6 %, pero que el desabastecimiento de medicamentos de alta rotación ha afectado este indicador. Aporta una gráfica de indicadores de gestión de medicamentos de acuerdo a la Resolución 1604/2013, donde se

observan cifras de los medicamentos pendientes por entregar en punto y a domicilio.

Frente a la recomendación “f”, presenta un recuento de los mecanismos que ha utilizado para garantizar el trato digno por año. Reporta las acciones adelantadas, así como las cifras y resultados de las acciones implementadas, que muestran resultados positivos y continuidad en las estrategias.

En cuanto a la recomendación “g”, señala haber implementado una gestión integral para mejorar la asignación y autorización de servicios médicos a los afiliados con estrategias como el ordenamiento de servicios ambulatorios, el desarrollo de una interfaz de historia clínica entre Avicena y el aplicativo autorizador de la EPS Beyond Health (BH) y la implementación de un modelo no presencial a través de planillas para las IPS que no cuentan con historia clínica Avicena, que le ha ayudado a generar respuestas en un plazo máximo de 2 días hábiles. También ha establecido canales de comunicación no presenciales directos con los afiliados, como Chatbot, página web y APP, para facilitar la solicitud de direccionamiento de servicios, consultar resultados y renovar autorizaciones. Ha utilizado tecnologías como reconocimiento óptico de caracteres (OCR) y aprendizaje automático (*machine learning*) para agilizar el proceso, reducir el tiempo de respuesta y controlar la calidad y autorizaciones programadas periódicas y cíclicas de forma automática para los ordenamientos crónicos, brindando al afiliado todas las autoriza-

ciones necesarias para su tratamiento desde el momento de la solicitud. Para el ordenamiento de servicios intrahospitalarios, se ha implementado el Modelo de Autorizaciones Hospitalarias para garantizar respuestas rápidas a las IPS hospitalarias en casos de urgencia y hospitalización.

No emitió respuesta alguna con respecto a la recomendación “h”, relativa a evitar el traslado injustificado de pacientes cuando las IPS donde se encuentran ofrecen los servicios requeridos por el paciente y garantizan una atención integral.

Respecto a la recomendación “i”, comunica que ha implementado diversas estrategias para garantizar la integralidad y oportunidad en la autorización de servicios médicos; además, realiza un seguimiento diario desde el sistema autorizador BH, emitiendo reportes y asignando casos pendientes a las áreas correspondientes para una gestión oportuna. Asimismo, utiliza tecnologías como la interfaz de autorización entre Avicena y BH, el modelo no presencial con planillas procesadas masivamente y herramientas de MFT, así como tecnologías de ICR y *machine learning* en el canal virtual del afiliado, con lo cual se ha mejorado la capacidad y calidad del proceso y se han reducido los tiempos de respuesta. También ha implementado herramientas con matriz de reglas para definir servicios de nivel superior, optimizando la intervención humana y agilizando los tiempos de respuesta. En cuanto a los canales de comunicación, ofrece diversas opciones para agendar, confirmar,

reassignar y cancelar citas médicas, que incluyen la APP Aplicación Móvil, la Oficina Virtual Afiliados en el portal web, el asistente virtual Chatbot llamado Ana María, y el canal telefónico con líneas nacionales y locales por ciudad. Además, brinda canales para la radicación, consulta y renovación de autorizaciones de servicios de salud, como la APP Aplicación Móvil y la Oficina Virtual Afiliados, y cuenta con el servicio de Asesor de Oficina en Línea, que permite acceder a un servicio por chat o videollamada, con horarios específicos para atención por videollamada. Sin embargo, no aporta datos con respecto a la efectividad de los mecanismos implementados.

Sanitas EPS no emitió respuesta alguna con respecto a las recomendaciones “j” y “k”.

En relación con la recomendación “l”, informa que realiza la caracterización poblacional mediante registros específicos para identificar las prioridades en salud a nivel territorial. Ante esto, establece un plan de acción para abordarlas y las socializa a través de una matriz. Además, realiza campañas de salud dirigidas a los afiliados, abordando patologías relevantes y utilizó el “Boletín de Afiliados”, donde abrieron espacios en vivo en el canal de YouTube para acercar a sus usuarios a profesionales de la salud.

En cuanto a las RIAS adoptadas del Ministerio de Salud y Protección Social y creadas por EPS Sanitas, están disponibles en el “Repositorio de Gestión del Conocimiento”, accesible tanto para la red interna como externa.

Estas rutas están caracterizadas según el grupo de riesgo y constituyen una herramienta fundamental para la estandarización de la práctica clínica y la atención integral en salud. Se puede acceder a ellas a través del siguiente enlace: <https://sites.google.com/EPSSanitas.com/evidenciaensalud/p%C3%A1gina-principal?authuser=0>

#### 2.6.6. Servicio Occidental de Salud (SOS) EPS:

Con respecto a la recomendación “a”, manifiesta que han trazado estrategias para cumplir con las actividades de promoción de la salud y detección temprana establecidas en la Resolución 3280 de 2018, que incluye un modelo de acompañamiento en cada IPS para garantizar la prestación efectiva de servicios; además, realiza seguimiento mensual de las poblaciones, cohortes por curso de vida y metas programáticas, así como la verificación del cumplimiento de indicadores y la identificación de brechas y dificultades. De igual manera, señala haber realizado jornadas de salud adicionales para cumplir con actividades como tamizaciones de cáncer y riesgo cardiovascular y que ha desarrollado un plan de comunicaciones enfocado en sensibilizar a los usuarios sobre la importancia de acudir a los servicios de promoción y mantenimiento de la salud.

Frente a la recomendación “b”, manifiesta que cuenta con una red de prestadores que cubre los servicios necesarios para la población afiliada y que trabaja en colaboración con las IPS para garantizar el acceso oportuno y la calidad de



los servicios, así como para realizar auditorías técnicas y clínicas.

En relación con la recomendación “c”, indica que adelanta acciones dirigidas a conformar y organizar una red de prestadores de servicios de salud que cubra las necesidades de la población en cada departamento autorizado. Para ello, realiza estudios de gestión de la oferta para identificar y seleccionar los servicios y prestadores habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), considerando la disponibilidad y suficiencia de los mismos.

Respecto a la recomendación “d”, informa que implementa programas para cáncer, VIH y enfermedades huérfanas, donde lleva a cabo procesos de gestión del riesgo para garantizar la atención oportuna, continua e integral.

En cuanto a la recomendación “e”, manifiesta haber implementado diversas estrategias en su proceso de Gestión Farmacéutica para garantizar la entrega oportuna de medicamentos y dispositivos médicos a los pacientes ambulatorios. Estas estrategias incluyen el cambio de operador logístico, contrató a Cruz Verde; la cotización y parametrización de los productos; la gestión de agotados y desabastecidos buscando alternativas terapéuticas; la gestión de casos de PQRD; desarrollos tecnológicos, e implementación de plataformas web para solicitar domicilios y citas.

Con respecto a la recomendación “f”, comunica que ha implementado es-

trategias orientadas a brindar un trato digno y humano a los usuarios y sus familias, entre las cuales cita: modelo de experiencia al usuario, sistema de información y atención al usuario, atención y gestión de solicitudes, trato humanizado, medios y espacios adecuados, capacitación del talento humano e información y educación a los afiliados.

Frente a la recomendación “g”, indica haber implementado una amplia red de IPS para la atención de los afiliados.

En relación con la recomendación “h”, informa tener una extensa red de servicios contratados para proporcionar atención integral a los usuarios, adaptándose al nivel de complejidad requerido por cada patología. Este enfoque busca optimizar los recursos del sistema de seguridad en salud.

Respecto a la recomendación “i”, manifiesta que se implementaron acciones para fortalecer las herramientas tecnológicas en el proceso de autorización integral de servicios. Esto incluye aplicaciones y tableros de seguimiento, la creación de un equipo humano dedicado al seguimiento de la prestación efectiva de servicios a la población afiliada y un seguimiento mensual al agendamiento de citas.

En cuanto a las recomendaciones “j” y “k”, comunica la designación de una persona como referente nacional para la población privada de la libertad, que tiene como función gestionar el riesgo y coordinar con diferentes entidades

para garantizar la implementación del modelo de atención establecido por la organización, asegurando así el acceso a los servicios de salud sin barreras. Sin embargo, a pesar de que menciona el modelo, no lo especifica ni se mencionan datos que indiquen su efectividad.

Con respecto a la recomendación “1”, señala que publica anualmente el mapa de riesgos de su población junto con las estrategias diseñadas para superarlos. Esto se hace de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1536 de 2015, que permite la caracterización de las condiciones de salud de la población. Señala que las estrategias de la organización se encuentran publicadas en el micrositio “rendición de cuentas” en la página web de SOS EPS, y proporciona un enlace directo para acceder a esta información: <https://www.sos.com.co/personas/transparencia-2/rendicion-de-cuentas/>



## REFERENCIAS

- Congreso de la República de Colombia. [2007, 9 de abril]. *Ley 1133 de 2007*. Por medio de la cual se crea e implementa el programa “Agro, Ingreso Seguro – AIS”. [http://www.secretariase-nado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1133\\_2007.html](http://www.secretariase-nado.gov.co/senado/basedoc/ley_1133_2007.html).
- Consejo Económico y Social. [2000]. *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2008, 31 de julio]. *Sentencia T-760 de 2008*. M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2013]. *Sentencia T-873 de 2013*. M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-873-13.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2014, 29 de mayo]. *Sentencia C-313 de 2014*. M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2015, 01 de julio]. *Sentencia T-409 de 2015*. M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2015/T-409-15.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2016]. *Sentencia T-672 de 2016*. M. P.: Luis Guillermo Guerrero Pérez. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-672-16.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2016, 23 de febrero]. *Sentencia T-081 de 2016*. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-081-16.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2016, 31 de octubre]. *Sentencia T-594 de 2016*. M. P.: Gloria Stella Ortiz Delgado. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-594-16.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2017, 08 de mayo]. *Sentencia T-291 de 2017*. M. P.: Alejandro Linares Cantillo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-291-17.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2018, 21 de junio]. *Sentencia T-235 de 2018*. M. P.: Gloria Stella Ortiz Delgado. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/T-235-18.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2019]. *Sentencia SU-522 de 2019*. M. P.: Diana Fajardo Rivera. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/SU522-19.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2019, 01 de febrero]. *Sentencia T-038 de 2019*. M. P.: Cristina Pardo Schlesinger. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-038-19.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2019, 13 de agosto]. *Sentencia T-364 de 2019*. M. P.: Alejandro Linares Cantillo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-364-19.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2019, 13 de mayo]. *Sentencia T-192 de 2019*. M. P.: Gloria Stella Ortiz Delgado. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-192-19.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2019, 21 de marzo]. *Sentencia T-124 de 2019*. M. P.: José Fernando Reyes Cuartas. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/t-124-19.htm>.

- Corte Constitucional de Colombia. [2019, 6 de junio]. *Sentencia T-259 de 2019*. M. P.: Antonio José Lizarazo Ocampo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/t-259-19.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2020, 06 de noviembre]. *Sentencia T-475 de 2020*. M. P.: Alejandro Linares Cantillo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/T-475-20.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2020, 07 de diciembre]. *Sentencia SU-508 de 2020*. M. P.: Alberto Rojas Ríos y José Fernando Reyes Cuartas. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/SU508-20.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2020, 21 de agosto]. *Sentencia T-336 de 2020*. M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/T-336-20.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2021, 20 de abril]. *Sentencia T-101 de 2021*. M. P.: Gloria Stella Ortiz Delgado. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-101-21.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2021, 20 de enero]. *Sentencia T-015 de 2021*. M. P.: Diana Fajardo Rivera. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-015-21.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2022, 06 de julio]. *Sentencia T-253 de 2022*. M. P.: Jorge Enrique Ibáñez Najar. [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-253-22.htm#\\_ftn64](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-253-22.htm#_ftn64).
- Corte Constitucional de Colombia. [2022, 08 de febrero]. *Sentencia T-038 de 2022*. M. P.: Alejandro Linares Cantillo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/T-038-22.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2022, 1 de agosto]. *Sentencia T-277 de 2022*. M. P.: Diana Fajardo Rivera. <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/T-277-22.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2022, 11 de mayo]. *Sentencia T-160 de 2022*. M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-160-22.htm>.
- Corte Constitucional de Colombia. [2022, 17 de agosto]. *Sentencia T-287 de 2022*. M. P.: Jorge Enrique Ibáñez Najar. [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-287-22.htm#\\_ftnref105](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-287-22.htm#_ftnref105).
- Corte Constitucional. [2022, 16 de noviembre]. *Sentencia T-401A de 2022*. M. P.: José Fernando Reyes Cuartas. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-401A-22.htm>.
- Corte Constitucional. [2022, 21 de julio]. *Sentencia T-265 de 2022*. M. P.: Cristina Pardo Schlesinger. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-265-22.htm>.
- Corte Constitucional. [2022, 29 de marzo]. *Sentencia T-118 de 2022*. M. P.: Karen Caselles Hernández. [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-118-22.htm#\\_ftn73](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-118-22.htm#_ftn73).
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima). [s. f.]. *Desabastecimientos*. <https://www.invima.gov.co/desabastecimientos>.
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) y Ministerio de Salud y Protección Social. [2023, 22 de marzo]. *Realidad sobre el desabastecimiento o la escasez de medicamentos en Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/desabastecimiento.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. [2017]. *Resolución 330 de 2017*. Por la cual se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud y se establecen otras disposiciones. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-330-de-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. [2018]. *Resolución 1885 de 2018*. Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tec-

nologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1885-de-2018.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. [2021, 22 de diciembre]. *Resolución 2273 de 2021*. Por la cual se adopta el nuevo listado de servicios y tecnologías en salud que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202273%20de%202021.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202273%20de%202021.pdf).

Ministerio de Salud y Protección Social. [2021, 28 de diciembre]. *Boletín de prensa N.º 1279 de 2021*. *Minsalud actualizó Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-actualizo-Plan-de-Beneficios-en-Salud-con-cargo-a-la-UPC.aspx>.

Ministerio de Salud y Protección Social. [2022, 19 de octubre]. *Detección temprana del cáncer de mama disminuye en un 25% probabilidad de morir por esta causa*. *Boletín de Prensa 499*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Deteccion-temprana-del-cancer-de-mama.aspx>.

Organización de las Naciones Unidas [ONU] - Comité de Derechos Económicos. [2000, 11 de agosto]. Observación general N.º 14 [2000]: *El derecho al disfrute del más alto*

*nivel posible de salud [artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales]*. <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>.

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. [1948, 10 de diciembre]. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.

Presidencia de la República. [1991, 19 de noviembre]. Decreto 2591 de 1991. Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política. [http://www.secretariase-nado.gov.co/senado/basedoc/decreto\\_2591\\_1991.html](http://www.secretariase-nado.gov.co/senado/basedoc/decreto_2591_1991.html).

# ANEXOS

**Anexo A:** Diagnósticos y bloques establecidos en la Estadística Internacional de Enfermedades (CIE 10)

Capítulo	Bloque de códigos	Descripción
<b>I</b>	A00 - B99	Enfermedades infecciosas y parasitarias.
<b>II</b>	C00 - D48	Tumores [neoplasias].
<b>III</b>	D50 - D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.
<b>IV</b>	E00 - E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.
<b>V</b>	F00 - F99	Trastornos mentales y del comportamiento.
<b>VI</b>	G00 - G99	Enfermedades del sistema nervioso.
<b>VII</b>	H00 - H59	Enfermedades del ojo y sus anexos.
<b>VIII</b>	H60 - H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.
<b>IX</b>	I00 - I99	Enfermedades del sistema circulatorio.
<b>X</b>	J00 - J99	Enfermedades del sistema respiratorio.
<b>XI</b>	K00 - K93	Enfermedades del sistema digestivo.
<b>XII</b>	L00 - L99	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.
<b>XIII</b>	M00 - M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.
<b>XIV</b>	N00 - N99	Enfermedades del sistema genitourinario.
<b>XV</b>	O00 - O99	Embarazo, parto y puerperio.
<b>XVI</b>	P00 - P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
<b>XVII</b>	Q00 - Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
<b>XVIII</b>	R00 - R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.
<b>XIX</b>	S00 - T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.
<b>XX</b>	V01 - Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad.
<b>XXI</b>	Z00 - Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.
<b>XXII</b>	<b>U00 - U99</b>	Códigos para situaciones especiales.

**Anexo B:** Solicitudes en las tutelas

CODIGO	SERVICIO
<b>1</b>	<b>SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD</b>
<b>11</b>	<b>GRUPO CONSULTA EXTERNA</b>
1101	SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL INTRAMURAL
1102	SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL - EXTRAMURAL
1103	SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA
<b>12</b>	<b>GRUPO APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA</b>
1201	SERVICIO DE TERAPIAS
1202	OPTOMETRIA
1203	DONACION, TRANSFUSION Y TRASPLANTES
1204	TELEMETRIA
1205	DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS
1206	INSUMOS MEDICOS
1207	SERVICIO DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA
1208	IMAGENES DIAGNOSTICAS
1209	SERVICIOS DE MEDICINA NUCLEAR
1210	SERVICIO DE RADIOTERAPIA
1211	SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA
1212	SERVICIO DE DIAGNOSTICO VASCULAR
1213	SERVICIO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO
1214	SERVICIO DE GESTION PRE TRANSFUSIONAL
1215	SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO
1216	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO
1217	SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICO
1218	SERVICIO DE LABORATORIO DE CITOLOGIAS CERVICO - UTERINAS
1219	SERVICIO DE LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGIA
1220	SERVICIO DE PATOLOGIA
1221	HEMODIALISIS
1222	DIALISIS PERITONEAL
1223	ELECTROFISIOLOGIA
1224	GENETICA



1225 LABORATORIO DE NEUMOLOGIA

1226 UROLOGIA PRUEBAS

1228 OTORRINOLARINGOLOGIA

1229 COLOPROCTOLOGIA

1230 OFTALMOLOGIA

**13 GRUPO DE INTERNACION**

1301 HOSPITALIZACION ADULTOS

1302 HOSPITALIZACION PEDIATRICA

1303 HOSPITALIZACION PARCIAL

1304 SERVICIO DE HOSPITALIZACION PACIENTE CRONICO CON VENTILADOR

1305 SERVICIO DE HOSPITALIZACION PACIENTE CRONICO SIN VENTILADOR

1306 SERVICIO DE CUIDADO BASICO NEONATAL

1307 SERVICIO DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL

1308 SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL

1309 SERVICIO DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO

1310 SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO

1311 SERVICIO INTERMEDIO ADULTO

1312 SERVICIO INTENSIVO ADULTO

1313 SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL

1314 SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARCIAL

1315 SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

1316 SERVICIO CUIDADO BASICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

**14 GRUPO QUIRURGICO**

1401 CIRUGIA GENERAL

1402 CIRUGIA CARDIOLOGIA

1403 CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

1404 CIRUGIA DE MANO

1405 CIRUGIA DE MAMA

1406 CIRUGIA DERMATOLOGICA

1407 CIRUGIA DE TORAX

1408 CIRUGIA GASTROINTESTINAL

1409 CIRUGIA GINECOLOGICA

1410 CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA

1411 CIRUGIA PLASTICA ONCOLOGICA

1412 CIRUGIA VASCULAR

1413 CIRUGIA ONCOLOGICA

1414 CIRUGIA ONCOLOGICA PEDIATRICA

1415 CIRUGIA DERMATOLOGIA

1416 CIRUGIA COLOPROCTOLOGIA

1417 CIRUGIA GINECOLOGIA

1418 CIRUGIA NEFROLOGIA

1419 CIRUGIA PEDIATRICA Y NEONATOLOGIA

1420 NEUROCIRUGIA

1421 CIRUGIA OFTALMOLOGIA

1422 CIRUGIA ONCOLOGIA Y HEMATOLOGIA

1423 CIRUGIA ORTOPEDIA

1424 CIRUGIA UROLOGIA

1425 CIRUGIA POR ODONTOPIEDRIA

1426 MEDICINA ESTETICA Y CIRUGIA ESTETICA

1427 CIRUGIA POR HEMATOLOGIA ONCOLOGICA

1428 CIRUGIA ORTOPEDIA PEDIATRICA

1429 CIRUGIA ORAL

1430 CIRUGIA MAXILOFACIAL

1431 CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA

## **15 GRUPO ATENCION INMEDIATA**

1501 SERVICIO DE URGENCIAS

1502 SERVICIO PARA LA ATENCION DEL PARTO

1503 TRANSPORTE ASISTENCIAL DE PACIENTES

1504 SERVICIO DE ATENCION PREHOSPITALARIA

## **2 PANALES, PRODUCTOS DE ASEO Y CREMAS**

### **21 PANALES, PRODUCTOS DE ASEO Y CREMAS**

4101 OTROS ASOCIADOS A SALUD

## **5 MEDICAMENTOS**

### **51 MEDICAMENTOS DE SINTESIS QUIMICA**

5101 MEDICAMENTOS POR CATEGORIA TERAPEUTICA

### **52 MEDICAMENTOS OBTENIDOS DE PRODUCTOS NATURALES**

5201 MEDICAMENTOS MEDICINA NATURAL ALTERNATIVOS

5202 MEDICAMENTOS BIOLOGICOS Y BIOTECNOLOGICOS

### **53 MEDICAMENTOS - RADIOFARMACOS**

5301 MEDICAMENTOS DERIVADOS DEL BARIO

**6 PRODUCTOS DIETARIOS Y ALIMENTICIOS****61 ALIMENTOS Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES**

6103 ALIMENTOS Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES

7 OTROS NO RELACIONADOS CON SALUD

**71 OTROS NO RELACIONADOS CON SALUD**

7101 OTROS NO RELACIONADOS CON SALUD

**8 TRATAMIENTO INTEGRAL****81 TRATAMIENTO INTEGRAL**

8101 TTO. INTEGRAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

8102 TTO. INTEGRAL DE TUMORES (NEOPLASIAS)

8103 TTO. INTEGRAL DE ENFERMEDADES DE LA SANGRE

8104 TTO. INTEGRAL DE ENFERMEDADES ENDOCRINAS

8105 TTO. INTEGRAL DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

8106 TTO. INTEGRAL DE ENF. DEL SISTEMA NERVIOSO

8107 TTO. INTEGRAL DE ENF. DEL OJO Y SUS ANEXOS

8108 TTO. INTEGRAL DE ENF. DEL OIDO Y DE APOF. MASTOIDES

8109 TTO. INTEGRAL DE ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO

8110 TTO. INTEGRAL DEL SISTEMA RESPIRATORIO

8111 TTO. INTEGRAL DEL SISTEMA DIGESTIVO

8112 TTO. INTEGRAL DE ENF. DE LA PIEL Y TEJ. SUBCUTANEO

8113 TTO. INTEGRAL DEL SIST. OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO

8114 TTO. INTEGRAL DE ENF. DEL SISTEMA GENITOURINARIO

8115 TTO. INTEGRAL DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

8116 TTO. INTEGRAL DE AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL

8117 TTO. INTEGRAL DE MALFORMACIONES CONGENITAS Y DEFORMIDADES

8118 TTO. INTEGRAL DE SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES

8119 TTO. INTEGRAL DE TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS

8120 TTO. INTEGRAL DE CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

8121 TTO. INTEGRAL DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD

8122 TTO. INTEGRAL DE OTRAS SITUACIONES





**Defensoría  
del Pueblo**  
COLOMBIA

#NosUnenTusDerechos

**Defensoría del Pueblo de Colombia**  
Calle 55 N° 10-32  
Apartado Aéreo: 24299 - Bogotá, D. C.  
Código Postal: 110231  
Tels.: 314 73 00 - 314 40 00

[www.defensoria.gov.co](http://www.defensoria.gov.co)