

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL

Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008

Auto 1281 de 2025

Referencia: seguimiento a la orden décima novena de la Sentencia T-760 de 2008.

Asunto: valoración de cumplimiento.

Magistrado sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D.C., tres (3) de septiembre de dos mil veinticinco (2025).

La Sala Especial de Seguimiento de la Corte Constitucional, conformada por la Sala Plena en sesión del 1.º de abril de 2009 para efectuar el seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, integrada por los magistrados Vladimir Fernández Andrade, Miguel Polo Rosero y José Fernando Reyes Cuartas, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente auto.

SINTESES

La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 evaluó el registro de negación de servicios de salud dentro de la orden décima novena y declaró el **cumplimiento bajo**. Lo anterior, al evidenciar la inexistencia de medidas por parte del MSPS toda vez que: (i) no expidió una nueva regulación del registro de negaciones y sigue vigente la Resolución 3539 de 2019 que no incluye los servicios autorizados y no suministrados de forma oportuna, ni prevé el mecanismo de alarmas y ii) entre el III trimestre de 2023 al IV de 2024 se reportó un incremento de negaciones del 150,64 % de servicios PBS UPC, y del 109,88 % de PBS No UPC. No obstante, si bien el Ministerio adoptó algunas medidas conducentes que permitieron acreditar ciertos resultados, no se evidenció la superación de la problemática, pues: (i) el promedio de EPS que reportaron negaciones fue de 93,10 %, (ii) el promedio de validación de datos del registro fue de 97 %, (iii) el MSPS no reportó la deuda total de las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios) por devolución de la UPC cuando se nieguen servicios PBS y, (iv) los informes trimestrales se entregaron de forma incompleta, incluidos aquellos destinados a los órganos de control. En consecuencia, se ordenó al ente ministerial cumplir con lo dispuesto en los autos 411 de 2015, 122 de 2019, 439 de 2021 y 005 de 2024, en particular: expedir y aplicar un nuevo acto administrativo que regule el registro de negaciones, asegurar la calidad y completitud de los informes, incluir datos sobre reembolsos de la UPC, reducir el uso de la causal “otras razones” y

desincentivar las negaciones. Además, deberá remitir dichos informes a los órganos de control y reubicarlos en su sitio *web*, informando a la Corte en los plazos establecidos.

I. ANTECEDENTES

1. La Sentencia T-760 de 2008 identificó una serie de fallas graves y recurrentes en el SGSSS¹. Entre los problemas evidenciados encontró que la mayoría de las acciones de amparo interpuestas en materia de salud buscaban acceder a servicios incluidos en el entonces POS (Plan Obligatorio de Salud) hoy PBS (Plan de Beneficios en Salud), por lo que para contrarrestar esta problemática profirió la orden décima novena².

2. En este punto, se ponen de presente las valoraciones efectuadas por la Corte en torno a este mandato, las cuales se sintetizan a continuación:

Providencia y Nivel de Cumplimiento	Justificación	Orden
Auto 411 de 2015 Nivel de cumplimiento Bajo	a) El reporte de negación de servicios regulado en la Resolución 1683 de 2015 era insuficiente, no era confiable y no identificaba claramente las razones de negación ni las EPS con mayores barreras de acceso.	a) Incorporar un mecanismo de alarmas que se active ante el registro de una negación de un servicio PBS. b) Remitir a la Procuraduría, la Contraloría, la Defensoría y a esta Corporación la información de registro de servicios negados y no prestados en forma oportuna. c) Obtener la devolución del dinero pagado sin justa causa a las EPS que nieguen servicios.
Auto 122 de 2019 Nivel de cumplimiento Bajo	Identificó que las Resoluciones 2064 de 2017 y 1486 de 2018 buscaban establecer el procedimiento para el reporte de información de los servicios y tecnologías no autorizadas del régimen subsidiado. Sin embargo, presentaban deficiencias como: (i) problemas en el formato de reporte y la inexistencia de un sistema de alerta, (ii) falta de herramientas para identificar servicios autorizados, pero no suministrados, (iii) eliminación del registro en el régimen contributivo.	a) Emitir una nueva normatividad que regule el registro de negaciones, e incluya los servicios autorizados y no suministrados en forma oportuna. b) Incluir la causal “otros motivos” eliminada en las referidas resoluciones, y adoptar las medidas necesarias para disminuir en forma considerable el porcentaje de negaciones y dilaciones. c) Establecer las causales de la retención de la EPS que dan lugar a la no presentación de reporte y adoptar medidas eficientes, con el fin de lograr en forma efectiva el 100% de las entidades habilitadas. d) Reiterar la orden de remitir a los entes de control la información del registro de servicios negados. e) Reiterar el mandato de obtener la devolución de la prima pagada por los usuarios afectados.
Auto 439 de 2021 Nivel de cumplimiento Bajo y Medio para la remisión de informes por	a) Los informes entregados por el MSPS a la Corte “no involucra[ban] la totalidad de los asuntos ordenados, [y] no genera[ban] información sobre aquellos servicios que a pesar de haber sido autorizados no [eran] suministrados en forma oportuna”. b) No se contaba con un informe completo, confiable y de calidad	a) Cumplir con lo ordenado en los literales a, c, f y h del resolutivo 2.º del Auto 122 de 2019. b) Mantener el porcentaje de los registros validados en un 100 %. c) Asegurar que los informes de servicios negados registraran todas las negaciones independientemente de tener o no fundamento normativo. d) Definir los términos de atención, los cuales deberían estar acordes con los parámetros de eficacia y

¹ Sistema General de Seguridad Social en Salud.

² Allí dispuso: “[o]rdenar al Ministerio de la Protección Social que adopte medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad, (iii) indicando en cada caso las razones de la negativa, y, en el primero, indicando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico. El primer informe deberá ser enviado el 1 de febrero de 2009. Copia del mismo deberá ser remitida a la Corte Constitucional antes de la misma fecha.”

Providencia y Nivel de Cumplimiento	Justificación	Orden
parte de las EPS.	respecto a la realidad de las negaciones expresas y tácitas. Además, no reflejaba los resultados acerca de las negaciones de servicios PBS.	oportunidad.
Auto 005 de 2024 Nivel de cumplimiento Bajo	<p>a) No se emitió nueva normatividad para determinar los tiempos máximos en los que debían prestarse los servicios en salud y el registro omitía los datos de los servicios autorizados, pero no suministrados en forma oportuna.</p> <p>b) No se creó el mecanismo de alarmas que se activara ante el registro de una negación de un servicio PBS.</p> <p>c) Los reportes suministrados por el MSPS fueron inoportunos, estaban incompletos y carecían de confiabilidad y consistencia.</p> <p>d) No se informó con exactitud la suma de dinero que se pretendía recuperar, ni cuáles montos efectivamente ingresaron a la cuenta de recobro por concepto de reintegro de la UPC pagada por usuario durante el mes en que éste hubiese sufrido la barrera en la prestación de los servicios PBS UPC.</p>	<p>Reiteró las siguientes órdenes:</p> <p>a) Expedir las normas para regular el registro de negaciones en los regímenes contributivo y subsidiado.</p> <p>b) Diseñar el mecanismo de alarmas que se active ante el registro de negación de un servicio PBS.</p> <p>c) Mantener el porcentaje de los registros validados en un 100 %.</p> <p>d) Asegurar que en los informes de servicios negados se registraran todas las negaciones independientemente de tener o no fundamento normativo.</p> <p>Además, dispuso:</p> <p>e) Indicar a la Sala el contenido de la causal “Tecnología[s] incluida[s] en el Plan de Beneficios en Salud”.</p> <p>f) Incluir en los informes trimestrales un acápite con el trámite administrativo efectuado para obtener la devolución de la prima pagada por usuario durante el mes en que hubiere sufrido la barrera en la prestación de servicios PBS UPC (histórico de los reembolsos solicitados), y especificar los dineros efectivamente recaudados.</p>

3. El 2 de abril de 2025 el MSPS manifestó que el 30 de agosto remitió el cronograma y el 20 de diciembre de 2024³ radicó el primer informe de cumplimiento y presentó los documentos señalados⁴. Sin embargo, la Secretaría General de esta Corporación afirmó que los primeros documentos referidos no fueron recibidos⁵. Cronograma que contiene la siguiente información:

Actividades por desarrollar	Periodo de ejecución
Expedir la normativa que regule el registro de negaciones en los regímenes contributivo y subsidiado.	
(i) Definición de estándares de oportunidad para especialidades, a través de evidencia científica, datos históricos y estudios del IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud), como base para el desarrollo normativo del MGTE (Modelo de Gestión de Tiempos de Espera).	Agosto 2024 a enero 2025.
(ii) Identificación de estándares de oportunidad para la entrega de tecnologías en salud, como se calculan e identifican las fuentes de información existentes para su seguimiento.	Septiembre a noviembre de 2024
(iii) Expedición de acto administrativo que adopta el MGTE.	Enero a marzo de 2025.
(iv) Expedición de la norma que regule el registro de negaciones en los RS (Régimen Subsidiado) y RC (Régimen Contributivo) para generar información acerca de la negación de los servicios PBS, así como de aquellos que a pesar de haber sido autorizados no son suministrados en forma oportuna.	Febrero a julio de 2025
(v) Elaboración de las características de los datos e información de los estándares de oportunidad para el reporte de negaciones o de entrega inoportuna de tecnologías en salud en el RS y RC acorde con el proceso regulado.	Noviembre a diciembre de 2025
Diseñar el mecanismo de alarmas que se active ante el registro de negación de un servicio PBS.	
(i) Identificación de fuentes de información existentes (generador del dato, periodicidad de reporte) y fuentes de información a crear que evidencien la negación de servicios.	Octubre a noviembre de 2024

³ Día en el que inició la vacancia judicial que finalizó el 10 de enero de 2025 conforme a lo establecido por el Consejo Superior de la Judicatura en los artículos 3º del Decreto 1716 de 2009 y 21 de la Ley 640 de 2001.

⁴ En informe electrónico allegado el 2 de abril de 2025.

⁵ Información suministrada por la Secretaría General de la Corte el día 13 de mayo de 2025.

(ii) Establecer las alarmas según fuentes de información identificadas y los criterios de negación de servicios de acuerdo con la tipología de estos (por ámbito de atención, por especialidad, por tipo de tecnología).	Septiembre a noviembre de 2024
(iii) Análisis, diseño, desarrollo, pruebas de los mecanismos electrónicos para el reporte de alarmas a las entidades ordenadas por la Corte Constitucional.	Diciembre de 2024 a febrero de 2025
(iv) Implementación del mecanismo que active la alarma por parte de la entidad designada - desarrollos tecnológicos.	Marzo a abril de 2025
(v) Monitoreo y seguimiento al funcionamiento de la alarma.	Mayo de 2025
(vi) Expedición de la norma que incorpore el mecanismo de alarmas que debe activarse ante el registro de negación de un servicio PBS.	Febrero a julio de 2025

Tabla 1. Datos MSPS. Elaboración propia.

4. Asimismo, entre agosto de 2024 y marzo de 2025 reportó los siguientes avances frente al cumplimiento de las órdenes:

Avances por orden
Expedir la normativa que regule el registro de negaciones en los regímenes contributivo y subsidiado.
- Se identificó la necesidad de plantear en forma integral el MGTE como marco para dirigir y formular políticas, implementar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de los tiempos y listas de espera de atenciones en salud.
- Elaboración de la primera versión del acto administrativo mediante el cual se adoptará el MGTE.
- Se realizó el documento con el estándar de datos para recabar información a través de Mipres (Mecanismo de prescripción directa para servicios PBS no UPC) para determinar los tiempos de espera para proveer atenciones en salud y tecnologías sanitarias.
- Se realizó la exploración de mediciones del desempeño en los tiempos de espera para las atenciones en salud, consolidado en el documento elaborado por el IETS ⁶ .
- Revisó las fuentes de información que pueden responder al cálculo de la oportunidad en la asignación de citas que dispone en forma regular el MSPS.
- Actualización y ajuste de Mipres conforme a los requerimientos de la versión 3.0.
- Elaboró y publicó el acto administrativo que modifica la Resolución 740 de 2024 ⁷ para observaciones, con el fin de aperturar el monitoreo de las tecnologías en salud que lo requieran.
- Inclusión ⁸ del desarrollo del producto operativo del MGTE (Modelo de Gestión de Tiempos de Espera), denominado "Panel (<i>dashboard</i>) de analítica de datos para el monitoreo y evaluación del [MGTE]", que busca diseñar el tablero para automatizar y facilitar el monitoreo de los indicadores de la plataforma Mipres.
- Para el desarrollo del borrador, se realizaron 17 mesas técnicas conformadas por un equipo interdisciplinario, desde el 20 de agosto al 26 de noviembre de 2024, y dos mesas técnicas para validar las fuentes de información propuestas para identificar la negación de servicios y tecnologías en salud PBS.
- Reunión con la Dirección Jurídica del Ministerio ⁹ para conciliar las observaciones formuladas al proyecto de resolución.
- Socialización de la propuesta normativa ante la SNS (Superintendencia Nacional de Salud).
- Se proyectó la versión final del proyecto normativo que establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en el RC y RS, reemplazar la fuente existente de auto reporte de servicios negados por las EPS señalada en la Resolución 3539 de 2019 ¹⁰ e implementar nuevas fuentes de información como las PQRD (Petición, Quejas, Reclamos y Denuncias) y las tutelas recopiladas por la SNS. Además, se define un nuevo procedimiento para la gestión de devoluciones de la prima UPC (Unidad de Pago por Capitación) y deroga la Resolución 3539 de 2019.
Diseñar el mecanismo de alarmas que se active ante el registro de negación de un servicio PBS.
- Identificación de los mecanismos electrónicos en línea implementados para el envío automático de información a entidades externas que garantizan la calidad, integridad y no repudio de la información entre las entidades como los servicios <i>web</i> .
- La Oficina TIC (Tecnología de la Información y la Comunicación) en forma conjunta con la DPSAP (Dirección

⁶ Documento "[m]edición y Análisis de Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de Cita de Atención especializada" financiado por el MSPS, mediante el contrato No. 1271-2024, el cual fue suscrito entre la Dirección de Medicamentos de este el IETS.

⁷ Por la cual se modifica el procedimiento para el manejo de tecnologías en salud y servicios no UPC.

⁸ Dentro de la ejecución del Proyecto de Inversión "Generación de Evaluaciones de Tecnología en Salud Basada en la Evidencia Científica para la Toma de Decisiones a nivel Nacional" 2023-2027 identificado con el Código BPIN 2022011000097 y bajo el programa 1905- Salud Pública a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, Subprograma 0300-INTERSUBSECTORIAL SALUD.

⁹ Realizada el 26 de febrero de 2025, en donde se incorporaron los ajustes pertinentes, y se incluye la reformulación del objeto normativo, el fortalecimiento de aspectos de técnica legislativa, y la modificación del epígrafe. Con estos insumos, se consolidó una versión actualizada del proyecto normativo.

¹⁰ Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud del RC y RS, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016.

de Prestación de Servicios y Atención Primaria) del Ministerio, presentaron la propuesta de seguimiento a los tiempos de espera del Modelo de Gestión de Tiempos y Listas de Espera.
- Se propuso el modelo conceptual para diseñar el mecanismo de alarma sobre oportunidad de la atención.
- Se incluyó la reglamentación del mecanismo de alerta y alarma en el proyecto en el que se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en el RC y RS que derogó la Resolución 3539 de 2019

Tabla 2. Datos MSPS. Elaboración propia.

5. Adicionalmente, el Ministerio indicó que la causal “[t]ecnología[s] incluida[s] en el Plan de Beneficios en Salud”¹¹ hace referencia a los servicios prescritos a través de Mipres, pero que se financian con la UPC. Además, remitió los informes de los trimestres III y IV de 2023, I, III y IV de 2024 respecto de los servicios negados, pero no remitió el del II trimestre de 2024. No obstante, la Corte procedió a ubicarlo en su página *web*. En aquellos reportes indicó: (i) las negaciones PBS UPC, discriminadas por régimen y EPS, (ii) los servicios y tecnologías PBS no UPC con causales de no entrega, (iii) los servicios negados por la junta de profesionales de la salud¹² y, (iv) los “avances para obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario UPC”.

6. Para el III y IV trimestre de 2023 puso de presente las causas que representaron el 98 % de las negaciones de servicios PBS UPC en el RC¹³ así: (i) servicio o tecnología sin evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica, (ii) usuario no afiliado a la EPS al momento de solicitar el servicio y (iii) servicio o tecnología sin autorización de la autoridad competente para su uso. En el RS¹⁴ fueron: (i) servicio duplicado o tramitado, (ii) servicio o tecnología sin evidencia científica sobre su efectividad clínica y, (iii) otras razones, respectivamente.

7. Para el 2024 en el RC¹⁵ el 95 % de las causas de negaciones, fueron: (i) servicio o tecnología sin evidencia científica sobre su efectividad clínica, (ii) usuario no afiliado a la EPS al momento de solicitar el servicio y, (iii) servicio o tecnología no autorizado por la autoridad competente. En el RS¹⁶ aquellas que reportaron el 99 %, fueron: (i) servicio duplicado o tramitado, (ii) otras razones, (iii) servicio o tecnología sin evidencia científica sobre su efectividad clínica.

8. Además, indicó las causales de negación de servicios PBS UPC por EPS para el III y IV trimestre del 2023¹⁷, así: (i) Nueva EPS, 49 % y (ii) Savia Salud EPS, 47 %. En el 2024: (i) Savia Salud, 76 % y (ii) Nueva EPS, 21 %. El MSPS indicó las causas de negación de servicios a través de Mipres¹⁸ correspondientes al 47 % para el II y III trimestre de 2023 en el RC¹⁹: (i) misma solicitud en otra prescripción, (ii) la indicación de uso del medicamento no está aprobada por el Invima (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos) y, (iii) tecnología cubierta por otro plan en salud. En el RS²⁰, aquellas que ocuparon el 64 % fueron: (i) misma solicitud en otra prescripción (ii) suministro por tutela y (iii) tecnología cubierta por

¹¹ Informe recibido en la Sala Especial el 5 de mayo de 2025.

¹² Tales como productos nutricionales, servicios específicos y medicamentos.

¹³ Ver Anexo 1, Tabla 1.

¹⁴ Ver Anexo 1, Tabla 2.

¹⁵ Ver Anexo 1, Tabla 3.

¹⁶ Ver Anexo 1, Tabla 4.

¹⁷ Ver Anexo 1, Tabla 5.

¹⁸ No financiados con recursos de la UPC

¹⁹ Ver Anexo 1, Tabla 7.

²⁰ Ver Anexo 1, Tabla 8.

otro plan en Salud.

9. En el 2024 para el RC²¹ se relacionaron las causales que ocuparon el 68 % de las negaciones: (i) misma solicitud en otra prescripción, (ii) tecnología cubierta por otro plan de salud y, (iii) la indicación de uso del medicamento no está aprobada por el Invima. Para el RS²² las que correspondieron al 74 % fueron: (i) misma solicitud en otra prescripción, (ii) tecnología cubierta por otro plan de salud y (iii) suministro por tutela.

10. La Superintendencia Nacional de Salud²³ indicó haber adelantado acciones de control cuando evidenciaron prácticas violatorias del derecho a la salud. En consecuencia, reportó que para el III trimestre de 2023 impuso²⁴ 11 multas por \$11.284.486.000 y para el IV trimestre del mismo año 43 sanciones administrativas por \$16.253.920.000 en contra de las EAPB por fallas e incumplimientos en la prestación de los servicios de salud. Para ambos trimestres, los motivos estuvieron relacionados, entre otros, con los siguientes:

Motivos de investigación
Incumplimiento instrucciones de la Supersalud. Incumplimiento en el reporte de información, Ley 1949 de 2019.
Calidad - Información, recobros, visita inspectiva.
Ley 1949 de 2019, salud pública – atención.
Barreras de acceso. Inoportunidad en la prestación de servicios de salud. No entrega completa y oportuna de los medicamentos e insumos requeridos por usuaria.
Incumplimiento de instrucciones o trámite peticiones
Inoportunidad en autorizaciones y prestación de servicios de salud.
Fallas en la calidad y oportunidad en la atención de urgencias.
No garantizar prestación de los servicios de salud de manera accesible, oportuna y continuada para el servicio de odontología general.
Red Prestadora de Servicios de Salud. Autorizaciones y medicamentos

Tabla 3. Datos Supersalud. Elaboración propia.

11. Para el 2024, la SNS reportó²⁵ sanciones en primera instancia por \$16.110.900.000^[26], cuyos principales motivos respondían a: (i) incumplimiento de las EAPB de entregar los registros trimestrales sobre negación de servicios y, (ii) negaciones injustificadas de servicios PBS, relacionados con:

Motivos de investigación
Incumplimiento fallo de tutela no habría garantizado el acceso oportuno con médico especializado y suministro de medicamento.
Fallas en la prestación de servicios de salud irregularidades en el aseguramiento.
La autorización de los servicios de salud fue inoportuna. El trámite de las solicitudes de tecnologías en salud No PBS fue inoportuno por parte del “Comité Técnico Científico”. Negación de afiliaciones.
No responder de fondo PQRDS relacionadas con la prestación del servicio de salud.
Inoportunidad en la autorización de servicios de salud y en la entrega de medicamentos.
Incumplimiento prestación del servicio de salud. Ley 1949 de 2019. Tutela incidente de desacato
Incumplimientos de normas del SGSSS relacionados con la atención a menores de edad con diagnóstico de desnutrición.
Incumplimiento al proceso de referencia y contrarreferencia.

²¹ Ver Anexo 1, Tabla 9.

²² Ver Anexo 1, Tabla 10.

²³ Informe radicado el 22 de enero de 2024 bajo el oficio núm. 20241610200116061.

²⁴ En primera instancia.

²⁵ En reportes de los trimestres I, II, y IV de 2024, remitidos el 15 de abril, 19 de julio de 2024 y 24 de enero de 2025, respectivamente.

²⁶ Por cada uno de los trimestres, la SNS reportó las siguientes sanciones: (i) para el primero, 19 por \$5.567.900.000, (ii) para el segundo trimestre, ocho multas por \$5.135.000.000, (iii) para el tercero, seis sanciones por \$2.158.000.000, (iv) para el último, diez multas por \$3.250.000.000.

Tabla 4. Datos Supersalud. Elaboración propia.

12. A través de Auto de 19 de mayo de 2025, la Sala Especial trasladó los informes presentados por el MSPS respecto del III y IV trimestre de 2023 y I, II, III y IV de 2024 a los peritos constitucionales voluntarios²⁷, para que emitieran los conceptos pertinentes. Además, decretó pruebas al Ministerio y a la Supersalud. En respuesta a lo anterior, se allegó lo siguiente:

Asociación Pacientes de Alto Costo ²⁸	Manifestó que, los reportes trimestrales presentados por la cartera de salud presentan limitaciones en su estructura analítica. En particular: (i) carecen de un análisis detallado y cruzado de la información reportada por las EAPB lo que impide identificar patrones sistemáticos o correlaciones relevantes, (ii) no permiten desagregar los datos por EPS habilitadas en cada departamento y conocer el volumen de negaciones según territorio, lo que obstaculiza una evaluación territorializada del problema y, (iii) omite las patologías más afectadas por las negaciones y sus causales. Lo que dificulta dimensionar el impacto clínico y epidemiológico real de dichas barreras en el acceso a los servicios de salud.
Así Vamos en Salud ²⁹	Señaló que: (i) se identifican EPS que no realizan reportes y algunas no superan la validación de los datos, (ii) ante lo anterior, el MSPS remite la información a la SNS, sin embargo, faltan acciones concretas para corregir las falencias y (iii) cuando las entidades reinciden en el no reporte del registro de negación, no existe un mecanismo preventivo que garantice el envío oportuno y correcto dentro del término establecido.
Gestarsalud ³⁰	Indicó: (i) el MSPS disminuyó las retroalimentaciones realizadas a las EPS frente a los reportes de negaciones de servicios, lo que limita la capacidad de ajuste y mejora continua en los procesos de validación de datos y, (ii) resaltó la importancia de fortalecer los criterios de validación de los servicios ordenados a través de Mipres para prevenir duplicidad en las prescripciones o la utilización de este mecanismo para “tecnologías ya financiadas por la UPC”.
Acemi ³¹	Refirió: (i) la importancia que el MSPS reglamente los tiempos máximos de espera para ciertas especialidades, además señala que, sin esta reglamentación, el mecanismo de alertas tampoco tendría alguna utilidad, al no existir un parámetro objetivo sobre el cual se pueda establecer que un servicio está siendo negado, (ii) que debe establecerse una metodología de validación efectiva de las fuentes de información, no toda queja o tutela presupone una negación de servicios y, (iii) fortalecer los procesos de formación, comunicación y articulación entre los actores del sistema, con el fin de evitar interpretaciones erróneas de las causales de negación que puedan afectar la confianza institucional y el acceso adecuado a los servicios de salud .

13. El Ministerio de Salud y Protección Social informó que³²:

(i) Revisó el proyecto de resolución que adopta el MGTE (Modelo de Gestión de Tiempos de Espera) y este permitió obtener tiempos de espera promedio, con base en información de Mipres. Lo que representan un insumo clave para definir los umbrales máximos de desempeño técnicamente fiables.

(ii) El proyecto de regulación del registro de negaciones había culminado la consulta pública³³, por lo que las observaciones recibidas serían incorporadas en el articulado correspondiente. Asimismo, resaltó que las validaciones del proyecto se realizan de manera conjunta entre la SNS y la Adres (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) con el fin de precisar y delimitar el rol de cada entidad en relación con: a) la definición del régimen de transitoriedad de la norma, b) los plazos procedimentales aplicables, c) la tipificación de casos de

²⁷ Así Vamos en Salud, la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, Acemi, Pacientes de Alto Costo y Gestarsalud (Asociación de empresas gestoras del aseguramiento y/o gestión de la salud).

²⁸ Informe electrónico recibido el 25 de mayo de 2025.

²⁹ En oficio recibido vía correo electrónico el 30 de mayo de 2025

³⁰ En oficio recibido vía correo electrónico el 10 de junio de 2025.

³¹ En oficio recibido vía correo electrónico el 17 de junio de 2025.

³² En oficio recibido vía correo electrónico el 30 de mayo de 2025.

³³ Llevada a cabo entre el 2 y el 25 de abril de 2025.

negación sin justa causa, d) las condiciones para la activación del mecanismo de alarmas y, e) el procedimiento de devolución de recursos con cargo a la UPC.

(iii) Expidió 10 resoluciones³⁴ mediante las que ordenó el reintegro de la UPC pagada por usuario durante el mes en que se negaron los servicios PBS UPC, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 995 de 2022³⁵. En este contexto, destacó que la Adres recaudó un total de \$1.983.174.943 por servicios negados en salud, los cuales fueron reintegrados por Nueva EPS.

14. La Superintendencia Nacional de Salud³⁶ reportó que entre el III trimestre de 2023 y el IV trimestre de 2024 recibió 955.670 PQRD³⁷ relacionadas con la negación de servicios de salud, discriminadas así: (i) el 46 % por negación en la asignación de citas o consultas, (ii) el 29 % por negación en la entrega de tecnologías en salud o de otros servicios autorizados y, (iii) el 19 % a negación en la atención en otros servicios de salud.

II. CONSIDERACIONES

Competencia

15. En virtud de las facultades otorgadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional en sesión del 1.º de abril de 2009, el artículo 86 de la Constitución Política, y el artículo 27 del Decreto 2591 de 1991³⁸, esta Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir el presente auto.

Metodología de la valoración

16. La Sala evaluará por quinta ocasión la orden décima novena de la Sentencia T-760 de 2008, de conformidad con los niveles de cumplimiento³⁹ establecidos a partir del Auto 411 de 2015⁴⁰ y lo mencionado por esta Corte en diferentes ocasiones, en relación con la intervención excepcional del juez constitucional en materia de

³⁴ Resoluciones 2402 y 2023 del 30 de diciembre de 2021 en contra de Cajacopi EPS y AIC EPS-I. Resoluciones 1134, 1135, 1136 y 1137 del 30 de junio de 2022 para Aliansalud EPS, Comfamiliar Cartagena, Capital Salud EPS y Dusakawi EPS-I. Resoluciones 1313, 1314 y 1315 del 29 de julio de 2022 correspondiente a Comfaguajira, Comfamiliar Huila y Nueva EPS S. A. Finalmente, se expidió la Resolución 343 del 7 de marzo de 2023 contra Savia Salud EPS. Ver Anexo 1, Tabla 21

³⁵ Que modificó la Resolución 1716 de 2019.

³⁶ En oficio recibido vía correo electrónico el 5 de junio de 2025.

³⁷ Ver Anexo 1, Tabla 23.

³⁸ “Cumplimiento del fallo. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirlo sin demora. Si no lo hiciere dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes, el juez se dirigirá al superior del responsable y le requerirá para que lo haga cumplir y abra el correspondiente procedimiento disciplinario contra aquél. Pasadas otras cuarenta y ocho horas, ordenará abrir proceso contra el superior que no hubiere procedido conforme a lo ordenado y adoptará directamente todas las medidas para el cabal cumplimiento del mismo. El juez podrá sancionar por desacato al responsable y al superior hasta que cumplan su sentencia. Lo anterior sin perjuicio de la responsabilidad penal del funcionario en su caso. En todo caso, el juez establecerá los demás efectos del fallo para el caso concreto y mantendrá la competencia hasta que esté completamente restablecido el derecho o eliminadas las causas de la amenaza”.

³⁹ En el Auto 373 de 2016, la Corte validó la utilización de niveles que permitan valorar los avances, rezagos o retrocesos en la ejecución y el seguimiento de las políticas públicas para determinar el grado de acatamiento de las órdenes en el desarrollo de las labores de seguimiento.

⁴⁰ Proferido el 16 de septiembre, mediante el cual se efectuó el seguimiento a la orden décima novena de la Sentencia T-760 de 2008.

políticas públicas⁴¹. Lo anterior, con fundamento en la información remitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y los conceptos de los peritos constitucionales voluntarios⁴². Valoración que se realiza nuevamente, primero, porque es función de la Sala vigilar el cumplimiento de sus órdenes y sus autos y segundo, ya que, pese a las distintas intervenciones por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, el nivel de cumplimiento de la orden décima novena se ha mantenido, por lo general, en un nivel bajo.

17. En esta oportunidad, se analizarán las medidas adoptadas entre el III trimestre de 2023 y el IV trimestre de 2024 dirigidas a acatar los mandatos impartidos en la sentencia estructural y los autos de valoración 411 de 2015, 122 de 2019, 439 de 2021 y 005 de 2024. En consecuencia, se verificará: (i) el registro de negaciones, (ii) negación de servicios PBS, (iii) la devolución del dinero correspondiente a la UPC pagada durante el mes en el que se negaron los servicios PBS, (iv) los informes trimestrales de negación de servicios, (v) el cumplimiento de las órdenes por parte de la SNS. Para finalmente, (vi) establecer el nivel de cumplimiento del mandato.

18. Cabe advertir que, si bien el Auto 005 de 2024 abordó la temática relacionada con la eficacia y oportunidad de los servicios de salud, en esta ocasión ello no será evaluado, toda vez que se analizará en el marco de la orden general de acceso, esto es, la décima sexta de la Sentencia T-760 de 2008.

Medidas implementadas por las autoridades para cumplir con el mandato décimo noveno

(i) Registro de negaciones

19. En este apartado la Sala analizará: (i) la regulación del registro de negaciones, (ii) entrega de informes de las EPS respecto de servicios negados y, (iii) la validación de datos del registro.

Regulación del registro de negaciones

20. En primer lugar, la Sala advierte la inexistencia de medidas frente a la regulación del registro de negaciones toda vez que, a pesar de haber transcurrido más de 12 meses de la notificación del Auto 005 de 2024⁴³ continúa vigente la Resolución 3539 de 2019. En ese contexto, se analizó el proyecto presentado por el Ministerio mediante el cual se regulará dicho registro y se incluirá la creación del mecanismo de alarmas. Sin embargo, la resolución no ha sido expedida ni implementada. En consecuencia, se avanzará en el análisis de cumplimiento de las órdenes emitidas en dicha providencia, sin perjuicio de la obligatoriedad del MSPS de continuar trabajando en la nueva regulación.

21. En ese sentido, el Auto 005 de 2024 concluyó que el reporte de información

⁴¹ Autos 007 de 2025, 2049, 607 y 778 de 2024, 1288 y 2566 de 2023, 496 de 2022, 287 de 2021, 92A de 2020, 140 y 470A de 2019, entre otros.

⁴² La documentación hace referencia a: (i) los informes trimestrales de registro de negaciones emitidos por el MSPS, (ii) los reportes de la SNS y, (iii) las respuestas entregadas por los peritos, al auto de pruebas del 19 de mayo de 2025.

⁴³ Notificado mediante estado núm. 087 de 2024 y comunicado con el oficio OPTC-269/24 del 29 de mayo de 2024.

establecido en la Resolución 3539 de 2019 impedía determinar el número de negaciones expresas y tácitas. Además, no consignó el tiempo máximo en el que debían brindarse los servicios de salud, ni creó el mecanismo de alarmas que se activara ante el registro de negación de un servicio PBS, a pesar tratarse de una orden emitida desde el Auto 411 de 2015 y reiterada en los autos 122 de 2019 y 439 de 2021.

22. Como se indicó, el Ministerio puso de presente estar desarrollando un proyecto de acto administrativo para establecer el nuevo registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud para ambos regímenes⁴⁴. Además, manifestó que en reunión con la SNS y la Adres presentó una versión ajustada del articulado que incorporó modificaciones derivadas de las observaciones remitidas por diferentes actores del sistema⁴⁵. En esta reunión se acordó que estas se recibirían hasta el 22 de mayo de 2025 y afirmó que, en caso de identificar ajustes de fondo, valoraría la posibilidad de iniciar una nueva fase de consulta pública⁴⁶.

23. La Sala evidencia que el proyecto de resolución elimina el sistema de auto reporte de las EAPB y establece nuevas fuentes de información para determinar el número de servicios negados, así como de los autorizados, pero no suministrados oportunamente, a saber: (i) las tutelas radicadas o informadas a la SNS, (ii) los datos del sistema de PQRD de la SNS, (iii) las PQRD reportadas por las entidades territoriales ante la Supersalud y, (iv) las PQRD presentadas ante las EPS y EAPB. Asimismo, fija el procedimiento para determinar servicios y tecnologías PBS UPC negados sin justa causa, así como el reintegro de estos recursos, asignándole competencias a la SNS para: (i) detectar y determinar los servicios negados, (ii) establecer los valores a reintegrar, (iii) identificar la destinación de los recursos transferidos e, (iv) incorporar un mecanismo de alarma que se active ante la negación de un servicio.

24. Respecto al proyecto normativo, la Sala Especial advierte que este no ha sido expedido ni implementado y, si bien se incorporan diversas fuentes de información⁴⁷, estas podrían ser insuficientes para conocer la totalidad de los servicios negados. El proyecto se limita a incluir las PQRD y tutelas radicadas por los usuarios ante la SNS, las entidades territoriales y las EAPB, situación que impide conocer las negaciones que no fueron objeto de queja o acción constitucional. Frente a ello, la Corte observa que, si bien el conjunto de fuentes empleadas refleja en buena medida los escenarios de negaciones, también sería importante no eliminar el auto reporte que actualmente realizan las EPS, el cual constituye una fuente de información relevante para contrastar los datos reportados por las aseguradoras en salud frente a los obtenidos a partir de las PQRD y las tutelas.

25. Por otra parte, llama la atención el mínimo desarrollo normativo establecido

⁴⁴ En informe recibido el 2 de abril de 2025 en la Sala Especial.

⁴⁵ El MSPS no dio a conocer las observaciones presentadas en la consulta pública.

⁴⁶ En respuesta posterior recibida el 30 de mayo de 2025.

⁴⁷ (i) Las tutelas radicadas o informadas ante la SNS, (ii) los datos del sistema de PQRD de la SNS, (iii) las PQRD reportadas por las entidades territoriales ante la Supersalud y, (iv) las PQRD presentadas ante las EPS y EAPB.

frente al mecanismo de alarmas⁴⁸, pues se limita a asignarle la competencia a la SNS para incorporarlo. En ese sentido, la Sala considera relevante que en el proyecto se aborden disposiciones relacionados con: (i) la definición de parámetros y criterios para determinar cuáles hechos constituyen una alarma, (ii) determinar cómo y cuándo se activa y, (iii) el rol de las autoridades involucradas, definir responsabilidades, medidas a adoptar, tiempos de respuesta y mecanismos de seguimiento, así como la creación de espacios de actuación conjunta que garanticen la presencia activa de la Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación y la Defensoría del Pueblo, como entidades llamadas a vigilar, realizar control fiscal, investigar o, en ejercicio de su magistratura moral, promover acciones de tutela o populares. Lo anterior, según lo ordenado en los autos 411 de 2015 y 122 de 2019.

26. Ahora bien, el MSPS reportó en el cronograma que: (i) entre diciembre de 2024 a febrero de 2025 ejecutaría el análisis, diseño, desarrollo, pruebas de los mecanismos electrónicos, (ii) entre marzo y abril de 2025 implementaría el mecanismo que active la alarma por parte de la entidad designada y (iii) en mayo de 2025 realizaría el monitoreo y seguimiento al funcionamiento de la alarma.

27. Para verificar lo anterior, la Sala solicitó información relacionada con el avance en la ejecución de las referidas actividades⁴⁹. Frente a ello, el MSPS informó que⁵⁰, el mecanismo definitivo que permitirá activar de forma automática la alarma ante la negación de un servicio dependería, como prerequisite de, a) la expedición oficial del MGTE, b) la expedición de la norma de registro de negación y, c) la consolidación del sistema de alarmas. Además, afirmó que, “una vez se adopten estos elementos, se procederá con la estructuración del sistema definitivo”, situaciones que afectan el desarrollo del cronograma planteado por el mismo ente ministerial toda vez que, las fechas inicialmente establecidas han sido postergadas, y estas, al parecer, no fueron tenidas en cuenta al momento de fijar las fechas que se reportaron a la Sala.

28. Acto seguido, se verificó el cumplimiento de la orden de expedir el acto administrativo que adopta el MGTE, la cual, según el Minsalud, se ejecutaría entre enero y marzo de 2025. Sin embargo, la cartera de salud informó que, el proyecto de resolución que habilita la implementación progresiva del MGTE para avanzar en el cumplimiento de las medidas ordenadas por la Corte, especialmente aquellas relacionadas con los tiempos de espera y la activación del sistema de alertas, estaba en revisión jurídica y administrativa, conforme al procedimiento interno de la entidad.

Entrega de informes de las EPS respecto de servicios negados

29. El Auto 005 de 2024⁵¹ reiteró al Ministerio la orden de asegurar que los informes registren la totalidad de las negaciones independientemente de contar con

⁴⁸ El artículo 13 establece que la SNS, en ejercicio de su función, definirá el conjunto de medidas mediante las que ejercerá control sobre los sujetos vigilados. Además, incorporará un mecanismo de alarma que se active ante la negación de un servicio.

⁴⁹ Solicitado en Auto del 19 de mayo de 2025.

⁵⁰ Con ocasión a informe recibido el 30 de mayo de 2025, como respuesta al Auto del 19 de mayo de 2025.

⁵¹ Que reiteró lo ordenado en el ordinal segundo, literal d) del Auto 439 de 2021.

fundamento normativo. No obstante, se observa que en la información remitida no se reportaron los casos en los que, si bien los servicios fueron autorizados, no fueron suministrados de manera oportuna, a saber:

EPS	Entidades que no reportaron					
	III-2023	IV - 2023	I-2024	II-2024	III-2024	IV-2024
Salud Bolívar EPS	X	✓	✓	✓	✓	✓
Asmet Salud EPS	X	✓	✓	✓	✓	✓
Sanitas EPS	X	✓	X	✓	✓	✓
Cajacopi EPS	X	✓	X	✓	✓	✓
Dusakawi EPS	X	✓	✓	✓	✓	X
Capresoca EPS	✓	✓	X	X	✓	✓
Anas Wayúu EPS-I	✓	✓	✓	X	✓	✓
Pijaos Salud EPS	✓	✓	✓	✓	X	✓
EPS Familiar de Colombia	✓	✓	✓	✓	✓	X

Tabla 5. Datos MSPS. Elaboración propia.

30. La Sala observa que de las 29 EAPB habilitadas en 2023: (i) el 82,76 % reportó en el III trimestre y (ii) el 100 % en el IV. Para 2024 (iii) el 89,66 % presentó en el I trimestre, (iv) el 93,19 % para el II, (v) el 96,55 % para el III y (vi) el 93,19 % en el IV.

31. Se advierte que: (i) entre el III y IV trimestre de 2023 se aumentó el número de EPS que reportaron las negaciones en 17,24 %, pues se pasó de 82,76 % al 100 %, (ii) del 96,97 % alcanzado en el II trimestre de 2023⁵², se pasó al 100 %, en el IV del mismo año. Para el 2024 (iii) el porcentaje se mantuvo por encima del 89 %, lo que muestra consistencia en los reportes de toda la vigencia, (iv) para el III trimestre de 2024 el 96,55 % de las entidades lo presentaron, este fue el periodo que más se acercó a la meta del 100 % fijada.

32. Ahora, el MSPS informó que para avanzar en el cumplimiento de esta orden envió correos electrónicos masivos a las EAPB antes del vencimiento del plazo del reporte. Agregó que, cuando estos no son oportunos, realiza seguimiento durante los primeros 20 días del mes siguiente para luego trasladar la información a la SNS⁵³. Lo anterior, permite reconocer que estas medidas resultan conducentes para obtener el reporte de las negaciones por parte de las EPS obligadas, pese a ello, los resultados acreditados no permiten asegurar que se va a superar la problemática. En particular: (i) el MSPS solo para el IV trimestre de 2023 logró que el 100 % de las EAPB reportaran la información, (ii) el promedio general de cumplimiento en los periodos analizados fue del 93,10 %, (iii) aún para el último trimestre de 2024 persiste una diferencia porcentual del 6.9 % para cumplir con la meta del 100 % y (iv) se presentó una disminución del 3,90 % entre el II trimestre de 2023⁵⁴ y el IV de 2024, al pasar de 96,97 % al 93,19 %.

*Validación de datos del registro*⁵⁵

⁵² Valorado en Auto 005 de 2024.

⁵³ Para que según la Ley 1949 de 2019 y las competencias establecidas en el Decreto 1080 de 2021 inicie las acciones de control que corresponda.

⁵⁴ Valorado en Auto 005 de 2024.

⁵⁵ Los reportes de información que realizan las EAPB, en el marco de la Resolución 3539 de 2019, surtirán dos fases de validación: (i) se revisará la estructura de los datos y la calidad de información y, (ii) se realizará el control de calidad del contenido de la información que se haya reportado a través de Pisis.

33. El Auto 005 de 2024⁵⁶ reiteró la orden de mantener el porcentaje de los registros validados frente al universo de las negaciones (tácitas y expresas) al interior del SGSSS en un 100 %. Como se indicó en precedencia, en esta ocasión no es posible tener el universo de negaciones al no contar con datos sobre los servicios autorizados, pero no suministrados oportunamente (negaciones tácitas). No obstante, la Sala analizará las validaciones de los reportes de negaciones expresas correspondientes al III y IV trimestre de 2023 y del I al IV de 2024.

Periodo	Total de registros enviados	Total registros validados exitosamente	% de participación
II trimestre de 2023 ⁵⁷	10.737	10.737	95.27%
III trimestre de 2023	15.828	15.828	100%
IV trimestre de 2023	8.644	8.567	99%
I trimestre de 2024	6241	6.199	99%
II trimestre de 2024	13.605	13.386	98%
III trimestre de 2024	4.368	4.295	98%
IV trimestre de 2024	26.911	25.007	93%
Total:	75.597	73.281	97%

Tabla 6. Datos Minsalud. Elaboración propia.

34. En este contexto, la Sala Especial observa que: (i) se pasó del 95,27 % al 100 % de las validaciones entre el II⁵⁸ y III trimestre de 2023, lo que revela un incremento de 4,63 %, (ii) se validó el 99 % de los reportes para el IV trimestre de 2023 y el I de 2024, (iii) en los trimestres subsiguientes (II y III trimestre de 2024) se llegó al 98 % y, (iv) se validó el 93 % para el IV trimestre del 2024, porcentaje más bajo del periodo analizado. Además, se observa un promedio del 97 % frente al 98,7 % del II trimestre de 2023, lo que implica una disminución del 1,7 %.

35. Ahora bien, el MSPS informó que, para mejorar el porcentaje de validación de los reportes de negaciones, implementó validaciones automáticas en la plataforma Pisis. Esta herramienta rechaza los reportes que no cumplen con las reglas establecidas y notifica de inmediato a la EAPB mediante el correo registrado. Asimismo, se implementaron estrategias de parametrización en los sistemas de información, orientadas a facilitar un cargue completo y correcto por parte de las entidades reportantes⁵⁹.

36. Lo anterior, le permite a la Sala reconocer que estas medidas resultan conducentes para alcanzar la meta de validación de los registros negados, sin embargo, los resultados acreditados impiden evidenciar que se va a superar la problemática⁶⁰, toda vez que: (i) en cinco de los seis trimestres se superó el 98 % de validaciones, (ii) si bien el promedio es del 97 % para el periodo analizado, está por debajo del registrado en el Auto 005 de 2024, correspondiente al 98,71 %⁶¹ y (iii)

⁵⁶ Ordenado en el Auto 439 de 2021.

⁵⁷ Línea de base. Periodo valorado en Auto 005 de 2024.

⁵⁸ Valorado en Auto 005 de 2024.

⁵⁹ A saber: (i) implementación de ajustes en la validación del anexo técnico del Resolución 3539 de 2019, para permitir el cargue parcial de los registros, acumulación de archivo, cargue de archivos por régimen y actualización de la tabla paramétrica de EPS (Ajustes a partir de abril de 2025) y (ii) se ha efectuado contacto y asistencia técnica a las EAPB que presentan cambios súbitos en la proporción de registros reportados, con el propósito de identificar posibles fallas en la captura de la información.

⁶⁰ Conclusión que fue puesta de presente por la Corte en el Auto 439 de 2021 y reiterada en el Auto 005 de 2024.

⁶¹ Valor resultante del promedio de los porcentajes de validación alcanzados en los últimos 6 trimestres de valoración del Auto 005 de 2024, correspondiente a los trimestres, I de 2022 con un 100%, II de 2022 con un 97%, III de 2022 con un 100%, IV de 2022 con un 100%, I de 2023 con un 100% y II de 2023 con un 95,27%.

nuevamente esta verificación se realizó a partir de reportes incompletos que no incluyen la totalidad de negaciones.

(ii) Negaciones de servicios PBS

37. En este apartado la Sala analizará el número de negaciones de servicios incluidos en el PBS según su fuente de financiación y el tipo de causal invocada por las EAPB y se evaluarán las negaciones de servicios PBS UPC y PBS No UPC.

Negaciones de Servicios PBS UPC

38. A continuación, la Corte consolidó los datos presentados por el Ministerio para los servicios referidos así:

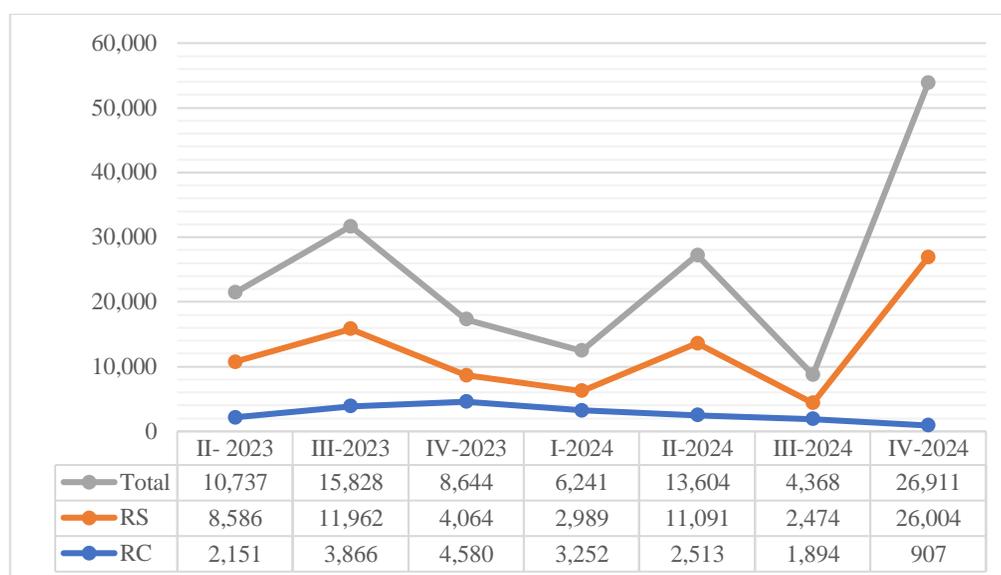


Imagen 1. Número de Negaciones PBS UPC. Elaboración propia.

39. La Sala observa que entre los trimestres: (i) II⁶² y III de 2023 hubo un aumento del 47,42 %, (ii) III al IV 2023 disminuyó en un 45,4 %, (iii) frente al IV de 2023 al I del 2024 se redujo en un 27,8 %. Para el 2024, (iv) del I al II subió un 117,99 %, (v) del II al III cayó un 67,89 % y, (vi) del III al IV aumentó en 515,87 %. Finalmente, al comparar el II de 2023 con el IV del 2024 se observa un incremento del 150,64 %, periodo (IV trimestre) que reportó el mayor número de negaciones con 26.911.

40. Respecto del RC las negaciones aumentaron para el III trimestre en 79,73 % respecto del II trimestre de 2023⁶³ y del 112,92 % para el IV del mismo año. Para el 2024 subió un 51,19 % para el I trimestre y un 16,83 % para el II, así como disminuyó en un 11,95 % para el III y un 57,83 % para el IV trimestre. De lo anterior, se advierte que, después del crecimiento sostenido en el 2023, se presentó una tendencia descendente durante el 2024, del 57,83% de las negaciones entre el II trimestre de 2023 al IV de 2024, al pasar de 2.151 a 907.

41. En el RS se observa un incremento del 39,32 % entre el II al III trimestre de

⁶² Valorado en Auto 005 de 2024.

⁶³ Valorado en Auto 005 de 2024.

2023. Sin embargo, para el IV de 2023 disminuyó en un 52,66 % y para el I de 2024 en un 65,17 %. Para el II de 2024 subió en un 29,18 % y decreció en un 71,18 % para el III. La Sala resalta que entre el II trimestre de 2023 y el IV de 2024 se observó un aumento del 202,87 %, y entre el III al IV de 2024 se advirtió un incremento del 950,9 %.

42. En este punto, la Corte advierte que existe una tendencia a la baja en el régimen contributivo. No obstante, llama la atención el crecimiento desproporcionado entre el III al IV trimestre de 2024 del 950,9 % en el número de negaciones del régimen subsidiado, lo cual refleja un comportamiento negativo y regresivo en la problemática de acceso de los servicios de salud⁶⁴. En consecuencia, la Sala considera inadmisibles la persistencia en la negación de servicios incluidos en el PBS UPC lo cual advierte el reiterado incumplimiento por parte del Ministerio en la desincentivación de las negaciones de los servicios y tecnologías del PBS.

43. Ahora, frente a las primeras tres causales para negar servicios PBS UPC en ambos regímenes, se tiene: (i) servicio duplicado o tramitado, (ii) servicio o tecnología sin evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica y (iii) otras razones. Por otra parte, las causales que no registraron reportes en ninguno de los regímenes fueron: (i) servicio o tecnología que debe prestarse en el exterior, (ii) la prescripción del medicamento no tenía la cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas, en números y letras y, (iii) la orden médica está vencida y no refrendada. Ahora, se presentan los datos para las principales causales así⁶⁵:

Trimestre	Servicio duplicado o tramitado			Servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica			Otras razones		
	Núm. de Negaciones	Posición Ranking	%	Núm. de negaciones	Posición Ranking	%	Núm. de negaciones	Posición Ranking	%
II 2023⁶⁶	7.385	1. ^a	69	2.891	2. ^a	27	180	3. ^a	2
III-2023	9.763	1. ^a	62	5.492	2. ^a	35	185	3. ^a	1
IV-2023	1.642	2. ^a	19	6.522	1. ^a	75	185	3. ^a	2
I-2024	1.561	2. ^a	25	4.277	1. ^a	69	137	3. ^a	2
II-2024	9.842	1. ^a	72	3.256	2. ^a	24	166	3. ^a	1
III-2024	1.344	2. ^a	31	2.304	1. ^a	53	364	3. ^a	8
IV-2024	20.478	1. ^a	76	952	3. ^a	4	5.129	2. ^a	19
Total	44.630	1.^a	59	22.803	2.^a	30	6.166	3.^a	8

Tabla 7. Datos Minsalud. Elaboración propia.

44. Respecto a la causal “servicio duplicado o ya tramitado” se advierte: (i) un aumento del 32,26 % del II⁶⁷ al III trimestre de 2023, (ii) una disminución del 83,18 % entre el III y el IV trimestre de 2023, (iii) una baja del 4,93 % del IV de 2023 al I de 2024. Para el 2024, (iv) un incremento del 530,5 % del I al II, (v) una caída del 86,35 % entre el II y el III, y, (vi) una subida del 1.423,07 % del III al IV.

45. Lo anterior resulta relevante para la Sala, dado el aumento sostenido entre los periodos I al II y del III al IV del 2024. Además, se observa un incremento del 177,30 % entre el II trimestre de 2023 y el IV de 2024, lo que posiciona dicha causal

⁶⁴ Aspecto ampliamente analizado en el marco de la orden décima sexta.

⁶⁵ Para ampliar la información, ver Anexo 1, Tabla 12.

⁶⁶ Línea de base. Periodo valorado en Auto 005 de 2024.

⁶⁷ Valorado en Auto 005 de 2024.

en el 1.^a y 2.^a lugar entre los motivos más frecuentes de negación. Este comportamiento creciente podría sugerir fallas en los procesos de prescripción y gestión interna de la EAPB. En ese sentido, la Sala no advierte que se hayan implementado medidas conducentes tendientes a disminuirlas.

46. Por otra parte, frente a la causal “servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica” se observa: (i) un aumento del 90,04 % del II⁶⁸ al III trimestre de 2023, (ii) un incremento del 18,75 % entre el III y el IV de 2023, (iii) una disminución del 34,45 % del IV de 2023 al I de 2024. Para el 2024 se reportan disminuciones del: (i) 23,84 % del I al II trimestre, (ii) 29,26 % entre el II y el III y (iii) del 58,67 % entre el III al IV trimestre de 2024.

47. La Sala observa que entre los trimestres II de 2023⁶⁹ y IV de 2024 se reportó una disminución del 67,06 %, pues las negaciones pasaron de 2.891 a 1.939. Esta reducción podría obedecer, por un lado, a que los prestadores de salud formularon servicios alineados con las guías clínicas y con respaldo científico; o por otro, a que las actualizaciones del PBS incorporaron tecnologías que previamente no contaban con evidencia. Sin embargo, la Corte cuestiona la existencia de esta causal, pues al tratarse de un servicio incluido en el PBS, ya cuenta con registro Invima y, por ende, con un aval de eficacia científica. En consecuencia, es necesario que el Ministerio explique las razones que sustentan la utilización de esta causal de negación.

48. En relación con la causal “otras razones”, la Sala solicitó al MSPS explicar en detalle su contenido. En respuesta, se manifestó que corresponde a “los motivos de negación que no estén incluidos en las causales 1 a 39” para evitar subregistros de las entidades reportantes⁷⁰. No obstante, la Sala advierte que dicha justificación no aclara la ambigüedad de esta categoría. Los datos suministrados para el 2023 evidencian: (i) un aumento del 2,78 % entre el II al III trimestre, (ii) se mantuvo en 185 negaciones entre el III y IV y, (iii) una disminución de 25,95 % del IV de 2023 al I de 2024. Para el 2024, aumentos del (iv) 21,17 % del I al II, (v) del 119,28 % entre el II y el III y, (vi) del 1.408,24 % del III al IV.

49. Además, se presentó un incremento del 2.749 % en los registros entre los trimestres II del 2023⁷¹ (180 reportes) al IV del 2024 (5.129 negaciones). Asimismo, entre los periodos III de 2023 al II de 2024 se mantuvo en 1 % o 2 %, sin embargo, en el III de 2024 llegó al 8 % y para el IV del mismo año al 19 %, lo que evidencia que para 2024 se superó en 17 % el límite establecido por esta Corporación en el Auto 122 de 2019 como umbral máximo aceptable (2 %)⁷². Por lo anterior, la Corte observa que: (i) el Minsalud no brindó claridad en el contenido de esta causal, (ii) se ha reportado un uso excesivo de esta, (iii) existe ambigüedad, a pesar de que la Sala ha intentado conocer en detalle su génesis. Asimismo, se resalta que, si bien el

⁶⁸ Valorado en Auto 005 de 2024.

⁶⁹ Valorado en Auto 005 de 2024.

⁷⁰ Respuesta recibida vía correo electrónico el 30 de mayo de 2025.

⁷¹ Valorado en Auto 005 de 2024.

⁷² En Auto 122 de 2019, la Corte ordenó para la causal “otras razones”, adoptar las medidas necesarias para disminuir el porcentaje de negaciones por esta causal hasta la consecución de los siguientes indicadores: a más tardar en un año a partir del nuevo registro de negaciones, es decir desde la expedición de la Resolución 3539 de 2019, el porcentaje máximo sería 10 % (correspondiente al 2020), para el segundo año del 5 % (2021), y para el tercer año el 2% (2022). En consecuencia, al haber transcurrido ya dicho periodo, el umbral exigible actualmente es del 2 %.

listado de causales de negación es taxativo, es necesario que el MSPS desagregue los motivos actualmente clasificados bajo la categoría de “otras razones”, de lo que deberá informar a la Corte.

50. En consecuencia, la Sala concluye que las negaciones PBS UPC en ambos regímenes aumentaron respecto al II trimestre de 2023⁷³, al pasar de 10.737 a 26.911, lo que representa un incremento del 150,64 %. Además: (i) en el RS las negaciones aumentaron en 202,87 % al pasar de 8.586 en el II trimestre del 2023 a 26.004 en el IV del 2024, (ii) frente al RC se incrementó en 79,73 % entre los trimestres II de 2023 y el III del mismo año, y 112,92 % para el IV del 2023. (iii) La causal “otras razones” no ha sido explicada en debida forma y supera el límite de 2 % establecido, pues en el III trimestre de 2024 fue del 8 % y 19 % en el IV del mismo año. En consecuencia, la Sala advierte que el MSPS no implementó medidas tendientes a desincentivar las negaciones UPC, pues guardó silencio al respecto y los datos aportados así lo establecen.

Negación de servicios PBS No UPC

51. La Corte verificará los datos presentados por la cartera de salud para los servicios referidos y prescritos a través de Mipres, a saber:

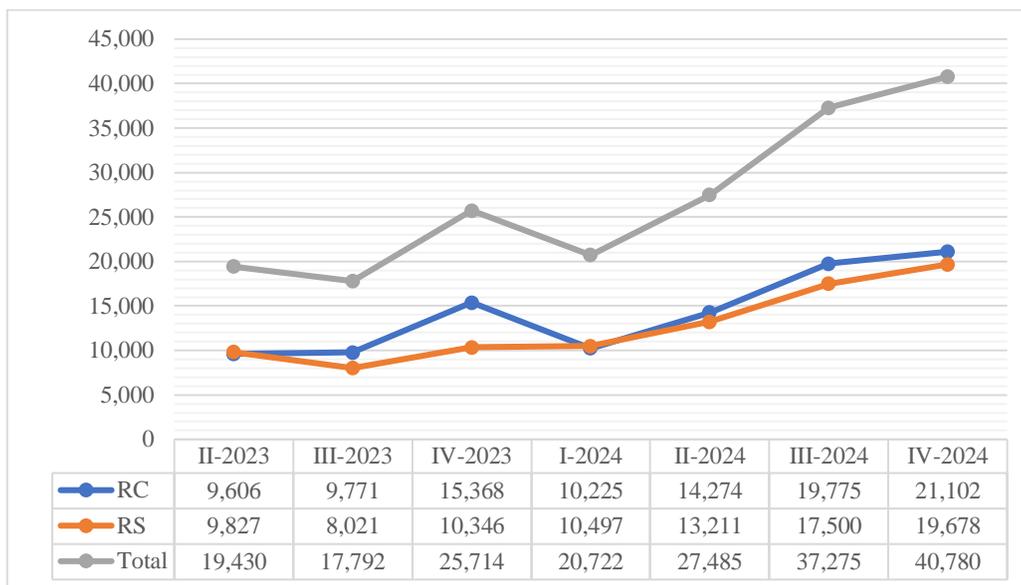


Imagen 2. Número de Negación de Servicios PBS No UPC. Elaboración propia.

52. La Sala, frente al total de las negaciones, advierte para 2023: (i) II al III trimestre una disminución del 8,45 %, (ii) un incremento del 44,61 % entre el III y el IV, (iii) una reducción del 19,43 % del IV de 2023 al I de 2024. Para el 2024, aumentos del (iv) 32,63 % entre el I y el II trimestre, (v) del 35,61 % del II al III y, (vi) del 9,41 % entre el III y el IV. Además, se observa una tendencia creciente de causales reportadas entre los trimestres I y IV de 2024, con una tasa promedio de negación del 12 % y aumento en más del 110 % del total de negaciones al pasar de 19.430 a 40.780.

53. En cuanto al RC, se identificó en 2023: (i) un aumento del 1,71 % en el III trimestre y (ii) del 57,30 % en el IV. Para 2024, (iii) una disminución del 33,45 %

⁷³ Valorado en Auto 005 de 2024.

en el I trimestre, (iv) un incremento del 39,60 % en el II, (v) del 38,55 % en el III y (vi) del 6,71 % en el IV. Frente al RS, en 2023: (i) se presentó una disminución del 18,80 % en el III trimestre y (ii) un incremento del 28,99 % en el IV. Para 2024, (iii) el aumento fue del 1,46 % en el I trimestre, (iv) del 25,89 % en el II, (v) del 32,42 % en el III y (vi) una reducción del 12,47 % en el IV trimestre. Por otra parte, se observa respecto del II trimestre de 2023⁷⁴ y para el RC, aumentos en 9.606 (119,6 %), en el II de 2023 a 21.201 en el IV de 2024 y en el RS, incrementos del 100,24 %, pues se pasó de 9.827 negaciones en el II trimestre de 2023 a 19.678 en el IV trimestre de 2024.

54. Adicionalmente, se advierte que: (i) si bien el régimen contributivo⁷⁵ concentró el mayor número de negaciones (90.515), el régimen subsidiado⁷⁶ (79.253) presentó una tasa de crecimiento más acelerada (145,3 % vs. 119,6 %) (ii) el porcentaje de no entrega se duplicó al pasar de 10,37 % a 21 %, (iii) en el IV trimestre de 2024 se presentó la mayor diferencia entre ambos regímenes, con 5.022 negaciones más en el RC respecto del subsidiado a pesar de contar con un menor número de afiliados, lo cual refleja una mayor problemática en el acceso para estos usuarios.

55. En consecuencia, la Sala considera que el aumento en un 100 % de negaciones PBS no UPC en menos de dos años refleja mayores dificultades en el acceso. Lo anterior, toda vez que cada acto de negación equivale necesariamente a un servicio o tecnología que no fue garantizada al usuario, pese a haber sido prescritas. Por tanto, un aumento sostenido de negaciones afecta el derecho a la salud, la dignidad humana y la vida misma, contrariando el Estado social de derecho que promulga nuestra Constitución⁷⁷. Además, la plataforma Mipres⁷⁸ fue concebida como una herramienta de prescripción directa para servicios PBS no UPC, así como tecnologías financiadas con recursos de la UPS⁷⁹.

56. Por otra parte, como principales causas de negación a través de Mipres para ambos regímenes se reportaron: (i) misma solicitud en otra prescripción, 33 %; (ii) tecnología cubierta por otro plan adicional en salud, 17 % y (iii) suministros por tutela, 13 %. Y las que no se usaron fueron: (i) la prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en un tratamiento definitivo o crónico, (ii) no se agotaron los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS y, (iii) el prescriptor y el paciente son el mismo. Ahora, los datos para las principales causales son:

Trimestre	Misma solicitud en otra prescripción			Tecnología cubierta por otro plan adicional en salud			Suministros por tutela		
	Núm. de Negaciones	Posición Ranking	%	Núm. de negaciones	Posición Ranking	%	Núm. de negaciones	Posición Ranking	%

⁷⁴ Valorado en Auto 005 de 2024.

⁷⁵ Con corte al 30 de abril de 2025 este régimen tiene a su cargo 23.128.106 afiliados.

⁷⁶ Con corte al 30 de abril de 2025 este régimen tiene a su cargo 26.776.362 afiliados.

⁷⁷ Artículo 1, 11 y 49 de la Constitución Política.

⁷⁸ En el marco de la orden vigésima tercera, se evalúa la herramienta “Mi prescripción”, que permite a los profesionales de la salud formular de manera directa y sin necesidad de trámites adicionales, los servicios y tecnologías que si bien hacen parte del PBS no son financiadas por la UPC. Autos 001 de 2017, 092A de 2020, 1191 de 2021 y 2566 de 2023.

⁷⁹ Correspondiente a medicamentos de control especial, medicamentos monopolio del Estado y procedimientos de odontología señalados en la Circular Externa 003 de 2024 o la que modifique o sustituya.

II 2023⁸⁰	4.619	1. ^a	24	828	7. ^a	4	3.908	2. ^a	20
III-2023	4.115	1. ^a	23	1.544	3. ^a	9	2.784	2. ^a	16
IV-2023	8.688	1. ^a	34	2.232	3. ^a	9	2.783	2. ^a	11
I-2024	5.984	1. ^a	29	3.935	2. ^a	19	3.227	3. ^a	16
II-2024	10.193	1. ^a	37	3.670	3. ^a	13	4.129	2. ^a	15
III-2024	12.087	1. ^a	32	8.825	2. ^a	24	4.043	3. ^a	11
IV-2024	15.281	1. ^a	37	9.419	2. ^a	23	4.289	3. ^a	11
Total	97.550	1.^a	33	49.904	2.^a	17	38289	3.^a	13

Tabla 8. Datos Minsalud. Elaboración propia.

57. Frente a la causal “misma solicitud en otra prescripción” en el 2023 se observó: (i) una disminución del 10,92 % del II⁸¹ al III trimestre, (ii) un incremento del 111,10 % entre el III y IV, (iii) del IV de 2023 al I de 2024, una disminución del 31,12 %. Para el 2024, (iv) un aumento del 70,31 % del I al II, (v) un crecimiento del 18,56 % entre el II y III, y, (vi) un incremento del 26,40 % del III al IV.

58. Ahora bien, entre los trimestres II de 2023⁸² y el IV de 2024 se reportó un incremento de negaciones de 231 %, pues pasó de 4.619 a 15.281 casos y una disminución del 31 % en el I de 2024 respecto al trimestre anterior, al pasar de 8.688 a 5.984. La tendencia general entre los trimestres III de 2023 y el IV de 2024 fue de crecimiento sostenido. Para el 2024, las negaciones aumentaron un 70 % en el II trimestre, un 18 % en el III y un 26 % en el IV, ocupando el primer lugar en todos los periodos analizados. Sobre este punto, la Sala resalta el comportamiento negativo de esta causal, lo que sugiere que su uso no es aislado, sino que constituye práctica sistemática de las EPS.

59. Por lo anterior, la Sala encuentra que esta causal plantea errores administrativos o duplicidades involuntarias por parte del prescriptor, que puede ocasionarse en: (i) fallas en el cargue de datos por problemas en la conectividad que impliquen uso del formato de contingencia o, (ii) a la ausencia de alertas oportunas en el aplicativo que indiquen la existencia de una solicitud similar⁸³. En ese sentido, y con el fin de garantizar la continuidad del tratamiento, es necesario que la causal referida se revise en cada caso concreto para disminuir las barreras que se imponen a los usuarios y que afectan su derecho a la salud y con ello los principios de oportunidad, continuidad e integralidad establecidos en la Ley 1751 de 2015⁸⁴.

60. En consecuencia, la Sala concluye que, corresponde al Ministerio revisar los desarrollos tecnológicos y operativos asociados a Mipres, con el fin de realizar los ajustes necesarios que permitan corregir los errores involuntarios en los que incurren los prescriptores, cuando estos sean advertidos⁸⁵. Ya sea por el mismo

⁸⁰ Línea de base. Periodo valorado en Auto 005 de 2024.

⁸¹ Valorado en Auto 005 de 2024.

⁸² Valorado en Auto 005 de 2024.

⁸³ Frente a la duplicidad en las prescripciones, la Corte ordenó al MSPS en el Auto 092A de 2020, reiterado en el Auto 1198 de 2021 realizar modificaciones dentro de Mipres que permitieran mejorar su trazabilidad y registrar “las dobles prescripciones que recibe un paciente en un día o semana”. Adicionalmente, la Asociación Pacientes Alto Costo afirmó que “estas negaciones nos llevan a pensar a una debilidad del aplicativo de Mipres, al no permitir entrar a corregir para no generar uno nuevo, o no permitir formular si detecta que ya tiene una formulación”. Asimismo, sugiere que, “esta barrera administrativa se debe superar con desarrollo tecnológico”.

⁸⁴ Artículos 6 y 8.

⁸⁵ Cabe resaltar que en el Auto 2566 de 2023 la Sala ordenó, entre otras cosas, al MSPS, “Continuar brindando las capacitaciones a los prescriptores cuanto al uso de “Mi prescripción”, en las que, además, deberá incluir lo correspondiente: (i) al Módulo de Dispensador Proveedor e, (ii) insistir en los temas de posología e indicación Invima. Lo que, deberá ser ofrecido en todos los territorios del país.”

profesional o cuando uno distinto, tras analizar el caso clínico, determine la viabilidad de realizar una nueva y sea necesario anular la previamente activa. Lo anterior, con el propósito de prevenir rechazos que afecten el acceso oportuno a los servicios requeridos por los usuarios.

61. Frente a la causal “tecnología cubierta por otro plan adicional” se observa: (i) un aumento del 86,51 % del II⁸⁶ al III trimestre de 2023, (ii) un crecimiento del 44,58 % del III al IV de 2023, (iii) del IV de 2023 al I de 2024 un incremento del 76,28 %. Para el 2024, (iv) una disminución del 6,72 % del I al II, (v) un aumento del 140,40 % entre el II y III, y, (vi) un incremento del 6,73 % del III al IV. Además, se advierte un crecimiento del 1.038 %, al pasar de 828 en el II trimestre de 2023 a 9.419 en el IV de 2024. Esta causal pasó de la 7.^a posición en el II trimestre de 2023⁸⁷ a la 2.^a al cierre de 2024, lo que evidencia una mayor frecuencia en su uso. Lo anterior, confirma que los usuarios tienen que acceder a servicios o tecnologías mediante planes de salud adicionales a pesar de estar incluidos en el PBS, lo que podría representar un gasto de bolsillo⁸⁸ e interpone barreras que los obligan a acudir nuevamente al médico tratante para obtener servicios ya contemplados en el PBS.

62. De otro lado, la causal “suministro por tutela” reporta: (i) una disminución del 28,78 % del II⁸⁹ al III trimestre de 2023, (ii) una estabilidad entre III al IV (-0,04 %) y, (iii) del IV al I de 2024 un aumento del 15,95 %. Para el 2024, (iv) un incremento del 27,96 % del I al II, (v) una disminución del 2,08 % entre el II y III y, (vi), un aumento del 6,10 % del III al IV. Además, aumentó en 9.75 %, al pasar de 3.908 casos en el II trimestre de 2023 a 4.289 en el IV trimestre de 2024. Esta causal ha variado su ubicación, ya que ocupó de forma consistente la 2.^a posición en 2023 para alternarse entre la 2.^a y 3.^a en 2024.

63. Desde los datos internos de la Corte se pudo comprobar que en el primer trimestre de 2025 se radicaron 73.393 tutelas que demandan el derecho a la salud, un 25,3 % más que el mismo periodo del año anterior⁹⁰. Lo que evidencia que en términos proporcionales se observa un crecimiento en el porcentaje de amparos enviados a la Corte Constitucional en donde presuntamente se ha vulnerado el derecho a la salud. Esta proyección resulta especialmente preocupante, dado que refleja una persistente dependencia del mecanismo judicial para acceder a servicios que deberían estar garantizados de manera oportuna, continua y sin barreras administrativas.

⁸⁶ Valorado en Auto 005 de 2024.

⁸⁷ Valorado en Auto 005 de 2024.

⁸⁸ En Auto 496 de 2022, se recordó el concepto que se ha dado al gasto de bolsillo, y que según la OMS se centra en dos cuestiones: (i) los “gastos sanitarios catastróficos”, definidos como aquellos sufragados por el propio bolsillo (sin reembolso por terceros) que superan el poder adquisitivo del hogar y, (ii) los “gastos sanitarios empobrecedores”, que se dan cuando ocurriendo un problema de salud en una familia, esta se ve obligada a reducir otro tipo de gastos, como los de alimentación, vivienda o ropa, hasta quedar por debajo del nivel indicado por la línea de pobreza.

⁸⁹ Valorado en Auto 005 de 2024.

⁹⁰ Véase la Figura 7 del Anexo. Datos de la estadística de la Corte. <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas>

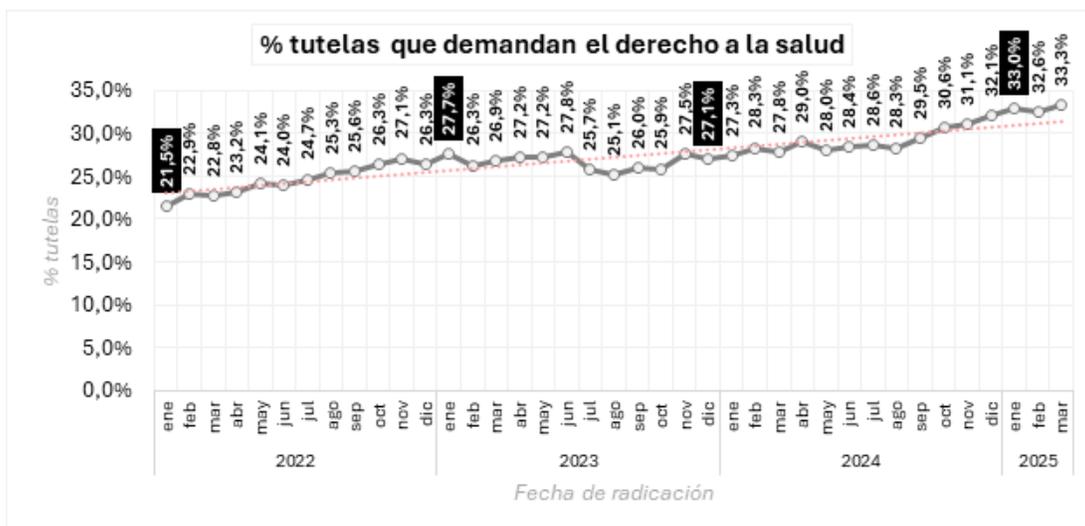


Imagen 3. Datos de la Corte Constitucional⁹¹.

64. Igualmente, al revisar la medición de tutelas allegada por el MSPS⁹² para el 2023 y 2024, se evidenció un aumento en la judicialización del derecho a la salud. En 2023 se radicaron 197.767 acciones, mientras que en 2024 la cifra ascendió a 237.094, presentándose un incremento del 19,8 %. Cabe resaltar que, del total de las que fueron interpuestas, para la vigencia 2024 el 18,6 % corresponde a las causales asociadas a servicios prescritos a través de Mipres⁹³. Esto refleja que, a pesar de contar con un sistema formal de prescripción de tecnologías PBS no UPC, los usuarios aún recurren a la vía judicial como mecanismo de acceso efectivo.

65. Por lo anterior, la Sala evidencia como el uso de la vía judicial como mecanismo de acceso al derecho a la salud refleja una práctica sistemática por parte de algunas EAPB consistente en negar y dilatar la prestación del servicio lo que obliga a los usuarios a amparar sus derechos en sede de tutela. Esta dinámica, no solo representa una carga a los pacientes, sino que también congestiona el aparato jurisdiccional al desconocer el carácter fundamental e inmediato de dicho derecho.

66. Ahora debido a su preponderancia en las cifras reflejadas en los informes, se considera relevante analizar la causal “[t]ecnología[s] incluida[s] en el Plan de Beneficios en Salud”, la cual corresponde a tecnologías cubiertas con recursos de la UPC, por lo que no procede su prescripción a través de Mipres⁹⁴. El comportamiento de esta se sintetiza a continuación:

Trimestre	Núm. de negaciones	Tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios en Salud
II-2023 ⁹⁵	328	12. ^a posición
III-2023	226	10. ^a posición
IV-2023	832	10. ^a posición
I-2024	989	6. ^a posición

⁹¹ Para más información véase el siguiente *link*: <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas>

⁹² En cumplimiento de la orden trigésima de la Sentencia T-760 de 2008.

⁹³ “La no autorización de servicios o tecnologías prescritas por el médico tratante por Mipres, o servicios complementarios no financiados plan de beneficios en salud, mediante Mipres y tampoco excluidos”. Fuente: Informe de tutelas por vulneración del Derecho a la Salud 2024. Allegado en el marco de la orden trigésima.

⁹⁴ En el documento aportado a la Sala Especial el 5 de mayo de 2025, que incorpora un memorando de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del MSPS, se indica que esta causal hace referencia a los servicios y tecnologías que fueron prescritos a través de Mipres pero que se encuentran cubiertos con los recursos de la UPC.

⁹⁵ Línea de base, periodo valorado en Auto 005 de 2024.

II-2024	1.565	6. ^a posición
III-2024	2.005	5. ^a posición
IV-2024	1.735	5. ^a posición

Tabla 9. Datos MSPS. Elaboración propia.

67. Frente a lo anterior, la Sala Especial observa un incremento del 429 % en los extremos temporales analizados⁹⁶. Asimismo, se advierte que para el 2023: (i) entre II al III trimestre disminuyó en 31,1 %, (ii) entre el III y IV aumentó en 268,14 %, (iii) frente al IV de 2023 al I del 2024 subió un 18,87 %. Para el 2024, (iv) del I al II incremento en 58,24 %, (v) entre el II y III creció en 28,12 % y (vi) entre el III al IV se redujo en 13,47 %. Además, se evidencia un escalamiento en el rango de la causal toda vez que, en el 2023 se mantenía en posiciones bajas (entre la 10.^a y 12.^a posición), mientras que en 2024 ascendió hasta la 5.^a, donde se mantuvo en el III y IV trimestre de 2024.

68. Bajo tal escenario, se reitera el incumplimiento del MSPS, pues no es admisible que, diez años después del primer auto de valoración de la orden décima novena, se continúen negando servicios incluidos en el PBS por errores de utilización del aplicativo Mipres. Esta situación, refleja el desconocimiento o la confusión que aún persiste en los agentes del sistema.

69. Por lo anterior y teniendo en cuenta la existencia de la causal “[t]ecnología[s] incluida[s] en el Plan de Beneficios en Salud”, la Corte reitera la obligación del Ministerio de capacitar a los prescriptores del uso de la plataforma para contrarrestar el mal diligenciamiento⁹⁷. Además, lo anterior denota incumplimiento por parte del Ministerio⁹⁸ y de las EPS⁹⁹ en garantizar la capacitación e idoneidad de los profesionales que ejecutan dicha herramienta, para que los servicios requeridos por sus afiliados sean prescritos de la manera adecuada y por los medios correctos, y no establecer barreras de acceso por errores que afectan el acceso al servicio de salud.

70. Finalmente, la Sala concluye que el MSPS no ha implementado medidas tendientes a disminuir el número de causas de no entrega de los servicios PBS No UPC. Lo anterior, en la medida en que: (i) el número total de negaciones se duplicó en 21 meses, al pasar de 19.430 en el II de 2023¹⁰⁰ a 40.780 en el IV de 2024, correspondiente al 109,88 %¹⁰¹, (ii) frente al RC las negaciones aumentaron de 9.606 (119,6 %) en el II de 2023 a 21.201 en el IV de 2024, (iii) en relación al RS, las negaciones aumentaron de 9.827 en el II de 2023 a 19.678 en el IV de 2024, observándose un incremento del 100,24 % y, (iv) evidencia un incremento en la utilización de la causal “[t]ecnología[s] incluida[s] en el Plan de Beneficios en Salud” del 429 % respecto a la última valoración.

71. De lo analizado se concluye la inexistencia de medidas tendientes a la

⁹⁶ El 429 % se extrae del incremento existente entre el II trimestre de 2023 (último periodo valorado en el Auto 005 de 2024) y el IV trimestre de 2024 (último periodo analizado en esta oportunidad).

⁹⁷ En el Auto 2566 de 2023, la Sala manifestó que el MSPS debía continuar con las capacitaciones a los prescriptores sobre el uso de MIPRES, en tanto aún se evidencian múltiples barreras en su manejo, tales como el desconocimiento de la herramienta, el diligenciamiento incorrecto del formato, la imposibilidad de registrar tecnologías no disponibles en la plataforma y la falta de información clara sobre las rutas de acceso.

⁹⁸ Orden establecido en Auto 092 de 2020, reiterado en Auto 2566 de 2023.

⁹⁹ Responsabilidad establecida en numeral 4.2. del artículo 4.º de la Resolución 740 de 2024.

¹⁰⁰ Valorado en Auto 005 de 2024.

¹⁰¹ Ver Tabla 9 de esta providencia.

desincentivación de las negaciones de los servicios y tecnologías del PBS, lo que implica un incumplimiento sistemático del Ministerio frente a órdenes impartidas por la Corte¹⁰², lo cual podría dar lugar a la apertura de un incidente de desacato, conforme a lo dispuesto en el artículo 52 del Decreto 2591 del 1991¹⁰³.

72. Vale recordar el deber general de cumplimiento que recae sobre todo destinatario de una orden emitida por un juez de la República y en particular, en el marco de la acción de tutela. Este deber adquiere mayor relevancia cuando se trata de la supervisión de mandatos dirigidos a superar las fallas estructurales que afectan el sistema de salud, obstaculizan la implementación de medidas preventivas frente a la negación de los servicios de salud y que garanticen la vigilancia efectiva y oportuna del derecho a la salud¹⁰⁴.

(iii) La devolución del dinero correspondiente a la UPC pagada durante el mes en el que se negaron servicios PBS.

73. El Auto 005 de 2024 reiteró¹⁰⁵ la obligación de obtener el reintegro de la UPC pagada por usuario durante el mes en que éste hubiese enfrentado una negación en la prestación de los servicios PBS UPC. Asimismo, ordenó que los informes trimestrales incluyeran el detalle del trámite administrativo adelantado, el histórico de reembolsos, y la especificación de los montos efectivamente recuperados. Además, debería informar sobre la adopción de otras medidas administrativas o judiciales¹⁰⁶.

74. Cabe recordar que, el MSPS expidió la Resolución 995 de 2022, donde estableció el procedimiento de reintegro de los recursos del SGSSS apropiados o reconocidos sin justa causa¹⁰⁷. Ahora, la Sala evidencia que el Ministerio adelantó trámites de devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario durante el mes en que este sufrió la barrera, entre ellos: (i) ordenó el reintegro de dineros por parte de Savia Salud EPS¹⁰⁸, (ii) solicitó a la Adres determinar el valor de los recursos a reintegrar frente a los casos de EAPB por la negación de servicios¹⁰⁹, (iii) resolvió solicitudes de aclaración de diferentes EPS por presunto reconocimiento sin justa causa de los recursos del SGSSS de la vigencia 2022¹¹⁰.

75. Por otra parte, el Ministerio informó que, en relación con las investigaciones administrativas adelantadas, entre el 30 de diciembre de 2021 al 7 de marzo de 2023,

¹⁰² En el ordinal 2.º, literal i) del Auto 122 de 2019.

¹⁰³ Tal como se presentó en el Auto 2049 de 2024.

¹⁰⁴ Fundamento jurídico 29 del Auto 089 de 2025.

¹⁰⁵ Orden establecida en 411 de 2015 y 122 de 2029.

¹⁰⁶ Tales como la realización de mesas de trabajo, procesos de conciliación, cobros coactivos o demandas ejecutivas en los casos en que dichas acciones hubieran sido iniciadas

¹⁰⁷ Modificó la Resolución 1716 de 2019 y permitió celebrar acuerdos de pago con posterioridad a la firmeza del acto administrativo y disminuir el porcentaje de descuento en caso de incumplimiento de las órdenes de reintegro.

¹⁰⁸ Respecto de servicios de salud PBS UPC, reportados como negados durante las vigencias 2018 y 2019. Circunstancia que no fue valorada en Auto 005 de 2024, teniendo en cuenta que esta información fue puesta en conocimiento de la Corte posterior a la expedición de dicha providencia.

¹⁰⁹ Comfamiliar Huila, Aliansalud EPS, Nueva EPS, SOS EPS, AIC EPS-I.

¹¹⁰ Tales como: Aliansalud, SOS EPS, Salud Mía EPS, Nueva EPS, EPS Familiar de Colombia, Fondo de Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia, Savia Salud EPS, AIC EPS-I, Asmet Salud EPS, Dusakawi EPS-I, EPM y Medimas EPS.

fueron expedidos 10 actos administrativos que ordenan el reintegro de la UPC a diez EAPB por \$382.493.828¹¹¹. Asimismo, reportó que con corte al 30 de diciembre de 2024 se reintegraron \$1.983.174.943 provenientes del caso de Nueva EPS¹¹². Datos que se traen a colación, toda vez que el MSPS puso de presente estas cifras con posterioridad a la expedición del Auto 005 de 2024, lo que impidió que fueran valoradas.

76. Por lo anterior, la Sala concluye que, el ente ministerial adoptó medidas conducentes frente al reintegro de la UPC obteniendo resultados. Sin embargo, estos no permiten evidenciar que se va a superar la problemática, toda vez que, si bien se informó el reintegro de \$1.983.174.943 provenientes de Nueva EPS, los informes trimestrales no incluyen el histórico de reembolsos solicitados, el valor total adeudado, los dineros efectivamente recuperados ni las actuaciones judiciales iniciadas. Esta omisión impide conocer el total adeudado e identificar de manera objetiva el porcentaje recuperado, aspecto que refleja la inobservancia de los mandatos proferidos por la Corte en el Auto 005 de 2024. Adicionalmente, es necesario llamar la atención de la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza sus funciones de inspección, vigilancia y control frente al incumplimiento de la devolución de la UPC por parte de las EPS que niegan los servicios de salud¹¹³.

(iv) Informes trimestrales de negación de servicios y su publicación

77. A continuación, la Sala Especial analizará la presentación de los informes de negación de servicios respecto a: (i) los remitidos por el MSPS a la Corte, a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, y a la Defensoría del Pueblo y (ii) la publicación de los informes de negación de servicios en la página *web* del Ministerio.

Por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a la Corte, a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República y a la Defensoría del Pueblo.

78. Como primera medida, cabe recordar que el Minsalud debe presentar a la Corte los reportes de los servicios negados en los 45 días siguientes a la terminación de cada trimestre¹¹⁴. En esta ocasión, la Sala encuentra que, los informes fueron allegados de la siguiente manera:

Trimestre	Fecha máxima de entrega del informe	Fecha de recepción del informe
III-2023	14 de noviembre de 2023	15 de noviembre de 2023
IV-2023	14 de febrero de 2024	29 de febrero de 2024
I-2024	15 de mayo de 2024	17 de mayo de 2024
II-2024	14 de agosto de 2024	No entregado
III-2024	14 de noviembre de 2024	22 de noviembre de 2024
IV-2024	14 de febrero de 2025	17 de febrero de 2024

Tabla 10. Datos MSPS. Elaboración propia.

¹¹¹ Ver Anexo 1, Tabla 21. Cajacopi EPS S.A.S., AIC EPS-I, Aliansalud EPS, Comfamiliar Cartagena, Capital Salud EPS, Dusakawi EPS—I, Comfaguajira, Comfamiliar Huila, Nueva EPS y Savia Salud EPS.

¹¹² Ver Anexo 1, Tabla 22.

¹¹³ De acuerdo con lo establecido en el artículo 22 del Decreto 1080 de 2021.

¹¹⁴ Orden que fue proferida en el Auto 093A de 2020. Reiterada en los autos 439 de 2021 y 005 de 2024.

79. Del cuadro anterior, se evidencia que: (i) el MSPS no remitió a la Corte el informe correspondiente al II trimestre de 2024¹¹⁵, esta omisión constituye un incumplimiento, pues impide contar con información completa y oportuna para el seguimiento continuo de las negaciones de servicios, y (ii) entregó los informes de los demás trimestres con retrasos que oscilan entre uno y 15 días después del vencimiento del plazo. Ahora bien, aunque los informes fueron finalmente recibidos, la entrega tardía afecta la eficiencia del monitoreo institucional.

80. Por otra parte, esta Corporación ordenó a la cartera de salud que, los informes trimestrales de negación de servicios se envíen a la SNS, Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo, y que las constancias de dichas remisiones fueran aportadas a la Corte¹¹⁶.

81. Frente a lo anterior, se observa que: (i) presentó de manera completa los informes trimestrales de negación de servicios a la SNS, según lo manifestado por esta entidad, (ii) indicó haber trasladado a la Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo la información correspondiente a los trimestres III de 2023¹¹⁷, I y II de 2024¹¹⁸, sin embargo, no acreditó dicha remisión, ni se recibió confirmación por parte de estas autoridades. Ahora bien, en relación con aquellos referidos a los periodos IV de 2023 y, III y IV de 2024, el Ministerio no dio a conocer si los remitió a los entes de control.

82. En consecuencia, la Sala concluye que el Ministerio implementó medidas conducentes para enviar los informes a la Corte, a la SNS y a la Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación y la Defensoría. No obstante, los resultados acreditados no permiten evidenciar que se va a superar la problemática, toda vez que: (i) cumplió en un 83 % su obligación de allegar a la Sala el reporte de negación de servicios pues presentó cinco de los seis reportes (omitió el del II trimestre de 2024), (ii) los informes entregados fueron extemporáneos, aunque no de manera significativa, (iii) si bien remitió a la SNS el 100% de los informes trimestrales, esta circunstancia dista de las demás entidades al acreditar la presentación del 50 % de estos.

Publicación de los informes en la página web del Ministerio.

83. Por otra parte, frente al mandato de publicar los informes de negación de servicios en la página *web* del MSPS¹¹⁹, la Sala constata que dicha obligación no se ha cumplido a cabalidad. Actualmente, para acceder al repositorio institucional de documentos del MSPS, donde se encuentran publicados los informes de negación de servicios, se deben seguir los siguientes pasos: (i) ingresar al sitio *web* oficial <https://www.minsalud.gov.co> y, (ii) desplazarse hasta la parte inferior de la página de inicio y hacer clic en la opción denominada “Repositorio Institucional Digital (RID)”, ubicada en el pie de página, dentro del menú “Transparencia y acceso a la

¹¹⁵ El cual fue descargado por la Sala de la página *web* de la entidad.

¹¹⁶ Según lo ordenado en Auto 411 de 2015 y reiterado en autos 122 de 2019, 439 de 2021 y 005 de 2024.

¹¹⁷ Informe remitido el 7 de diciembre de 2023.

¹¹⁸ Informes remitidos el 24 de mayo de 2024 y el 20 de septiembre del mismo año.

¹¹⁹ Auto 411 de 2015, reiterado en los autos 122 de 2019, 439 de 2021 y 005 de 2024.

información pública”.

84. Por ende, la Corte advierte que, si bien existen medidas conducentes a cumplir con el mandato y los reportes se encuentran cargados, su ubicación no es accesible para la consulta del usuario, motivo por el cual los resultados obtenidos no permiten acreditar que se va a superar la problemática. Lo anterior, debido a que: (i) no existe una guía o instrucción visible que oriente al interesado sobre cómo acceder a estos documentos, (ii) los informes se encuentran dentro de un repositorio digital¹²⁰ que no cuenta con filtros para reportes de negaciones de servicios, ni permite búsquedas por palabras clave, lo cual exige conocer el título exacto del archivo para poder acceder a él, y (iii) la actual configuración limita la visibilidad de los documentos y dificulta su consulta ciudadana, lo que afecta negativamente al principio democrático de publicidad como herramienta de control institucional y social¹²¹.

(v) Cumplimiento de las órdenes emitidas a la Superintendencia Nacional de Salud

85. La Corte ordenó a la Supersalud¹²² (i) iniciar las actuaciones administrativas correspondientes contra las EPS que no remitieran oportunamente los registros de negaciones, (ii) adelantar investigaciones sobre las causas de las negaciones de servicios incluidos en el PBS y (iii) presentar un informe con las acciones adoptadas dentro de los 15 días hábiles siguientes a la finalización de cada trimestre¹²³.

86. Sobre este punto, la SNS manifestó haber requerido información a las entidades que incumplieron con el referido reporte¹²⁴, para lo que emitió: (i) siete requerimientos para el III trimestre de 2023, (ii) cuatro para el I trimestre de 2024, y (iii) dos para el III trimestre de 2024¹²⁵. Se resalta que, para los trimestres, IV de 2023, II y IV de 2024 no se informó de las acciones administrativas ejecutadas. Además, reportó el inicio de investigaciones administrativas sancionatorias en contra de las EPS por la negación de servicios, por cada trimestre así: (i) el III del 2023, 25¹²⁶ y (ii) el IV del mismo, 11¹²⁷. Para el 2024, fueron (i) dos para el I trimestre¹²⁸, (ii) diez para el II trimestre¹²⁹, (iii) 38 para el III trimestre¹³⁰, (iv) siete para el IV trimestre¹³¹ y, (v) entre los trimestres III de 2023 y IV de 2024, impuso 97 sanciones¹³². Finalmente, presentó los siguientes informes trimestrales:

¹²⁰ Pestaña de enlace directo que no hace alusión de la posibilidad de consulta a los informes de negaciones.

¹²¹ Consagrado en el artículo 209 de la Constitución Política, el cual exige que la función pública se ejerza bajo criterios de transparencia, accesibilidad y control ciudadano.

¹²² Ordenado en autos 411 de 2015, 122 de 2019, 438 de 2021 y 005 de 2024.

¹²³ Orden establecida en el literal b, numeral tercero del Auto 122 de 2019, reiterada en autos 438 de 2021 y 005 de 2024.

¹²⁴ Ver Anexo 1, Tabla 14.

¹²⁵ Conforme la Resolución 3539 de 2019.

¹²⁶ Ver Anexo 1, Tabla 15.

¹²⁷ Ver Anexo 1, Tabla 16.

¹²⁸ Ver Anexo 1, Tabla 17.

¹²⁹ Ver Anexo 1, Tabla 18.

¹³⁰ Ver Anexo 1, Tabla 19.

¹³¹ Ver Anexo 1, Tabla 20.

¹³² Para el III trimestre de 2023 11 multas por valor de \$11.284.486.000, para el IV trimestre de 2023, 43 sanciones por valor \$16.253.920.000. Para el año 2024 fueron: 19 para el I trimestre por valor de \$5.567.900.000, 8 para el II trimestre por valor de 5.135.000.000, 6 para el III trimestre por valor de \$2.158.000.000 y, 10 para el IV trimestre por valor de \$3.250.000.000.

Trimestre	Fecha máxima de entrega del informe	Radicado	Fecha de recepción del informe
III-2023	23 de octubre de 2023	No entregado ¹³³	No entregado
IV-2023	19 de enero de 2024	20241610200116061	24 de enero de 2024
I-2024	19 de abril de 2024	20241610200754971	15 de abril de 2024
II-2024	22 de julio de 2024	20241610201478731	19 de julio de 2024
III-2024	22 de octubre de 2024	No entregado ¹³⁴	No entregado
IV-2024	23 de enero de 2025	20251610200130691	24 de enero de 2025

Tabla 11. Informes semestrales enviados por la SNS.

87. De lo anterior, se advierte que la Supersalud remitió la información correspondiente en cuatro de los seis periodos analizados. Asimismo, en los reportes entregados indicó las acciones adelantadas frente a las negaciones injustificadas de servicios de salud del PBS, determinadas a partir del análisis de la información remitida trimestralmente por cada EAPB.

88. En consecuencia, la Sala concluye que la SNS implementó medidas conducentes a través de sus reportes, con resultados que permiten evidenciar que se va a superar la problemática. Lo anterior, ya que: (i) se aperturaron investigaciones contra distintas entidades responsables de la prestación de servicios de salud, (ii) se ejecutaron acciones administrativas frente a las EAPB por el no reporte del registro de negación de servicios y (iii) remitió la información correspondiente en cuatro de los seis periodos analizados.

(vi) Nivel de cumplimiento

89. De conformidad con lo expuesto en los acápites anteriores y lo establecido en el Auto 411 de 2015, la Corte declarará un nivel de cumplimiento **bajo** de la orden décima novena. Lo anterior, conforme a lo ordenado en los autos 411 de 2015, 122 de 2019, 439 de 2021 y 005 de 2024, y teniendo en cuenta la inexistencia de medidas frente a la regulación del registro de negación y la respectiva desincentivación de la negación de servicios PBS, aunado a las siguientes razones:

Componente	Razones
Regulación del registro de negaciones	Se advirtió la inexistencia de medidas vigentes, a pesar de haber transcurrido más de 12 meses de la notificación del Auto 005 de 2024 ¹³⁵ continúa vigente la Resolución 3539 de 2019. Sin embargo, la Sala analizó el proyecto presentado por el Ministerio mediante el cual se regulará dicho registro y se incluirá la creación del mecanismo de alarmas. Se resalta que la resolución aún no ha sido expedida ni implementada.
Entrega de informes de las EPS respecto de servicios negados	Se advirtieron medidas conducentes para mejorar el reporte de negación por parte de las entidades obligadas, sin embargo, los resultados obtenidos no permiten evidenciar que se va a superar la problemática, toda vez que el MSPS solo para IV trimestre de 2023 logró que el 100 % de las EAPB reportaran la información. Además, el promedio general de cumplimiento en los periodos analizados fue del 93,10 %, esto es, 6.9 puntos porcentuales por debajo de la meta de los reportes (100 %).
Validación de datos del registro	El MSPS implementó medidas orientadas a que las EAPB avanzaran en la validación, pero los resultados no permiten acreditar que se va a superar la problemática teniendo en cuenta que: a) para el III trimestre de 2023 se validó el 100% de las negaciones, b) en cinco de los seis trimestres superó el 98 %, c) si bien el promedio del 97 % para el periodo analizado se aproxima a la meta del 100% establecida por la Corte, resulta inferior al 98,71 % registrado en el Auto 005 de 2024 y, d) nuevamente esta verificación se realizó a partir de reportes incompletos que no incluyen la totalidad de negaciones.

¹³³ No obstante, en el informe presentado para el IV trimestre de 2023, fue incluida información de investigaciones iniciadas, así como sanciones interpuestas por el SNS a las EAPB en el III trimestre del mismo año.

¹³⁴ En informe presentado para IV trimestre de 2024, fue incluida la información de investigaciones iniciadas, así como sanciones interpuestas por la SNS a EAPB en el IV trimestre del mismo año.

¹³⁵ Notificado mediante estado núm. 087 de 2024 y comunicado con el oficio OPTC-269/24 del 29 de mayo de 2024.

Negaciones de Servicios PBS UPC	El Ministerio no adoptó medidas conducentes a la desincentivación de la negación de servicios PBS UPC al observarse que: a) se incrementó en un 150,64 % al pasar de 10.737 en el II trimestre de 2023 ¹³⁶ a 26.911 en el IV de 2024, b) en el régimen subsidiado las negaciones aumentaron en un 202,87 % al pasar de 8.586 en el II trimestre del 2023 a 26.004 en el IV del 2024, c) frente al régimen contributivo se incrementó en un 79,73 % entre II trimestre de 2023 y el III del mismo año, d) la causal de “otras razones” superó el límite permitido por la Corte al alcanzar el 8 % para el III trimestre de 2024 y 19 % en el IV del mismo año excediendo el 2 % advertido por la Sala en Auto 122 de 2019.
Negaciones de Servicios PBS No UPC	El Ministerio no demostró la existencia de medidas tendientes a la desincentivación de la negación de servicios PBS No UPC toda vez que, a) aumentó en 109,88 %, al pasar de 19.430 en el II de 2023 ¹³⁷ a 40.780 en el IV de 2024, b) en relación con régimen subsidiado, las negaciones aumentaron en un 100,24 % al pasar de 9.827 en el II de 2023 a 19.678 en el IV de 2024, c) frente a las negaciones del régimen contributivo aumentaron en un 119.6 % al pasar de 9.606 en el II de 2023 a 21.201 en el IV de 2024, d) frente a utilización de la causal “[t]ecnología[s] incluida[s] en el Plan de Beneficios en Salud” se observó un incremento del 429 % entre II trimestre de 2023 y el IV de 2024.
La devolución del dinero correspondiente a la UPC pagada cuando se imponga la barrera por negación de un servicio PBS.	El Ministerio adoptó medidas conducentes frente al reintegro de la UPC, se obtuvieron resultados, sin embargo, estos no permiten evidenciar que se va a superar la problemática. Lo anterior, teniendo en cuenta que, pues si bien se informó sobre el reintegro de \$1.983.174.943 provenientes de Nueva EPS, los informes trimestrales no incluyen el histórico de reembolsos solicitados, el valor total adeudado, los dineros efectivamente recuperados ni las actuaciones o judiciales iniciadas. Lo que impide conocer el total adeudado e identificar el porcentaje recuperado ni los resultados de las medidas implementadas por el Ministerio, lo cual incumple los mandatos proferidos en el Auto 005 de 2024.
Informes trimestrales de negación de servicios.	El MSPS implementó medidas conducentes, sin embargo los resultados no permiten evidenciar que se va a superar la problemática, toda vez que, a) cumplió en un 83 % su obligación de allegar a la Sala el reporte de negación de servicios toda vez que remitió cinco de los seis reportes, omitiendo el del II trimestre de 2024, b) los informes efectivamente recibidos fueron extemporáneos, c) si bien remitió a la SNS el 100 % informes trimestrales correspondientes al periodo analizado, no ocurrió lo mismo frente a la Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación y la Defensoría, a quienes remitió el 50 % de los informes trimestrales.
Publicación de los informes en la página web del Ministerio.	Si bien se observaron medidas conducentes y los informes de negación de servicios están publicados, su ubicación no es fácilmente identificable ni accesible para los usuarios. No existe una guía visible para orientarlos, y el repositorio digital carece de filtros o palabras clave que faciliten la búsqueda, lo que exige conocer el nombre exacto del archivo y limita el acceso a la información.

90. Por otra parte, cabe advertir que la SNS cumplió a cabalidad la directriz impartida por esta Corporación, toda vez que ha adoptado medidas conducentes, tendientes a, a) iniciar investigaciones contra distintas entidades responsables de la prestación de servicios de salud, b) realizar acciones administrativas frente a las EAPB por el no reporte repetitivo del registro de negación de servicios por parte de algunas EPS y, c) remitir a la Corte información correspondiente en cuatro de los seis periodos analizados.

91. Finalmente, la Sala atendiendo al nivel de cumplimiento bajo y ante la necesidad de que se superen las fallas estructurales que originaron el mandato analizado, esto es, garantizar el acceso a todos los servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, reiterará las órdenes impartidas en los autos 411 de 2015, 122 de 2019, 439 de 2021 y 005 de 2024 y emitirá una nueva orden al Ministerio de Salud e instará a la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a lo señalado en la parte resolutive de esta providencia.

¹³⁶ Valorado en Auto 005 de 2024.

¹³⁷ Valorado en Auto 005 de 2024.

En mérito de lo expuesto, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

III. RESUELVE

Primero. Declarar el nivel de **cumplimiento bajo** de la orden décima novena de la Sentencia T-760 de 2008, con base en las consideraciones expuestas en esta providencia, la sentencia estructural y los autos 411 de 2015, 122 de 2019, 439 de 2021 y 005 de 2024.

Segundo. Reiterar al Ministerio de Salud y Protección Social en cabeza del ministro de Salud y Protección Social que cumpla con lo ordenado en los autos 411 de 2015, 122 de 2019, 439 de 2021 y 005 de 2024, y, por consiguiente:

a) Expida e implemente en un término de tres meses contados a partir de la notificación de la presente providencia, el acto administrativo que regule el registro de negaciones en ambos regímenes, de forma que permita generar información sobre la negación de los servicios cubiertos por el PBS, así como de aquellos que a pesar de haber sido autorizados no fueron suministrados en forma oportuna. Además, contemple el mecanismo de alarmas que se activa ante el registro de negación de un servicio PBS¹³⁸.

b) Registre en los informes de servicios negados todas las negaciones independientemente de si se cuenta o no con fundamento normativo. Para lo que se concederá un término de tres meses contados a partir de la notificación de la presente decisión y cuyos resultados deberán reportarse en los próximos informes periódicos remitidos a la Corte¹³⁹.

c) Mantenga el porcentaje de los registros validados frente al universo de las negaciones al interior del SGSSS en un 100 %¹⁴⁰.

d) Implemente acciones y medidas conducentes tendientes a desestimular la negación y la demora en la prestación de servicios y tecnologías incluidas en el PBS¹⁴¹.

e) Adopte las medidas necesarias para disminuir el número de negaciones establecidas bajo la causal “otras razones” al indicador de resultado establecido en el numeral (ii) del 103.1 de las consideraciones del referido auto¹⁴².

f) Remita a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, y a la Defensoría del Pueblo el informe de registro de negación de

¹³⁸ Orden impartida en el literal a) del Auto 122 de 2019, reiterada en los literales a) de los autos 439 de 2021 y 005 de 2024.

¹³⁹ Orden impartida en el ordinal 2.º, literal d) del Auto 439 de 2021, reiterada en el ordinal 2.º, literal c) del Auto 005 de 2024.

¹⁴⁰ Orden impartida en el ordinal 2.º, literal b) del Auto 439 de 2021, reiterada en el ordinal 2.º, literal b) del Auto 005 de 2024.

¹⁴¹ Orden impartida en el ordinal 2.º, literal i) del Auto 122 de 2019.

¹⁴² Orden impartida en el ordinal 2.º, literal c) del Auto 122 de 2019.

servicios. Adicionalmente allegue a esta Corporación las constancias de entrega del referido informe a las demás entidades, dentro de los cinco días siguientes a ésta¹⁴³.

g) Incluya en los informes trimestrales un acápite que contenga el trámite administrativo efectuado en virtud de obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario durante el mes en que hubiere sufrido la barrera en la prestación de servicios PBS UPC (histórico de los reembolsos solicitados), además de especificar los dineros que efectivamente fueron recaudados¹⁴⁴.

Tercero. Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social en cabeza del ministro de Salud y Protección Social que adopte las medidas para reubicar los informes de negación de servicios publicados en la página *web* del Ministerio para que sean de fácil acceso a los usuarios. Para ello, contará con un plazo de 30 días contados a partir de la notificación de la presente decisión.

Cuarto. Instar a la Superintendencia Nacional de Salud para que continúe remitiendo todos los informes trimestrales con las acciones adoptadas frente a las EPS que omitan reportar los servicios negados, así como las adelantadas a aquellas que niegan o dilatan el suministro de tecnologías en salud cubiertas por el PBS.

Quinto. Ordenar a la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, y la Defensoría del Pueblo que, en virtud del traslado de los informes de registro de negación de servicios realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, presenten un informe en el que indiquen el estado actual de las actuaciones adelantadas. Lo que deberá llevarse a cabo en un término de 30 días contados a partir de la notificación de esta providencia.

Sexto. Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones correspondientes, acompañando copia integral de este auto.

Notifíquese, publíquese y cúmplase.

JOSE FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado

VLADIMIR FERNÁNDEZ ANDRADE
Magistrado
Salvamento parcial de voto

MIGUEL POLO ROSERO

¹⁴³ Orden impartida en el ordinal 4.º del Auto 411 de 2015, reiterada en el ordinal 2.º, literal f) del Auto 122 de 2019.

¹⁴⁴ Orden impartida en el ordinal 6.º del Auto 005 de 2024.

Magistrado

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ
Secretaria General

Anexo 1.*Causales de negación en el RC (Régimen contributivo) para el 2023.*

Causales de Negación	III-2023	IV-2023	Total	%
Servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	3.654	4.393	8.047	95
Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	34	97	131	2
Servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	75	38	113	1
El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales	54	6	60	1
Usuario no ha pagado	37	16	53	1
Otras razones	10	11	21	0
La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	1	10	11	0
Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	0	9	9	0
La orden médica está vencida y no refrendada	1	0	1	0
Total general:	3.866	4.580	8.446	100

Tabla 1. Datos MSPS. Elaboración propia.*Causales de negación en el RS (Régimen subsidiado) para el 2023.*

Causales de Negación	III-2023	IV-2023	Total	%
Servicio duplicado ya tramitado	9763	1.642	11.405	71
Servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	1.838	2129	3.967	25
Otras razones	175	174	349	2
El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales	131	78	209	1
Servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	36	22	58	0

Servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	10	6	16	0
Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	4	11	15	0
La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	5	0	5	0
La prescripción del medicamento no tenía la cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras	0	2	2	0
Total general:	11.962	4.064	16.026	100

Tabla 2. Datos MSPS. Elaboración propia.

Causales de negación en el (Régimen contributivo) para el 2024.

Causales de Negación	I-2024	II-2024	III-2024	IV-2024	Total	%
Servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	3.082	2.349	1.667	712	2.379	85
Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	81	49	79	102	181	6
Servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	58	80	72	20	92	3
Usuario no ha pagado	12	7	33	23	56	2
La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	10	16	15	21	36	1
Otras razones	6	5	10	22	32	1
El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales	3	7	13	4	17	1
Servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	0	0	4	3	7	0
Es un servicio o tecnología que tiene que ser prestado en el exterior	0	0	1	0	1	0
Total general:	3252	2.513	1.894	907	2.801	100

Tabla 3. Datos MSPS. Elaboración propia.

Causales de negación en el régimen subsidiado - 2024

Causales de Negación	I-2024	II-2024	III-2024	IV-2024	Total	%
Servicio duplicado o ya tramitado	1.561	9.842	1.344	20.478	21.822	77
Otras razones	131	161	354	5107	5.461	19
Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	1195	907	637	240	877	3
El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales	59	66	64	23	87	0
La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	4	48	21	52	73	0
Servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	10	36	13	49	62	0
Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	11	18	21	33	54	0
Servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	18	13	20	11	31	0
Es un servicio o tecnología que tiene que ser prestado en el exterior	0	0	0	11	11	0
Total general:	2.989	11.091	2.474	26.004	28.478	100

Tabla 4. Datos MSPS. Elaboración propia.

Distribución negaciones según EPS - 2023

EPS	III - 2023		IV - 2023		TOTAL	%
	RC	RS	RC	RS		
Nueva EPS S. A.	3.571	1.879	4.387	2.148	11.985	49
Savia Salud EPS	0	9.772	0	1.646	11.418	47
Asmet Salud EPS S.A.S	5	204	3	194	406	2
EPS SOS S.A.	169	0	116	0	285	1
AIC EPS-I	2	96	2	72	172	1
Compensar EPS	75	5	40	4	124	1
Aliansalud EPS	42	0	22	0	64	0
Fundación Salud Mia EPS	2	5	10	0	17	0
EPS Familiar de Colombia S.A.S.	0	1	0	0	1	0
Total general:	3.866	11.962	4.580	4.064	24.472	100

Tabla 5. Datos MSPS. Elaboración propia.

Distribución negaciones según EPS – 2024

EPS	I - 2024		II - 2024		III - 2024		IV - 2024		TOT AL	%
	RC	RS	RC	RS	RC	RS	R C	RS		
Savia Salud EPS	0	1.5 70	0	9.93 7	0	1.5 77	0	25.5 54	38.63 8	76
Nueva EPS S. A.	3.0 37	1.2 09	2.2 63	913	1.6 74	662	71 5	252	10.72 5	21
Asmet Salud EPS S.A.S	1	137	1	170	0	159	2	156	626	1
EPS SOS S.A.	128	0	137	0	95	0	10 5	0	465	1
Compensar EPS	58	12	80	4	62	1	20	4	241	0
AIC EPS-I	1	53	4	59	0	63	1	17	198	0
Aliansalud	16	0	12	0	38	0	42	0	108	0
Fundación Salud Mía	11	4	16	7	16	13	22	10	99	0
Dusakawi EPS-I	0	0	0	0	0	8	0	11	19	0
EPS Familiar de Colombia S.A.S.	0	4	0	2	0	0	0	0	6	0
Total general:	3.2 52	2.9 89	2.5 13	11.0 92	1.8 85	2.4 83	90 7	26.0 04	51.12 5	10 0

Tabla 6. Datos MSPS. Elaboración propia.

Causales de negación de servicios prescritos en Mipres para el RC – 2023

Causal de no entrega	III-2023	IV-2023	Total	%
Misma solicitud en otra prescripción	1.794	5.054	6.848	27
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el Invima	1.016	1.873	2.889	11
Tecnología cubierta por otro plan adicional en salud	1012	1.396	2.408	10
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	1.499	822	2.321	9
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	1.066	1.098	2.164	9
El paciente tiene suministro de otra prescripción	616	1.222	1.838	7
Exclusión	829	957	1.786	7
Suministro por tutela	488	551	1.039	4
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	478	522	1.000	4

La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	353	483	836	3
Tecnología incluida en el plan de beneficios	117	596	713	3
Paciente corresponde a otra EPS	202	296	498	2
Presentación no fraccionable	125	292	417	2
Paciente fallecido	115	92	207	1
El Invima no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	41	49	90	0
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	19	62	81	0
El prescriptor y el paciente son el mismo	1	3	4	0
Total general:	9.771	15.368	25.139	100

Tabla 7. Datos MSPS. Elaboración propia.

Causales de negación de servicios prescritos en Mipres para el RS – 2023

Causal de no entrega	III-2023	IV-2023	Total	%
Misma solicitud en otra prescripción	2.321	3.634	5.955	32
Suministro por tutela	2296	2.232	4.528	2
Tecnología cubierta por otro plan adicional en salud	532	836	1.368	7
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	484	496	980	5
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el Invima	142	250	392	2
Exclusión	519	567	1.086	6
El paciente tiene suministro de otra prescripción	314	448	762	4
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	172	192	364	2
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	578	520	1.098	6
Tecnología incluida en el plan de beneficios	109	236	345	2
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	78	138	216	1
Presentación no fraccionable	106	341	447	2
Paciente corresponde a otra EPS	105	112	217	1
El Invima no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	105	166	271	1
Paciente fallecido	67	68	135	1
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los	91	108	199	1

condicionamientos de cobertura del PBS				
El prescriptor y el paciente son el mismo	2	2	4	0
Total general:	8.021	10.346	18.367	100

Tabla 8. Datos MSPS. Elaboración propia.*Causales de negación de servicios prescritos en Mipres para el RC – 2024*

Causal de no entrega	I-2024	II-2024	III-2024	IV-2024	Total	%
Misma solicitud en otra prescripción	3.016	5.555	6.311	7.902	22.784	35
Tecnología cubierta por otro plan adicional en salud	1.821	1.920	4.490	4.210	12.441	19
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el Invima	739	1.495	3.363	3.524	9.121	14
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	863	1.202	1.055	941	4.061	6
Suministro por tutela	587	857	877	1.046	3.367	5
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	665	846	989	721	3.221	5
El paciente tiene suministro de otra prescripción	768	622	400	597	2.387	4
Tecnología incluida en el plan de beneficios	364	465	607	753	2.189	3
Exclusión	176	194	585	427	1.382	2
Paciente corresponde a otra EPS	199	330	336	348	1.213	2
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	311	267	185	129	892	1
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	496	238	0	-	734	1
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de un tratamiento definitivo o crónico	0	0	284	276	560	1
Presentación no fraccionable	156	184	126	79	545	1
Paciente fallecido	34	78	147	113	372	1
El Invima no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	22	16	12	19	69	0
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	6	5	8	17	36	0

El prescriptor y el paciente	2	0	0	0	2	0
Total general:	10.225	14.274	19.775	21.102	65.376	100

Tabla 9. Datos MSPS. Elaboración propia.*Causales de negación de servicios prescritos en Mipres para el RS – 2024*

Causal de no entrega	I-2024	II-2024	III-2024	IV-2024	Total	%
Misma solicitud en otra prescripción	2.958	4.638	5.776	7.379	20.751	34
Tecnología cubierta por otro plan adicional en salud	2.114	1.750	4.335	5.209	13.408	22
Suministro por tutela	2.640	3.272	3.166	3.243	12.321	20
Tecnología incluida en el plan de beneficios	625	1.100	1.398	982	4.105	7
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el Invima	132	422	697	657	1.908	3
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	268	447	332	540	1.587	3
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	279	299	382	309	1.269	2
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	328	416	286	215	1.245	2
Exclusión	140	176	448	310	1.074	2
El paciente tiene suministro de otra prescripción	297	269	160	275	1.001	2
Paciente corresponde a otra EPS	66	98	107	182	453	1
Paciente fallecido	31	82	142	183	438	1
El Invima no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	220	102	86	29	437	1
Presentación no fraccionable	216	62	40	20	338	1
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	178	69	0	-	247	0
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de un tratamiento definitivo o crónico	0	0	128	93	221	0
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a	4	8	17	51	80	0

los condicionamientos de cobertura del PBS						
El prescriptor y el paciente	1	1	0	1	3	0
Total general:	10.497	13.211	17.500	19.678	60.886	100

Tabla 10. Datos MSPS. Elaboración propia.

Validación de datos de registro de negación de servicios PBS

Trimestre	MES 1	MES 2	MES 3	Total de registros enviados	MES 1	MES 2	MES 3	Total registros validados exitosamente	% de participación
III - 2023	1.742	11.089	2.997	15.828	1.742	11.089	2.997	15.828	100
IV - 2023	3.154	2.909	2.581	8.644	3.154	2.909	2.504	8.567	99
I - 2024	2.509	2.316	1.416	6.241	2.509	2.316	1.374	6.199	99
II - 2024	1.787	6.334	5.484	13.605	1.787	6.334	5.265	13.386	98
III - 2024	1.818	1.372	1.178	4.368	1.745	1.372	1.178	4.295	98
IV - 2024	9.675	9.475	7.761	26.911	9.288	8.812	6.907	25.007	93
Total general :	20.685	33.495	21.417	75.597	20.225	32.832	20.224	73.281	97

Tabla 11. Datos MSPS. Elaboración propia.

Totalidad de causales de negación de servicios PBS UPC

Causal de Negación	III-2023		IV-2023		I-2024		II-2024		III-2024		IV-2024		Total	%
	RC	RS	RC	RS	RC	RS	RC	RS	RC	RS	RC	RS		
Servicio duplicado y/o ya tramitado	0	9763	0	1.642	0	1.561	0	9.842	0	1.344	0	20.478	44.630	59%
Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica	3.654	1.838	4.393	2.129	3.082	1.195	2.349	907	1.667	637	712	240	22.803	30%

sobre su seguridad y eficacia clínica															
Otras razones	10	175	11	174	6	131	5	161	10	354	22	5107	6.166	8%	
Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	34	4	97	11	81	11	49	18	79	21	102	33	540	1%	
El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales	54	131	6	78	3	59	7	66	13	64	4	23	508	1%	
Es un servicio o	75	36	38	22	58	18	80	13	72	20	20	11	463	1%	

tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente															
La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	1	5	10	0	10	4	16	48	15	21	$\frac{2}{1}$	52	203	0%	
Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	0	10	9	6	0	10	0	36	4	13	3	49	140	0%	
Usuario no ha pagado	37	0	16	0	12	0	7	0	33	0	$\frac{2}{3}$	0	128	0%	
Es un servicio o tecnología que tiene que ser	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	11	12	0%	

prestado en el exterior															
La prescripción del medicamento no tenía la cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0%	
La orden médica está vencida y no refrendada	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	
Total general:	3.8 66	11.9 62	4.5 80	4.0 64	3.2 52	2.9 89	2.5 13	11.0 91	1.8 94	2.4 74	9 0 7	26.0 04	75.5 96	100 %	

Tabla 12. Datos MSPS. Elaboración propia.

Totalidad de causales de negación de servicios PBS No UPC prescritos en Mipres

Causal de no entrega	III-2023		IV-2023		I-2024		II-2024		III-2024		IV-2024		Total	%
	R-C	R-S												
Misma solicitud en otra prescripción	1.7 94	2.3 21	5.0 54	3.6 34	3.0 16	2.9 58	5.5 55	4.6 38	6.3 11	5.7 76	7.9 02	7.3 79	56.3 38	3 3
Tecnología cubierta por otro plan	10 12	53 2	1.3 96	836	1.8 21	2.1 14	1.9 20	1.7 50	4.4 90	4.3 35	4.2 10	5.2 09	29.6 25	1 7

adicional en salud														
Suministro por tutela	488	2296	551	2.232	587	2.640	857	3.272	877	3.166	1.046	3.243	21.255	13
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el Invima	1.016	142	1.873	250	739	132	1.495	422	3.363	697	3.524	657	14.310	8
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	1.066	172	1.098	192	863	268	1.202	447	1.055	332	941	540	8.176	5
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	1.499	484	822	496	665	279	846	299	989	382	721	309	7.791	5
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	117	109	596	236	364	625	465	1.100	607	1.398	753	982	7.352	4
El paciente tiene suministro de otra prescripción	616	314	1.222	448	768	297	622	269	400	160	597	275	5.988	4
Exclusión	829	519	957	567	176	140	194	176	585	448	427	310	5.328	3
La prescripción excede los tres meses tratándose	478	578	522	520	311	328	267	416	185	286	129	215	4.235	2

de una formulación de primera vez															
Paciente corresponde a otra EPS	202	105	296	112	199	66	330	98	336	107	348	182	2.381	1	
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	353	78	483	138	496	178	238	69	0	0	-	-	2.033	1	
Presentación no fraccionable	125	106	292	341	156	216	184	62	126	40	79	20	1.747	1	
Paciente fallecido	115	67	92	68	34	31	78	82	147	142	113	183	1.152	1	
El Invima no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	41	105	49	166	22	220	16	102	12	86	19	29	867	1	
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de un tratamiento definitivo o crónico	0	0	0	0	0	0	0	0	284	128	276	93	781	0	

No se han agotado los toques o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	19	91	62	108	6	4	5	8	8	17	17	51	396	0
El prescriptor y el paciente	1	2	3	2	2	1	0	1	0	0	0	1	13	0
Total general:	9.7	8.0	15.	10.	10.	10.	14.	13.	19.	17.	21.	19.	169.	1
	71	21	368	346	225	497	274	211	775	500	102	678	768	0

Tabla 13. Datos MSPS. Elaboración propia.

Requerimientos de información de la SNS a EABP

Trimestre	EPS	Oficio de Requerimiento	Fecha de requerimiento
III-2023	Salud Bolívar	20233100402365341	26/12/2023
	Mutual Ser EPS	20233100402365461	26/12/2023
	EPS Sanitas S.A.S	20233100402365431	26/12/2023
	Compensar EPS	20233100402129671	26/12/2023
	Cajacopi EPS S.A.S.	20233100402365381	26/12/2023
	Dusakawi EPS-I	20233100402365321	26/12/2023
	Savia Salud EPS	20233100402371371	27/12/2023
IV-2023	No reportaron información de requerimientos efectuados a las EABP.		
I-2024	Capresoca	20243100401189711	12/06/2024.
	Asmet Salud EPS S.A.S	20243100401189691	12/06/2024.
	EPS Sanitas S.A.S	20243100401189721	12/06/2024.
	Salud Bolívar	20243100401189731	12/06/2024.
II-2024	No reportaron información de requerimientos efectuados a las EABP.		
III - 2024	Salud Bolívar	20243100402927351	30/12/2024
	Pijaos Salud EPS-I	20243100402927361	30/12/2024
IV-2024	No reportaron información de requerimientos efectuados a las EABP.		

Tabla 14. Datos SNS. Elaboración propia.

*Investigaciones administrativas sancionatorias iniciadas por SNS a EABP**III Trimestre 2023*

Núm.	Entidad	Resolución	Fecha de Resolución
1.	Savia Salud EPS	20237100000048746	01/08/23
2.	Fundación Oftalmológica de Santander Foscal	20237200000049086	02/08/23
3.	Centro de Referencia Ortopédico S.A.S.	20237200000048986	02/08/23
4.	Mutual Ser EPS	20237100000049216	03/08/23
5.	Cajacopi EPS S.A.S.	20237000000049126	03/08/23
6.	Departamento de Bolívar – Secretaría Departamental de Salud	20237300000049196	03/08/23
7.	Comparta EPS - en liquidación	20237200000049486	08/08/23
8.	IPS Sumimedical S.A.S	20237200000052176	22/08/23
9.	Medimas EPS S.A.S. – en liquidación	20237100000052886	29/08/23
10.	Nación - Ministerio de Defensa Nacional - Comando General de las Fuerzas Militares – Dirección General de Sanidad Militar	20237100000053506	31/08/23
11.	Mutual Ser EPS	20237100000053476	31/08/23
12.	Unión temporal Tolihuilá Sociedad Clínica Emcosalud s.a. y la Sociedad Médico – Quirúrgica Del Tolima Sociedad Anónima – Clínica Tolima S.A., integrantes de la unión temporal Tolihuilá	20237100000053656	01/09/23
13.	Unidad de salud de la Universidad del Atlántico	20237100000054086	05/09/23
14.	Coomeva E.P.S S.A. en liquidación	20237200000054176	07/09/23
15.	Asmet Salud EPS S.A.S	20237100000054296	08/09/23
16.	EPS Famisanar S.A.S.	20237100000054	08/09/23
17.	Fundación Campbell	20237200000054566	11/09/23
18.	Medimas EPS S.A. en liquidación	20237000000059406	26/09/23
19.	Droguerías y farmacias Cruz Verde S.A.S	20237300000057856	19/09/23
20.	Municipio de Inírida del departamento de Guainía	20237300000042956	05/07/23
21.	Coosalud EPS SA	20237100000043186	07/07/23
22.	Luis Carlos Gómez Núñez, en su calidad de Interventor de Asmet Salud EPS S.A.S., quien con su cargo ostenta la calidad de	20237100000043816	12/07/23

	representante legal y Ricardo Alberto Gil, en calidad de representante legal de la firma.		
23.	Asmet Salud EPS S.A.S.	20237100000050986	16/08/23
24.	Coomeva E.P.S S.A. en liquidación	2023710000005228-6	23/08/23
25.	E.S.E Hospital San Rafael	20237200000052846	29/08/23

Tabla 15. Datos SNS. Elaboración propia.*IV Trimestre 2023*

Núm.	Entidad	Resolución	Fecha de Resolución
1.	Capital Salud EPS	20237100000060866	5/10/2023
2.	Caja De Compensación Familiar del Chocó “Comfachocó”	20237100000090926	1/11/2023
3.	EPS Famisanar S.A.S.	2023710000006025-6	04/10/2023
4.	Sumimedical S.A.S., Hospital Alma Máter de Antioquia, Integrantes de la unión temporal Red Vital UT	20237100000061106	5/10/2023
5.	Clínica Porto Azul	20237200000071296	13/10/2023
6.	Cosmitet Ltda.	20237100000081836	27/10/2023
7.	Unión Temporal Tolihuil La Sociedad Clínica Emcosalud S.A. y la Sociedad Médico – Quirúrgica del Tolima Sociedad Anónima – Clínica Tolima S.A., Integrantes de la unión temporal Tolihuil	20237100000081426	25/10/2023
8.	Clínica Medilaser S.A.S., Clínica Cardioquirúrgica de Boyacá S.A. y Sociedad de Servicios Oculares S.A.S, Integrantes de la unión temporal Medisalud UT	2023710000008170-6	26/10/2023
9.	Fundación Oftalmológica de Santander - Foscal y la Sociedad Clínica de Urgencias de Bucaramanga S.A.S, como integrantes de la unión temporal Red Integrada Foscal- Cub.	2023720000013043-6	10/11/2023
10.	Oinsamed S.A.S. – Clínica Misericordia	2023700010013214-6	17/11/2023
11.	IPS Inversiones Médicas Barú	2023720000014482-6	15/12/2023

Tabla 16. Datos SNS. Elaboración propia.*I Trimestre 2024*

Núm.	Entidad	Resolución	Fecha de Resolución
-------------	----------------	-------------------	----------------------------

1.	Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.	20247100000004026	29/01/2024
2.	Comfamiliar Cartagena - en liquidación	20247100000007316	12/02/2024

Tabla 17. Datos SNS. Elaboración propia.*II Trimestre 2024*

Núm.	Entidad	Resolución	Fecha de Resolución
1.	Rohi IPS S.A.S	2024700010003195-6	12/04/2024
2.	Savia Salud EPS	2024710000003880-6	17/05/2024
3.	AIC EPS-I	2024710000005710-6	5/06/2024
4.	EPS Familiar de Colombia S.A.S	2024720000006433-6	19/06/2024
5.	EPS Sanitas S.A.S	2024710000006527-6	24/06/2024
6.	Anas Wayuu EPS-I	2024710000006535-6	24/06/2024
7.	Nueva EPS S. A.	2024710000006538-6	24/06/2024
8.	Anas Wayuu EPS-I	2024710000006551-6	25/06/2024
9.	Cajacopi EPS S.A.S.	2024720000006617-6	28/06/2024
10.	AIC EPS-I	2024710000006618-6	28/06/2024

Tabla 18. Datos SNS. Elaboración propia.*III Trimestre 2024*

Núm.	Entidad	Resolución	Fecha de Resolución
1.	Coosalud EPS S.A.	2024710000006823-6	10/07/2024
2.	Nueva EPS S. A.	2024700000006851-6	11/07/2024
3.	Salud Total EPS-S S.A.	2024710000007194-6	24/07/2024
4.	Coosalud EPS S.A.	2024710000007239-6	26/07/2024
5.	Coosalud EPS S.A.	2024720000007383-6	2/08/2024
6.	Comfaguajira	2024710000009713-6	27/08/2024
7.	AIC EPS-I	2024710000007342-6	1/08/2024

8.	Coosalud EPS S.A.	2024710000006823-6	10/07/2024
9.	Nueva EPS S. A.	2024700000006851-6	11/07/2024
10.	Comfaoriente.	2024720000007734-6	15/08/2024
11.	Coosalud EPS S.A.	2024710000007733-6	15/08/2024
12.	Nueva EPS S. A.	2024720000007868-6	20/08/2024
13.	Comfachocó en su programa de salud	2024710000009070-6	22/08/2024
14.	Fundación Salud Mia EPS	2024710000009114-6	22/08/2024
15.	Asmet Salud EPS S.A.S	2024720000009673-6	23/08/2024
16.	Nueva EPS S.A.	2024720000010447-6	29/08/2024
17.	EPS Sanitas S.A.S.	20247100000078006	16/08/2024
18.	Coosalud EPS S.A.	2024710000007877-6	20/08/2024
19.	E.S.E Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro	2024720000006752-6	5/07/2024
20.	E.S.E. Hospital San José de Maicao II Nivel	2024700010007322-6	31/07/2024
21.	E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Lorica	2024720000007652-6	13/08/2024
22.	IPS-I Supula Wayuu	2024720000007583-6	9/08/2024
23.	Wale Keru IPS-I	2024710000007585-6	9/08/2024
24.	E.S.E Hospital San Rafael De Albania	2024720000006771-6	8/07/2024
25.	Clínica Asotrauma S.A.S	2024720000000465-6	2/02/2024
26.	Emssanar EPS S.A.S.	2024710000010547-6	04/09/2024
27.	La Fiduciaria La Previsora S.A.	2024710000010559-6	04/09/2024
28.	La Nación - Ministerio de Defensa Nacional - Comando General de las Fuerzas Militares – Ejército Nacional - Dirección de Sanidad y/o la Dirección General de Sanidad Militar	2024710000010561-6	04/09/2024
29.	Comfenalco Valle	2024700010010554-6	04/09/2024

30.	Cajacopi EPS S.A.S.	2024700010012463-6	12/09/2024
31.	EPS Convida - en liquidación	2024710000012725-6	18/09/2024
32.	Savia Salud EPS	2024720000013197-6	20/09/2024
33.	Comparta EPS - en liquidación	2024720000013376-6	25/09/2024
34.	EPS SOS S.A.	2024710000013422-6	26/09/2024
35.	Nueva EPS S. A.	2024710000013585-6	30/09/2024
36.	Sonrisa Perfecta Dental S.A.S	2024720000013570-6	30/09/2024
37.	Salud Total EPS-S S.A.	2024710000010506-6	02/09/2024
38.	Central de Urgencias de Trauma S.A.S. - en liquidación	2024720000013406-6	26/09/2024

Tabla 19. Datos SNS. Elaboración propia.*IV Trimestre 2024*

Núm.	Entidad	Resolución	Fecha de Resolución
1.	Famisanar S.A.S	2024710000013630-6	2/10/2024
2.	Emssanar EPS S.A.S	2024710000013823-6	9/10/2024
3.	Mallamas EPS-I	2024710000013825-6	9/10/2024
4.	“Comfamiliar Huila” - programa de entidad promotora de salud - en liquidación	2024710000014067-6	15/10/2024
5.	IPS-I Kottushi Sao	2024710000013593-6	1/10/2024
6.	Medimás EPS S.A.S. – en liquidación	2024720000014845-6	13/11/2024
7.	Asmet Salud EPS S.A.S	2024710000015044-6	18/11/2024

Tabla 20. Datos SNS. Elaboración propia.

Actos administrativos de reintegro de dinero respecto de servicios de salud PBS incluidos en la UPC.

Núm. m.	Núm. Resol.	Fecha	EAPB	Concepto	Valor
	2402	30/12/2021	Cajacopi EPS S.A.S.	Vigencia 2018 Capital	7.516.583
				IPC 2018	889.084

				Vigencia 2019 Capital	3.056.211
				IPC 2019	313.324
	2403	30/12/20 21	AIC EPS-I	Vigencia 2019 Capital	2.636.904
				IPC2019	189.178
	1134	30/06/20 22	Aliansalud EPS	Vigencia 2020 Capital	207.324
				IPC 2020	25.629
	1135	30/06/20 22	Comfamiliar Cartagena	Vigencia 2018 Capital	2.484.764
				IPC 2018	473.557
				Vigencia 2019 Capital	30.069.29 8
				IPC2019	5.123.347
	1136	30/06/20 22	Capital Salud EPS	Vigencia 2018 Capital	614.614
				IPC 2018	124.402
	1137	30/06/20 22	Dusakawi EPS-I	Vigencia 2018 Capital	3.874.572
				IPC 2018	765.123
				Vigencia 2019 Capital	1.969.977
				IPC 2019	336.548
	1313	29/07/20 22	Comfaguajira	Vigencia 2019 Capital	862.892
				IPC 2019	134.053
	1314	29/07/20 22	Comfamiliar Huila	Vigencia 2020 Capital	15.596.78 8
				IPC 2020	2.164.920
	1315	29/07/20 22	Nueva EPS S. A.	Vigencia 2018 Capital	100.670.9 93
				IPC 2018	21.269.65 7
				Vigencia 2019 Capital	12.599.84 5
				IPC 2019	2.323.425
				Vigencia 2020 Capital	94.309.05 1
				IPC 2020	12.771.32 5
	343	7/03/202 3	Savia Salud EPS Modificó el artículo 1 de la Resolución 1133 de 2022 que declaró responsable a dicha	Capital 2018	1.232.266
				Actual. del IPC 2018	198.043
				Capital 2019	49.601.71 8
				Actual. del IPC 2019	8.088.416

			EPS por los siguientes valores:		
Total general:					382.493.828

Tabla 21. Datos MSPS. Elaboración propia.

Valores recaudados reportada por la Adres frente al caso de la Nueva EPS S.A.

Fecha Del Reintegro	Proceso Auditoría	Valor Capital Reintegrado	Valor IPC Reintegrado	Valor Total Reintegrado
28/06/2022	Servicios Negados - Vigencia 2018	20.828.329	3.495.087	24.323.416
28/06/2022	Servicios Negados - Vigencia 2019	888.448	1.323.930	2.212.378
28/06/2022	Servicios Negados - Vigencia 2020	7.793.421	874.701	8.668.122
28/06/2022	Servicios Negados - Vigencia 2021 - I y II	2.995.420	277.810	3.273.230
27/07/2022	Servicios Negados - Vigencia 2021 -III	67.276	8.322	75.598
29/07/2022	Servicios Negados - Vigencia 2021 -III	1.957.632	183.680	2.141.312
29/07/2022	Servicios Negados - Vigencia 2022	84.902	8.322	93.224
1/08/2024	Servicios Negados - Vigencia 2022	10.382.203	0	10.382.203
1/08/2024	Servicios Negados - Vigencia 2022	1.090.321	0	1.090.321
1/08/2024	Servicios Negados - Vigencia 2022	8.541.520	0	8.541.520
1/08/2024	Servicios Negados - Vigencia 2018 A 2022	146.188	0	146.188
29/11/2024	Servicios Negados - Vigencia 2018 A 2022	81.657.125	21.469.911	103.127.036
29/11/2024	Servicios Negados - Vigencia 2018 A 2022	290.352.044	78.913.645	369.265.689
3/12/2024	Servicios Negados - Vigencia 2018 A 2022	6.518.915	1.438.548	7.957.463
3/12/2024	Servicios Negados - Vigencia 2018 A 2022	1.194.782.000	247.095.244	1.441.877.244
Total general:		1.628.085.743	355.089.200	1.983.174.943

Tabla 22. Datos MSPS. Elaboración propia.

PQRD radicadas ante la SNS por negación de servicios de salud

Motivos específicos	III-2023	%	IV-2023	%	I-2024	%	II-2024	%	III-2024	%	IV-2024	%	Total	%
Negación en la asignación de citas o consultas	81.210	51	69.499	49	68.261	46	72.715	46	74.786	47	76.297	40	442.768	46
Negación para la entrega de tecnologías en salud y/o de otros servicios autorizados	29.945	19	34.176	24	39.893	27	46.490	30	48.904	31	77.382	40	276.790	29
Negación en la atención en otros servicios de salud	38.311	24	31.272	22	30.856	21	29.077	19	26.970	17	29.846	16	186.332	19
Negación y/o falta de oportunidad en el reconocimiento de reembolsos	2.522	2	2.548	2	3.082	2	3.619	2	3.462	2	2.940	2	18.173	2
Negación en la autorización de tecnologías en	3.680	2	3.105	2	2.610	2	2.588	2	2.372	1	2.640	1	16.995	2

salud y/o de otros servicios														
Negación de servicios de complementación terapéutica	2.821	2	2.056	1	2.125	1	1.856	1	1.872	1	1.962	1	12.692	1
Negación de la referencia y contrarreferencia	704	0	279	0	223	0	121	0	105	0	10	0	1.442	0
Negación del traslado en ambulancia	140	0	63	0	56	0	40	0	39	0	42	0	380	0
Total general:	159.333	100	142.998	100	147.106	100	156.506	100	158.510	100	191.217	100	955.670	100

Tabla 23. Datos SNS. Elaboración propia.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008

Auto 1280 de 2025

Referencia: seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, orden trigésima.

Asunto: valoración de cumplimiento de la orden trigésima.

Magistrado sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D.C., tres (3) de septiembre de dos mil veinticinco (2025).

La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 designada por la Sala Plena de la Corte Constitucional, para llevar a cabo la verificación del cumplimiento de las órdenes generales impartidas en la misma, integrada por los magistrados Vladimir Fernández Andrade, Miguel Polo Rosero y José Fernando Reyes Cuartas, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente auto.

SÍNTESIS

En el marco de la orden trigésima, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 valoró los informes de medición de tutelas de 2022, 2023 y 2024 remitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. La Sala declaró el nivel de cumplimiento **bajo** porque en la gestión para conformar una base autónoma y la publicidad y mecanismo de participación, si bien se reportaron medidas conducentes no se acreditaron resultados que permitieran evidenciar que se va a superar la problemática identificada. A su vez, en la caracterización, análisis de los problemas jurídicos y la entrega oportuna del informe a la Corte, si bien se hallaron medidas y resultados, se advirtió la inexistencia de avances. Por otra parte, en más del 50 % de los asuntos examinados se acreditaron medidas inconducentes para el cumplimiento de la orden estructural.

Particularmente, la Sala evidenció que la autoridad obligada no demostró acciones para controlar la tendencia de aumento en las acciones de tutela o las justificaciones para dicha situación. Además, no identificó las fallas estructurales, funcionales y financieras ni implementó el mecanismo participativo. De lo expuesto, la Corte reiteró los mandatos contenidos en los Autos 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022. Además, ordenó a Minsalud remitir un informe con: (i) las razones por las que se adoptaron diferentes metodologías en las tres vigencias analizadas, (ii) el funcionamiento de los auto reportes generados por las circulares de 2023 y 2024, (iii) sustentar aspectos relacionados con los indicadores del GED y, (iv) la forma de aplicación del mecanismo de participación, todo esto dentro del mes siguiente a la comunicación de esta providencia.

I. ANTECEDENTES

1. En la Sentencia T-760 de 2008, esta Corporación identificó diversas fallas estructurales al interior del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud), que ocasionaban graves problemas en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Por lo anterior, profirió dieciséis mandatos generales con el fin de que se adoptaran las medidas necesarias para corregirlas. Dentro de ellos se emitió la directriz trigésima¹, en la que ordenó al entonces Ministerio de Protección Social² allegar ante esta Corporación un informe anual con la medición de las acciones de amparo radicadas que resuelven los problemas jurídicos identificados en la sentencia estructural. En caso de que las mismas no hubiesen disminuido, debería advertir las razones de ello.

2. Desde la expedición de la sentencia estructural, la Corte ha valorado en cuatro ocasiones el mandato que se analiza, como se puede ver a continuación.

Auto 590 de 2016	
Nivel de cumplimiento: bajo	
Consideraciones de la Sala	Órdenes al MSPS
Persistían los problemas estructurales y funcionales identificados desde la Sentencia T-760 de 2008, especialmente en la selección y análisis de tutelas, lo que impedía conocer adecuadamente la realidad del sistema de salud. Aunque el informe del MSPS mostró avances al analizar algunos problemas jurídicos, excluyó el 44 % de ellos. Dado que los usuarios del sistema aún debían recurrir a tutelas para proteger sus derechos, la Corte exigió al MSPS realizar acciones concretas para superar estas falencias.	(i) Conformar una base de datos autónoma, precisa y eficaz a partir del año 2016, (ii) mejorar la caracterización de las tutelas examinadas para obtener resultados más específicos, (iii) indicar cuál es el porcentaje de usuarios que presentan tutelas en salud y su promedio de radicación por día y mes, (iv) evaluar el comportamiento de las acciones de tutelas según cada problema jurídico, (v) identificar las principales fallas funcionales, estructurales, financieras y demás en las que incurren los actores del sistema y el comportamiento de las tutelas, (vi) promover el conocimiento del informe a la sociedad civil, mediante un mecanismo de participación activa, así como su publicación en un <i>link</i> que haga parte de la página web de la entidad, entre otras.
Auto 77A de 2020	
Nivel de cumplimiento: medio	
El Minsalud entregó los informes tarde, aunque mostró disposición para cumplir con la medición requerida. Se consideró adecuada la inclusión de los departamentos como estratos en la metodología, y hubo avances en los indicadores del SEA, aunque faltó verificar todos los actores del sistema. La divulgación de los informes fue deficiente y no se implementó el mecanismo de participación ordenado. Además, la caracterización de los accionantes fue parcial. Aunque aumentaron las tutelas en 2016, 2017 y 2018, el incremento fue menor al de años anteriores.	(i) Verificar la conveniencia de tener a departamentos o municipios como estratos dentro de la metodología implementada, (ii) reportar los datos obtenidos respecto a los municipios, con independencia del estrato que definiera en los siguientes informes de medición, (iii) incluir otros criterios de caracterización en la herramienta de medición ordenados desde el Auto 590 de 2016, (vi) realizar la medición desde todos los problemas jurídicos analizados en la Sentencia T-760 de 2008 y el Auto 590 de 2016, (v) ampliar la batería de indicadores GED (goce efectivo del derecho a la salud), con inclusión de los determinantes sociales aplicables a las EPS, IPS, ET y en general a todos los actores del sistema, (vi) implementar el mecanismo participativo para publicitar los informes presentados, así como hacer más visible en su página web el <i>link</i> que contenía los reportes de medición de tutelas allegados a la Sala Especial, entre otros.
Auto 440 de 2021	
Nivel de cumplimiento: medio	
El Minsalud presentó los informes con retraso, aunque mostró disposición para cumplir con la medición. Se consideró adecuada la metodología al mantener a los departamentos como estratos, pero la información municipal fue confusa y dificultó su	(i) Incluir en la caracterización las variables exigidas desde los autos 590 de 2016 y 77A de 2020, (ii) cumplir con lo dispuesto en numeral 88, literal e) del auto 77A de 2020 y ampliar la batería de indicadores para evaluar el goce efectivo del derecho a la salud GED, (iii)

¹ “Ordenar al Ministerio de Protección Social que presente anualmente un informe a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello. El primer informe deberá ser presentado antes del 1° de febrero de 2009”.

² Hoy es el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS- Minsalud, la cartera de salud o el Ministerio.

<p>análisis, pese a mostrar cambios en la distribución de tutelas. Aunque se incluyó una buena parte de las variables del Auto 590 de 2016, no se aumentó la muestra, la cual fue menor que en años anteriores. En 2019 hubo una leve disminución de tutelas, pero faltó información de varios meses en 2020. También se dejaron de reportar varios problemas jurídicos. No se crearon nuevos indicadores ni se incorporaron determinantes sociales o actores adicionales. Además, no se implementó el mecanismo de participación ni se mejoró la visibilidad de los informes en la página web del Minsalud.</p>	<p>implementar el mecanismo participativo para publicitar los informes presentados. Hacer más visible en su página web el link que contiene los reportes allegados a la Corte con la medición de las acciones de amparo, entre otras.</p>
Auto 1680 de 2022	
Nivel de cumplimiento: medio	
<p>Se evidenció la necesidad de contar con un universo más amplio de tutelas que incluyera todos los problemas jurídicos y permitiera comprender con mayor detalle las acciones y sus causas. El Ministerio de Salud dejó por fuera algunos territorios y no examinó el comportamiento de las tutelas en los municipios, por lo que se consideró necesario que realizara un trabajo focalizado para identificar la génesis del aumento de estas acciones en dichas zonas. No obstante, se reconoció un avance en la caracterización de los accionantes, ya que se recaudó el 94.1 % de los ítems requeridos. A pesar de ello, resultó imperativo que se avanzara en la identificación de las fallas estructurales, funcionales y financieras en las que incurrieron los distintos actores del sistema. En 2021, se registró una disminución del 20 % en los amparos relacionados con el derecho a la salud. Finalmente, el Ministerio acató la orden de reubicar el enlace de acceso a los informes presentados ante la Corte, lo cual facilitó su consulta; sin embargo, no implementó el mecanismo de participación establecido en los autos 590 de 2016 y 77A de 2020.</p>	<p>(i) Evaluar el comportamiento de las acciones de tutela según cada problema jurídico y las posibles medidas para su resolución, (ii) incluir en la herramienta de medición, el criterio de caracterización referido a las causas de negación ordenado en el Auto 590 de 2016, (iii) ampliar la batería de indicadores que evalúen el GED, en el que se incluyan los determinantes sociales aplicables a las EPS, IPS y ET y, en general, a todos los actores del sistema. Así como implementar el mecanismo participativo para publicitar los informes presentados, (iv) reportar en los próximos informes un diagnóstico de las barreras de acceso al derecho a la salud en aquellos municipios en los que se presente un incremento superior al 50 % en las tutelas radicadas, entre otras.</p>

Tabla 1. Datos Corte Constitucional. Elaboración propia

3. La cartera de salud allegó los informes de medición de las tutelas correspondientes a los años 2022, 2023 y 2024³, allí se refirió principalmente a los asuntos expuestos en la Tabla 1 del Anexo.

4. A partir de diferentes decretos probatorios⁴, tanto la cartera de salud como algunos peritos voluntarios⁵ allegaron información respecto de la orden que se analiza, la cual fue sintetizada en las Tablas 8 a 7 del Anexo de este documento.

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia

5. En atención a las facultades otorgadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional, en sesión del 1.º de abril de 2009⁶, el artículo 86 de la Constitución y el artículo 27 del Decreto Estatutario 2591 de 1991⁷, la Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir este auto.

2. Metodología de la valoración

³ El 29 de mayo de 2023, 30 de abril de 2024 y 5 de mayo de 2025, respectivamente.

⁴ El 17 de agosto, 9 de octubre y 18 de diciembre de 2023, 4 de junio y 11 de junio de 2024 y 14 de mayo de 2025.

⁵ Pacientes Alto Costo, CSR (Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social), Defensoría del Pueblo, Así Vamos en Salud, Gestarsalud, Acemi, ACHC (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas).

⁶ Acta núm. 19.

⁷ “Cumplimiento del fallo. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirlo sin demora [...]”.

6. La Sala Especial procede a proferir la quinta valoración sobre el acatamiento de la orden trigésima de la Sentencia T-760 de 2008, así como de las directrices impartidas en los autos anteriores⁸. La cual se llevará a cabo de conformidad con los niveles de cumplimiento establecidos en el Auto 411 de 2015⁹ y lo mencionado en diferentes ocasiones sobre la intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas¹⁰ y la documentación recaudada dentro del seguimiento que realiza esta Corporación y que reposa en el expediente.

7. Ahora bien, cabe recordar que la orden trigésima está directamente relacionada con el cumplimiento de los demás mandatos emitidos en la sentencia estructural, pues se constituye en indicativo de la implementación de buenas medidas dentro del sistema y evidencia la preponderancia que tiene la acción de amparo¹¹ como mecanismo de acceso al SGSSS¹². Así las cosas, la directriz que se analiza supone: (i) una medición que dé a conocer el comportamiento de las tutelas desde los problemas jurídicos, (ii) la entrega de informes anuales ante la Corte, la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo en las fechas establecidas, y (iii) la necesidad de brindar una explicación en caso de no observar disminución en la radicación de las acciones constitucionales¹³.

8. Con ese contexto, la Sala evaluará el contenido de los informes presentados para los años 2022, 2023 y 2024 donde analizará: (i) la metodología implementada para la medición; (ii) la caracterización; (iii) la información de los municipios; (iv) la identificación de las fallas estructurales, funcionales y financieras; (v) la tendencia en la presentación de las acciones constitucionales; (vi) el análisis de los problemas jurídicos estudiados en la Sentencia T-760 de 2008 y el Auto 590 de 2016; (vii) la implementación de indicadores del GED; (viii) la publicidad y mecanismo de participación sobre los informes presentados; (ix) entrega oportuna de las mediciones a la Corte por el MSPS; (x) las gestiones efectuadas ante y por la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación y, finalmente (xi) valorará el nivel de cumplimiento.

Cuestión previa: exclusión de las tutelas que “correspondieron a sectores diferentes al de salud, o a regímenes exceptuados legalmente del SGSSS”

9. La Corte recuerda que en los Autos 077A de 2020 y 440 de 2021 se avaló la diferenciación de los regímenes de excepción llevada a cabo por Minsalud en años anteriores¹⁴, ya que la Sentencia T-760 de 2008 se refirió únicamente a las barreras evidenciadas dentro del SGSSS y no estudió lo relacionado con regímenes

⁸ Autos 590 de 2016, 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.

⁹ Esta Corte definió que solo declararía la superación de la problemática estructural cuando el ejecutivo demostrara (i) transformaciones en el funcionamiento del sector salud, (ii) con grado de certeza de que, esos cambios, lograran las condiciones para el GED y “avanzar sosteniblemente” y (iii) que esas soluciones tuvieran la virtud de ser coherentes y duraderas, conforme a lo exigido por la Corte.

¹⁰ Cfr. Autos 140 y 470 A de 2019, 108, 109 y 110 de 2021, 2882 y 2881 de 2023, 2049 de 2024, 007 de 2025.

¹¹ Así lo precisó el Auto 077A de 2020, al referirse sobre el alcance de la orden.

¹² Sistema del que no hacen parte los regímenes mencionados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, es decir, el de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas; Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, trabajadores de las empresas que al empezar a regir la ley 100 estaban en concordato preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni pensionados de esta. Autos 590 de 2016, 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.

¹³ Auto 1680 de 2022.

¹⁴ Respecto de la medición realizada para el 2018, 2019, 2020 y 2021.

especiales¹⁵. Para los informes que se estudian (2022, 2023 y 2024), el MSPS indicó haber excluido las siguientes tutelas:

Año	Tutelas en salud	Tutelas impetradas en contra de actores del SGSSS	Tutelas que no se relacionan con el SGSSS
2022 ¹⁶	156.412	135.785	20.718
2023 ¹⁷	197.767	178.733	19.034
2024 ¹⁸	237.210	237.094	568 ¹⁹

Tabla 2. Datos MSPS. Elaboración propia

10. No obstante, al revisar esta información se observó que Minsalud no argumentó cómo realizó esta exclusión. La Sala advierte que únicamente para el 2022 se detalló, dentro del mismo informe, a qué entidades ajenas al sector salud fueron dirigidas las tutelas depuradas. En contraste, para los años 2023 y 2024 dichos datos tuvieron que ser requeridos mediante auto de pruebas. No obstante, no se demostró ante la Sala el número de acciones anuales que *no involucraban a actores del sistema de salud ni contenían pretensiones relacionadas con el derecho a la salud*. Como bien lo ha dicho la Corte²⁰, es necesario que el MSPS demuestre y argumente por qué los amparos verificados frente a instituciones como el INPEC o las universidades no guardan relación con el objeto de análisis en la medición de las tutelas relacionadas con el derecho a la salud²¹.

11. Para verificar lo anterior, la Sala a través de la herramienta Pretoria²² analizó algunas tutelas radicadas en contra del INPEC durante el 2022 y 2024 e identificó que en muchas de ellas se invocó el derecho a la salud. Esto es así, en tanto, de 1.216 tutelas presentadas en 2022²³, al menos 450 buscaron la protección de este derecho²⁴ y en el 2024²⁵, de 1.281 cerca de 500^[26].

¹⁵ “No significa ello que la Corte muestre menor preocupación por los mencionados regímenes, ya que son patentes las dificultades que presentan, habiendo sido también objeto de prioritaria atención evidenciada en la emisión de múltiples pronunciamientos jurisprudenciales, en los que ha velado por la protección de los derechos fundamentales de las personas que se encuentran afiliadas a los mismos” Auto 077A de 2020, lo cual fue reiterado en los Autos 440 de 2021 y 1680 de 2022.

¹⁶ Fuerzas Armadas con 7.155 casos, INPEC con 3.141, otras entidades diferentes al sector salud con 2.703, el Magisterio con 2.433, las Administradoras de Riesgos Laborales con 1.242, otros ministerios y entidades del orden nacional con 1.208, compañías de seguros con 940, fondos de pensiones con 566, medicina prepagada y planes complementarios con 534, juzgados con 345, Fiduprevisora con 303, Ecopetrol con 91 y universidades con 57.

¹⁷ No se discriminaron las exclusiones en el informe, pero después de ser requerida por la Corte, la entidad informó que, de 19.034 registros analizados, 10.158 no definieron el demandado o no se contó con dicha información. En cuanto a los demandados identificados, 4.029 correspondieron a entidades del Gobierno, 2.547 al régimen de excepción en salud, 1.753 a ARL, 546 a AFP, y una a Caja de Compensación Familiar.

¹⁸ Las exclusiones no fueron discriminadas, pero a partir del decreto probatorio correspondiente se tiene que se registraron 25.545 tutelas dirigidas a diversas entidades diferentes a las EPS. Las Fuerzas Armadas fueron las más accionadas con 9.689 tutelas, seguidas por el INPEC con 3.695, las ARL con 3.345, otros ministerios y entidades del orden nacional con 1.824, otras entidades diferentes al sector salud con 1.819, Fiduprevisora con 1.581, medicina prepagada y planes complementarios con 89, y el Magisterio con 836. También se identificaron tutelas dirigidas a los fondos de pensiones con 722 casos, compañías de seguros con 559, juzgados y áreas jurídicas con 402, Ecopetrol con 93, y universidades con 81.

¹⁹ Según la respuesta recibida por el Ministerio a partir del decreto probatorio del 14 de mayo de 2025, el dato es de 25.545, pero la Sala desconoce la causa de la diferencia entre lo reportado en el informe de tutelas de 2024 y la respuesta mencionada.

²⁰ Autos 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.

²¹ Autos 440 de 2021 y 1680 de 2022.

²² Aquella plataforma usada para “agrupar, analizar y clasificar información de más de 2.500 sentencias diarias que recibe la Corte, organizándolas por casos similares y criterios priorizados por la Corporación, para que ésta pueda identificar los casos más relevantes en su función de fortalecer el precedente judicial y garantizar en última instancia la justicia material”. <https://www.corteconstitucional.gov.co/noticia.php?PRETORIA,-un-ejemplo-de-incorporaci%C3%B3n-de-tecnolog%C3%ADas-de-punta-en-el-sector-justicia-8970=>

²³ Periodo de reporte 1.º de enero de 2022 a 31 de diciembre 2022.

²⁴ Por ejemplo, la práctica de procedimientos médicos, tratamientos integrales, valoración o diagnóstico médico. En todo caso la Sala advierte que se trata de aproximaciones y un ejercicio didáctico para demostrar que en algunas tutelas excluidas sí hay relación con el derecho a la salud, las cuales deberían ser estudiadas en la cartera de salud.

²⁵ Periodo de reporte 1.º de enero de 2024 a 31 de diciembre de 2024.

²⁶ A saber, transporte y viáticos para recibir atención en salud, asignación de citas médicas.

12. Aunado a lo anterior, es importante reiterar que, desde los Autos 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022, esta Corte ha señalado que, en algunos casos, los conflictos que originan las acciones de tutela contra las ARL (Administradoras de Riesgos Laborales) también involucran al SGSSS²⁷. Por ello, era obligación del Ministerio de Salud comprobar que las acciones que incluían a las ARL no estuvieran orientadas a la protección de una prerrogativa fundamental. En ese sentido, no es posible concluir de manera ligera que algunos expedientes en los que figuran entidades como el INPEC, universidades o ARL deban ser automáticamente excluidos del universo de análisis por no tratarse de EPS. Pues, lo que debe analizarse es el contenido de la reclamación y su vínculo con el derecho de salud.

13. Solo a partir de ese examen es posible determinar si la acción tenía relación con una pretensión en salud y si pudo haberse dirigido a una entidad no competente. Para 2024, tan solo manifestó que “[e]n el portal mencionado en el numeral ‘i’, se encuentra la distribución porcentual de tutelas según los derechos demandados, clasificación que realiza internamente la Corte Constitucional para la publicación oficial del reporte, por lo que, no es posible informar ‘El proceso utilizado para determinar que, a pesar de los sujetos accionados, las pretensiones de las acciones de tutela excluidas del estudio no tenían relación con el derecho a la salud y el SGSSS’”.

14. La Sala reitera la necesidad de que la autoridad obligada “verifique de forma detallada cuales de esas acciones constitucionales puede descartar de la medición que realiza año tras año, ya que no es viable que sin estudiar la pretensión se aparten solo por la entidad accionada pues se ha demostrado que en su contra también se puede estar alegando el desmedro del derecho fundamental”²⁸. En síntesis, si bien no existen criterios definidos, la Corte ha sido enfática en que se debe sustentar por qué ciertos amparos no guardan relación con el examen que se realiza en la medición de tutelas en salud. De igual forma, resulta necesario diferenciar, dentro de los expedientes analizados, cuáles corresponden a actores que hacen parte del sistema de salud. No obstante, dicho análisis debe efectuarse caso por caso, atendiendo al supuesto fáctico y al hecho vulnerador específico, y no limitarse únicamente a la identificación de la entidad accionada²⁹.

15. De manera que, para las vigencias objeto de valoración no se podrá avalar la exclusión de lo mencionado porque no existe un respaldo que demuestre que en esas tutelas no existía ningún actor que hiciera parte del sistema de salud o una pretensión en la materia. Ahora, la Sala reiterará que en el ejercicio de depuración el MSPS debe analizar el caso concreto de acuerdo con el supuesto fáctico y el hecho vulnerador y no simplemente la entidad accionada de cara al correspondiente. En torno a este asunto, se tiene que:

Informe	Regímenes especiales exceptuados y otros ³⁰	Total	Otras entidades accionadas excluidas ³¹	Total
2022	-Fuerzas Armadas (7.155) -Otras entidades diferentes al sector salud (2.703) -Magisterio (2.433)		-INPEC (3.141) -Administradoras de Riesgos Laborales (1.242) -Fondos de Pensiones (566)	

²⁷ “Situaciones en las que se hace necesario determinar el origen de una enfermedad que incide en la atención y pagos de auxilio de incapacidad, entre otros”.

²⁸ Autos 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.

²⁹ Ib.

³⁰ Datos reportados por el MSPS en los informes de 2022 y 2024. Para 2023 se obtuvo de la respuesta de la entidad del 5 de julio de 2024.

³¹ Ib.

	-Otros ministerios y entidades del orden nacional (1.208) -Compañías de seguros (940) -Fiduprevisora (303) - Ecopetrol (91) - Juzgados (345)	15.178	-Medicina Prepagada y Planes Complementarios (534) -Universidades (57)	5.540
2023	-Régimen de excepción en salud (2.547) -Entidad del Gobierno (4.029) -Caja de Compensación Familiar (1)	6.577	-ARL (1.753) -AFP (546)	2.299
2024	-Fuerzas Armadas (9.689) -Otros ministerios y entidades del orden nacional (1.824) -Otras entidades diferentes al sector salud (1.819) -Fiduprevisora (1.581) -Magisterio (836) -Compañías de seguros (559) -Juzgados y áreas jurídicas (402) -Ecopetrol (93) -Secretarías y entidades del orden municipal, distrital y departamental (1.060) -Junta Nacional de Calificación de Invalidez (87) -Ferrocarriles Nacionales (5) -El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales (6)	17.961	-INPEC (3.695) -ARL (3.345) -Medicina prepagada y planes complementarios (899) -AFP (722) -Universidades (81) -Farmacias (918) -Adres (302) -Cajas de compensación (219)	10.181

Tabla 3. Datos del MSPS. Elaboración propia

16. Así las cosas, el MSPS discriminó aquellas tutelas promovidas en contra de regímenes especiales lo que, según la Corte, es válido, porque la Sentencia T-760 de 2008 se refirió únicamente a las barreras evidenciadas dentro del Sistema General y no estudió lo relacionado con estos regímenes³². Asimismo, la cartera de salud depuró del consolidado a otros actores como las ARL, universidades, el INPEC, entre otros, sin presentar justificación alguna. No se sustentó que estas entidades carecieran de una relación directa con la prestación del servicio de salud. Por ello, para la Sala solo resulta viable excluir los expedientes relacionados con regímenes especiales exceptuados, tales, como magisterio, ferrocarriles naciones, Fiduprevisora, Ecopetrol y otros³³ (Tabla 3) es decir que el número de tutelas en salud que se tendrá en cuenta será: (i) 2022, 141.234; (ii) 2023, 191.190; y (iii) 2024, 219.249³⁴. Esto porque en los expedientes restantes (5.540, 2.299 y 10.181) no se demostró que no tuvieran que ver con el sistema de salud

17. Por otra parte, la Sala observa que: *primero*, para el año 2022, se reportó un universo de 156.412 tutelas y una exclusión de 20.718, por lo que 135.785 se dirigieron contra actores del SGSSS. No obstante, se identificó un error de cálculo ya que, si a las 156.412 reportadas se les restan las 20.718 depuradas, el resultado sería 135.694, lo cual genera una diferencia de 91 casos y un margen de error del 0,07 %. Esta inconsistencia impide tener certeza sobre la exactitud de los datos reportados. Se desconoce si esta diferencia obedece a la inclusión de 382 expedientes adicionales aportados directamente por el Ministerio, aspecto sobre el cual esta Sala se pronunciará más adelante.

18. *Segundo*, la Sala identificó una variación en el método de depuración empleado, el cual, a primera vista, no parece estar estandarizado en sus categorías. Veamos, en 2023 se reportaron estas categorías, régimen de excepción en salud, entidad del Gobierno, Caja de Compensación Familiar, ARL y AFP. No obstante, en 2022 y 2024 se registraron más de diez categorías distintas, como se observa en

³² Autos 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.

³³ Regímenes mencionados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

³⁴ Esto se debe a la disminución de 15.178, 6.577 y 17.961 expedientes, correspondientes respectivamente a cada uno de los años analizados en las tutelas en salud reportadas por el Ministerio de Salud (Tabla 2).

la Tabla 3. Esta diferencia evidencia una discrepancia significativa en la clasificación y exclusión de accionados dentro del conjunto de tutelas en salud. Tercero, para el 2024, según el informe, se excluyeron 568 expedientes, mientras que en comunicación posterior³⁵ se afirmó que eran 25.545, con alusión adicional a 2.604, lo que evidencia una contradicción por parte de la autoridad obligada frente al ejercicio de depuración.

19. Para la Sala, este conjunto de inconsistencias refleja posibles deficiencias en los ejercicios metodológicos adelantados por el Ministerio o fallas estructurales en sus bases de datos, lo que compromete, en principio, la confiabilidad de los resultados presentados. En suma, se observa una diferencia entre las cifras de tutelas en salud que reporta la Corte³⁶ y el Minsalud, a saber:

Año	Datos de la Corte	Datos de Minsalud	Diferencia
2022	156.274	156.412	138
2023	197.725	197.767	42
2024	265.173	237.210	27.963

Tabla 4. Datos del MSPS y de la Corte. Elaboración propia

20. Las diferencias expuestas no deberían existir en los totales de las acciones en salud, criterio que deberá ser tenido en cuenta por el Ministerio en los futuros informes. Sin embargo, se tomarán como referencia los datos de las tutelas en salud y las acciones interpuestas contra entidades de los regímenes de excepción reportados por el Ministerio, con el fin de que sean comparables entre sí en el desarrollo de esta valoración.

3. Metodología implementada para la medición de las tutelas³⁷

21. En los años que se analizarán el Minsalud implementó las siguientes metodologías:

2022	Muestreo probabilístico simple ³⁸ .
2023	Profirió la Circular 004 de 2024 que instruyó a las EPS y demás entidades aseguradoras para que nuevamente reportaran la información relacionada con las acciones de tutela que les hubieren impetrado para la protección del derecho a la salud durante el 2023, pero no se obtuvieron resultados positivos, por lo que no fue “menester el adelanto de ejercicios metodológicos, como quiera que el presente reporte se construyó con base en el reporte de las mencionadas entidades” ³⁹ . Sin embargo, desde la estadística de la Corte, se pudo determinar que se utilizó un método censal a partir de las novedades de las entidades obligadas a reportar según Circular 004 de 2024.
2024	“Muestreo de tipo probabilístico (aleatorio), no estructurado” ⁴⁰ y desde la Corte se identificó una técnica censal a partir del reporte de las entidades obligadas a partir de la Circular 001 de 2025.

Tabla 5. Información MSPS y estadística de la Oficina de Presidencia de la Corte. Elaboración propia

22. Al comparar las metodologías empleadas en los años citados, se observan modificaciones en el diseño de recolección de información que plantea interrogantes sobre la comparabilidad y validez de los resultados entre los años, por ejemplo:

2022	Se utilizó un muestreo probabilístico simple, con una fórmula estadística claramente especificada para el cálculo del tamaño muestral. Esta metodología garantiza, en principio, que cada unidad del universo tenga la misma probabilidad de ser seleccionada, lo que permite realizar inferencias válidas para el total de tutelas. Sin embargo, debe recordarse que, por definición, en un MAS (muestreo aleatorio simple), la probabilidad de selección de cada unidad muestral es igual y corresponde a 1/N. No obstante, al evidenciarse que el Ministerio utilizó dos fuentes de información -por un lado, la base de datos de la Corte Constitucional, y por otro, los expedientes en los que el Ministerio fue vinculado-, dicho supuesto no se cumple. La inclusión de estas dos fuentes introduce una probabilidad de selección diferencial, lo cual compromete la representatividad de la muestra si no se aplican los ajustes metodológicos correspondientes.
------	---

³⁵ Respuesta recibida tras el decreto probatorio realizado por esta Sala.

³⁶ <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas>

³⁷ La Sala advierte que en el análisis de este capítulo tuvo el respaldo de los datos de estadística de la Oficina de Presidencia de la Corte Constitucional.

³⁸ Informe de tutela de 2022. Página 15.

³⁹ Informe de tutela de 2023. Página 13.

⁴⁰ Informe de tutela de 2024. Página 11.

2023 y 2024	En contraste, en 2023 y 2024 se optó por un enfoque censal basado en el reporte de las entidades obligadas según circulares emitidas por el MSPS. Para la Sala es necesario conocer las estrategias usadas por la entidad para garantizar la calidad de la información reportada.
-------------------	---

Tabla 6. Datos de estadística de la Oficina de Presidencia de la Corte Constitucional. Elaboración propia

23. En principio, la Sala observa que los informes presentados para 2022, 2023 y 2024 no pueden compararse debido a las diferencias sustanciales en los ejercicios metodológicos empleados, tal como se ha expuesto en los numerales anteriores. Cada vigencia adoptó una metodología distinta -sin que se evidencie una justificación técnica- lo que impide a esta Sala establecer una línea de análisis uniforme, como se realizó en los Autos 1680 de 2022, 440 de 2021, entre otros. En consecuencia, la valoración de los datos aportados deberá realizarse de manera individual para cada año.

24. No obstante, se advierte que esto representa un retroceso en la calidad y continuidad de las mediciones sobre tutelas, al afectar el seguimiento consistente a las tendencias de las acciones de amparo para la reclamación del derecho a la salud, así como las conclusiones de cada informe se hayan construido a partir de técnicas disímiles. Ello también fue reconocido por algunos intervinientes que manifestaron su preocupación por la diferencia de recolección de datos, la cual dificultaba evaluar el crecimiento de amparos⁴¹.

25. Debido a lo anterior, la Sala debe pronunciarse sobre las metodologías utilizadas, pues ninguna de ellas ha sido estudiada ni avalada, ya que hasta el 2021 el Ministerio aplicaba el método de “muestreo probabilístico estratificado”, no obstante, para el 2022, 2023 y 2024 se presentaron tres metodologías distintas como ya se anunció. En 2022 se aplicó un muestreo aleatorio simple, el cual difiere de la técnica que venía siendo implementada por la autoridad obligada. En principio, la Sala no dispone de la información completa para comparar los resultados obtenidos en los diferentes años debido a la ausencia de indicadores de precisión, tales como los intervalos de confianza o los coeficientes de variación para verificar la calidad de las estadísticas⁴².

26. En todo caso, para las vigencias 2023 y 2024 se utilizó una técnica censal en la recolección de datos, lo que permitiría establecer una base común de comparación entre ambos años, en tanto los datos provienen del universo total de reportes realizados por los actores del sistema, bajo lineamientos normativos específicos⁴³. Esta coincidencia en el enfoque censal facilita el análisis de variaciones en el comportamiento de las acciones de tutela entre estas dos vigencias, aun así, sigue siendo clave que se valide la calidad de la información reportada para conformar el análisis. Sin embargo, la Sala desconoce si el Ministerio realiza dicha validación,

⁴¹ Particularmente, ACHC indicó que debe tenerse en cuenta que el muestreo de datos para cada estudio fue valorado de forma diferente, pues en el 2022, el MSPS se basó en los datos de la Corte Constitucional y para el 2023, en los datos arrojados por las EPS. Concluyó que la comparabilidad total se limita por la evolución en la calidad de las fuentes, el uso de diferentes metodologías y el nivel de detalle alcanzado en cada año. Por su parte, Gestarsalud afirmó que un análisis de tutelas basado únicamente en los datos dados por las EPS no era adecuado para evaluar de manera completa las acciones de amparo para el 2023. Así Vamos en Salud señaló que era relevante el mantenimiento de la estructura de reporte de la información, porque es lo que permitirá comparaciones con vigencias anteriores y analizar periodo a periodo el comportamiento de los problemas jurídicos.

⁴² Cuando un estudio utiliza muestreo para la recolección de información, no se analiza la totalidad de la población, sino una fracción de esta. Este hecho introduce un grado de incertidumbre sobre la capacidad del estudio para representar adecuadamente los resultados poblacionales. Por ello, en el muestreo se emplean medidas como el coeficiente de variación (CV) y los intervalos de confianza (IC), que brindan información sobre la precisión de las estimaciones. Por su parte, los intervalos de confianza son otra medida clave, pues permiten, con un determinado nivel de confianza, establecer el rango en el que, bajo repetición del procedimiento de muestreo, se encontraría el valor real del parámetro poblacional. Oficina de Presidencia de la Corte Constitucional y Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2008). Estimación e interpretación del coeficiente de variación de la encuesta concensal. Bogotá D.C., Colombia: DANE.

⁴³ Circulares 004 de 2024 y 001 de 2025, respectivamente.

así como el mecanismo utilizado para tal fin. Por lo que, se le requerirá a la autoridad obligada sobre el estudio correspondiente.

27. La Sala advierte que, si bien la metodología aplicada en 2024 resultó ser más completa no son claros algunos aspectos relacionados con el autoreporte y su validación. En consecuencia, la técnica deberá ser valorada cuando la misma esté consolidada en los futuros informes, toda vez que, para la seguridad de la Sala y las conclusiones de cumplimiento de la orden, deberá fortalecerse la calidad de los datos obtenidos, así como la comparación con las cifras reportadas por la Corte Constitucional. A pesar de que en 2023 se inició la implementación de dicha metodología, lo cierto es que el informe correspondiente, en contraste con el presentado para 2024, contiene menos información y evidencia un análisis deficiente. En esa medida, se debe garantizar que el método que eventualmente se adopte de forma estable sea fortalecido y se mantenga en el tiempo, de modo que cumpla adecuadamente con los propósitos en la medición de tutelas y, en consecuencia, con lo dispuesto en la orden trigésima de la Sentencia T-760 de 2008.

28. Ahora bien, mediante Auto del 14 de mayo de 2025, la Sala requirió a Minsalud para que sustentara la razón del cambio de metodología. Sobre esto, la entidad aseveró que la metodología de la medición de las tutelas era la misma, “contempla el análisis de acciones de tutela para la protección del derecho a la salud, a partir de la metodología denominada ‘muestreo probabilístico estratificado’”.

29. A pesar de lo anterior, la Sala no pudo constatar que dicha técnica se hubiera implementado conforme a los principios estadísticos que la rigen. En primer lugar, al revisar las fórmulas utilizadas para el cálculo del tamaño de muestra, se evidencia que estas corresponden a un muestreo aleatorio simple, sin que se observe la incorporación de los estratos, que en este caso serían los departamentos. Esto contradice la lógica del muestreo estratificado usado con antelación, el cual requiere fórmulas específicas que consideren la variabilidad y proporciones dentro de cada estrato para garantizar la representatividad.

30. Adicionalmente, se espera que de acuerdo con el diseño reportado la autoridad esté en condiciones de realizar estimaciones estadísticas a nivel de cada estrato - esto es, por departamento-, lo cual no se realizó ni se presentó en ninguno de los informes. Tampoco se reportaron indicadores fundamentales para validar la calidad de las estimaciones, como los coeficientes de variación o los intervalos de confianza, que son requeridos en ejercicios de esta naturaleza. En algunos apartados se menciona la aplicación de un muestreo aleatorio simple estratificado; sin embargo, dicha afirmación no se ve respaldada ni por la justificación metodológica, ni por las fórmulas empleadas, ni por los resultados reportados.

31. En ese sentido, es necesario que el Ministerio aclare y establezca los enfoques metodológicos adoptados, especialmente si busca generar información confiable y comparable en el tiempo. La Sala considera necesario que el Ministerio tenga en cuenta el impacto que han tenido las metodologías de estos informes, pues debe recordarse que la presentación del informe de las tutelas no constituye un simple trámite formal que se cumple con su remisión, sino que exige un análisis sustantivo y la debida justificación técnica de los datos incorporados⁴⁴. En conclusión, se implementaron medidas que resultan inconducentes y que no arrojan resultados, pues no es posible comprar entre anualidades. Lo anterior resulta aún más problemático si se tiene en cuenta que se han detectado dificultades en la selección

⁴⁴ Auto 1680 de 2022.

y composición de las muestras utilizadas en cada medición, como se detallará a continuación.

3.1. Muestra

32. Aunque esta Sala ha revisado de forma constante las muestras utilizadas por el Ministerio en sus informes, en el caso del año 2022 se reportó una muestra de 3.057 tutelas. Sin embargo, no fue posible evaluar si los resultados obtenidos son confiables desde el punto de vista estadístico. Esto se debe a que el Ministerio no incluyó información clave como los intervalos de confianza o los coeficientes de variación, que son necesarios para saber qué tan precisas son las estimaciones. La falta de estos indicadores impide verificar si los resultados reflejan adecuadamente la realidad y también dificulta compararlos con otras mediciones o con datos de otros años. Además, no queda claro si la forma en que se eligió la muestra permite sacar conclusiones válidas a nivel municipal. Este punto se retomará más adelante en el documento.

33. Para el año 2023, la estrategia de recolección de datos cambió sustancialmente, ya que se dejó de utilizar una muestra estadística y, en su lugar, se empleó información de tipo censal reportada directamente por los actores del sistema, conforme a los lineamientos establecidos en la Circular 004 de 2024. En dicha vigencia la cifra depurada por MSPS ascendió a 178.733 amparos en contra de actores del SGSSS.

34. A su vez, para el 2024, el enfoque del muestreo también presentó una variación significativa, pues la muestra no fue utilizada con fines de estimación poblacional, sino como insumo para la estrategia de validación de los datos recolectados, de acuerdo con lo establecido en la Circular 001 de 2025⁴⁵. En este año si bien se afirmó que la validación de datos se realizó con una muestra, al revisar el informe la Sala no pudo identificar dicho tamaño de muestra. Por lo tanto, no se cuenta con tal cifra.

35. En conclusión, frente a la valoración de la estrategia muestral utilizada por el Ministerio en cada uno de sus informes, se identifica que: (i) en 2022 no fue posible una comparación de datos debido a la falta de información suficiente, las variaciones en los métodos empleados y la falta de indicadores para verificar la calidad de las estadísticas; (ii) para 2023 y 2024, el propósito del muestreo ha cambiado en las últimas anualidades, pasando de usarse para estimación poblacional⁴⁶ a un mecanismo de validación de datos, el cual resulta en una buena estrategia alternativa para el ejercicio estadístico; (iii) en el 2023 no se evidenció el uso de muestreo, ya que se optó por una estrategia censal basada en el reporte directo de los actores del sistema y, (iv) las variaciones metodológicas de todas las vigencias, dificultan la comparación entre periodos, así como la evaluación de la consistencia y calidad estadística de la información recolectada.

3.2. Gestión para conformar una base de datos autónoma

36. Desde el Auto 590 de 2016⁴⁷ la Corte ordenó a la cartera de salud crear una base de datos autónoma para obtener información de una fuente adicional a las acciones

⁴⁵ Las circulares 004 de 2024 y 001 de 2025 serán estudiadas en el siguiente apartado.

⁴⁶ Según se presentó en los informes estudiados por esta Sala en los Autos 590 de 2016, 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.

⁴⁷ “Conformar una base de datos autónoma, precisa y eficaz a partir del año 2016”. Orden que ha sido reiterada en los Autos 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.

de tutela radicadas en esta Corporación. Lo anterior, no busca inaplicar el artículo 113 de la Constitución⁴⁸ sino salvaguardar el cumplimiento de la orden trigésima pese a las circunstancias que, como ha ocurrido, impidan al Minsalud acceder a la información que se recibe en la Corte⁴⁹. Dicha orden implica asegurar (i) el cumplimiento *permanente* de la directriz trigésima de la sentencia estructural, (ii) el cruce de la información desde su base de datos con otras entidades públicas que también realicen similar recolección⁵⁰, (iii) el recaudo de datos referentes a incidentes de desacato⁵¹ que darían a conocer las dilaciones en el acceso a la salud de los usuarios y (iv) el conocimiento de las condiciones generales y específicas de las acciones de tutela analizadas estadísticamente para determinar sus causales de radicación.

37. Respecto de **2022** se evidenció un progreso, ya que si bien la medición de tutelas se llevó a cabo con aquellas registradas en la Corte Constitucional (2675), por primera vez, se agregaron amparos que correspondieron “al muestreo del sistema de información documental”⁵² de Minsalud (382), por lo que se obtuvo una muestra total de 3057⁵³. Frente a esto último, la autoridad precisó que, con esos 382 expedientes, se llevó a cabo un ejercicio metodológico equivalente al que se ejecuta en la Secretaría General de este Tribunal, conservando las mismas variables utilizadas para caracterizar la información de los accionantes.

38. La Sala reconoce el esfuerzo realizado para avanzar con el objeto de gestionar una base de datos propia, además de las actividades ejecutadas para que el CSJ (Consejo Superior de la Judicatura) le comparta información de la que trata la circular PSAC08-104⁵⁴, aunque no se consiguió una respuesta de la entidad. Además, la gestión articulada que se adelanta con la SNS (Superintendencia Nacional de Salud), orientada a recaudar mediante la Circular 017 de 2020⁵⁵ la información relacionada con acciones de tutela. No obstante, no resulta claro cómo la inclusión de los expedientes notificados al MSPS durante la vigencia 2022 se ajusta a la metodología del informe, ya que como fue explicado conforme a la definición del MAS, el principio de igualdad probabilística se vio alterado. En particular, no se precisó si se verificó que una misma acción de tutela no hubiera sido contabilizada más de una vez, por el hecho de haber sido también seleccionada por la Corte⁵⁶. Ello debió haberse aclarado en el respectivo informe.

39. En cuanto al **2023**, la cartera de salud manifestó que continuó desplegando acciones orientadas a la consecución de la fuente autónoma de información. Por un lado, se resalta que (i) ante la falta de respuesta del CSJ sobre la solicitud de

⁴⁸ “Son Ramas del Poder Público, la legislativa, la ejecutiva, y la judicial. Además de los órganos que las integran existen otros, autónomos e independientes, para el cumplimiento de las demás funciones del Estado. Los diferentes órganos del Estado tienen funciones separadas, pero colaboran armónicamente para la realización de sus fines”.

⁴⁹ Auto 1680 de 2022.

⁵⁰ Defensoría del Pueblo, Consejo Superior de la Judicatura, relatorías de los Tribunales Superiores y Altas Cortes.

⁵¹ Información que no llega a la Corte Constitucional.

⁵² Informe de tutela de 2022. Página 15.

⁵³ La Sala advierte que la autoridad obligada se refiere a 3.075 tutelas, pero al sumar 2.675 tutelas que fueron revisadas en la Corte Constitucional y, las 382 de Minsalud, el total es 3057.

⁵⁴ En la que se instruyó a los jueces y magistrados de las salas disciplinarias de los Consejos Seccionales de la Judicatura, Tribunales Superiores de Distrito Judicial y Administrativos del país para que recolectaran información relacionada con las acciones de tutela en salud y lo remitieran a la Unidad de Desarrollo Estadístico de la entidad al correo udae@cendoj.ramajudicial.gov.co

⁵⁵ A través de la cual, la Supersalud en ejercicio de sus competencias de inspección, vigilancia y control que adelanta frente a los distintos actores del SGSSS, les requiere información atinente a las acciones de tutela en salud.

⁵⁶ Al respecto, la Defensoría del Pueblo expresó su preocupación de que al reemplazar 382 expedientes en la muestra original con expedientes en donde el Ministerio es vinculado en la tutela podría sesgar algunos resultados generales.

colaborar con la información de la Circular PSAC08-104 de 2008⁵⁷, el MSPS presentó una tutela por vulneración al derecho de petición⁵⁸ y (ii) se pidió a la Defensoría del Pueblo cooperar con los datos que anualmente recauda en materia de amparos promovidos para la protección del derecho a la salud, pero no se le respondió⁵⁹.

40. En especial, Minsalud señaló que profirió la Circular 004 de 2024 destinada a las EPSI indígenas y de los regímenes contributivo y subsidiado y entidades adaptadas para conocer las acciones de amparo interpuestas y que invocaran el derecho a la salud. En la circular se indicó que, históricamente, el reporte se ha construido con base en los expedientes de tutela que llegan a la Corte Constitucional para una eventual revisión. Sin embargo, la entidad reconoce que han surgido dificultades de tipo administrativo que afectan la recolección de muestras representativas. Frente a esto, la Sala observa que persisten reparos sobre la información que se encuentra en la base de datos de la Corte a la cual accede la cartera de salud. Por ello se reitera lo manifestado desde los Auto 440 de 2021 y 1680 de 2022, referido a la disposición de la herramienta Pretoria, que permite acceder a información sobre acciones de tutela, agilizar su análisis y clasificación, e identificar las características de quienes las presentan. Para su uso, se requiere autorización de acceso. No obstante, hasta el momento, no se ha solicitado su uso por parte del MSPS, a pesar de los múltiples ofrecimientos que ha realizado esta Corporación.

41. Por otra parte, se ordenó a las EPS y demás entidades mencionadas (*supra* 38) reportar la información mediante un anexo técnico específico, a través de la PISIS (Plataforma de Intercambio de Información) y del SISPRO (Sistema Integral de Información de la Protección Social). El reporte sería de carácter obligatorio, con una periodicidad semestral y los datos debían enviarse dentro del mes siguiente al cierre de cada semestre⁶⁰. Finalmente, la circular advirtió que el incumplimiento en el envío de la información o en la atención de correcciones solicitadas, se reportaría a la SNS⁶¹. Esto da cuenta del empeño de la cartera de salud en cumplir con la orden de construir una base autónoma.

42. Se previó que el reporte de tutelas se clasificaría en seis tipos de registros, cada uno con un propósito específico, así: (i) 1, corresponde al registro de control, (ii) 2, destinado a la caracterización del beneficiario de la tutela, (iii) 3, reporta los datos generales de la tutela, (iv) 4, detalla la información relacionada con los problemas jurídicos asociados a la tutela, (v) 5, específica las causas asociadas a los problemas jurídicos y, (vi) 6, describe las pretensiones asociadas a dichas causas. Cada tipo de registro contribuye a una recolección de datos más completa y detallada, además facilita el análisis jurídico y técnico de las tutelas en salud.

43. A pesar de la intención manifestada, para la Sala los resultados obtenidos no alcanzaron un nivel óptimo, si bien no pueden compararse con la vigencia anterior por las razones ya expuestas, sí se advierte una falta de profundidad en la base de

⁵⁷ La Sala advierte que en el Auto 1680 de 2022 se valoraron las gestiones administrativas relacionadas con las circulares PSAC08-104 de 2008 y 017 de 2020; no obstante, en los informes de 2022 y 2023 no se indicó en qué concluyeron dichas gestiones, y en el de 2024, como se mostrará, ni siquiera fueron mencionadas.

⁵⁸ No se referenció resultado de dicho mecanismo constitucional.

⁵⁹ Minsalud sostuvo que la última solicitud se presentó el 14 de agosto de 2023.

⁶⁰ Para el año 2023, el periodo a reportar iba del 1.º de enero al 31 de diciembre, y debía enviarse entre el 1.º y el 20 de marzo de 2024.

⁶¹ También se hizo énfasis en la responsabilidad de las entidades frente a la protección de datos personales, conforme a la Ley 1581 de 2012, y se indicó que el Ministerio brindará soporte técnico permanente, incluyendo capacitación presencial y asistencia a través de la mesa de ayuda de PISIS.

datos. En efecto, sin estructura clara para recolectar y procesar la información, así como la falta de criterios consistentes para el tratamiento de los datos, la labor de seguimiento de la Sala se dificulta.

44. Por último, para el **2024**, el MSPS evaluó la importancia de conocer la totalidad de las tutelas radicadas por el derecho a la salud en las que, hubieran sido accionadas o vinculadas las EPS Indígenas, así como la de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las IPS y las Entidades Territoriales. Por ello, el 3 de enero de 2025 reiteró la práctica anterior y emitió la Circular 001 de 2025 como “base autónoma”, para que dichas entidades reportaran la información relacionada con las tutelas interpuestas en su contra. Documento similar a la circular de 2024, salvo porque para 2025, la autoridad amplió algunos registros. Por ejemplo, en el tipo 2 incluyó cinco campos adicionales, pasando de 14 a 19 categorías⁶².

45. Respecto de 2024, la Sala considera que Minsalud mostró un compromiso para conformar una base de datos propia. Tanto así que en el informe la autoridad obligada quiso comprobar si las nuevas fuentes cumplían criterios de representatividad y completitud. En el ejercicio, se compararon los resultados obtenidos del muestreo realizado a la base de datos suministrada por la Corte, y los alcanzados a partir de la Circular 001 de 2025⁶³, lo que arrojó un comportamiento similar. Pero no se aclaró si esta conclusión se obtuvo mediante el uso de alguna prueba estadística o si se trata únicamente de una observación visual a partir de los gráficos presentados. La precisión sobre la herramienta empleada es clave, dado que esta afirmación sustenta la validez de la comparación entre las fuentes de información utilizadas.

46. Por otra parte, el MSPS podría fortalecer la base de datos si el Consejo Superior de la Judicatura y la Supersalud materializan el deber de colaborar armónicamente entre las ramas del Poder Público para el cumplimiento de sus fines⁶⁴, que en este caso se asocia a la importancia de compartir información relacionada con las tutelas para que el Minsalud avance en el cumplimiento de la orden analizada. En definitiva, la Sala reconoce que las labores desplegadas reflejan una clara intención de cumplir con la entrega del informe anual de las tutelas en salud. Lo que permite concluir que existen medidas conducentes que no acreditaron resultados que demuestren la superación de la problemática.

47. Finalmente, el Ministerio de Salud deberá tener en cuenta que las limitaciones que puedan surgir de esa dinámica de reportes de las EPS y otras no lo eximen de la obligación de efectuar la medición de tutelas. En consecuencia, la Sala le pedirá a la autoridad obligada que allegue a esta Corte un informe donde explique el funcionamiento detallado de los reportes que se deben presentar en virtud de las circulares emitidas.

5. Caracterización

⁶² A saber, tipo de registro, consecutivo de registro, tipo de identificación de la entidad reportadora, número de identificación de la entidad reportadora, tipo de documento de identidad del beneficiario, número de identificación del beneficiario, nombre del beneficiario, apellido del beneficiario, país de origen, condición migratoria (migrante), régimen de afiliación del usuario, entre otros.

⁶³ La comparación se hizo con relación a las variables principales, es decir, aquellas que no deberían tener una variación significativa entre las dos fuentes de datos, tal como se referenció en la Tabla 2 de este documento.

⁶⁴ Artículo 113 Constitución.

48. Desde los autos 590 de 2016 y 077A de 2020⁶⁵, se ha exigido el reporte del tipo de documento, condición económica y social, causas de negación, etnia, fecha de radicación, IPS más accionadas y migración irregular. Al respecto, para los años 2022, 2023 y 2024, se reportó lo siguiente:

<i>Categoría</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>
Sexo	✓	✓	✓
Edad	✓	✓	✓
Domicilio	✓	✓	✓
Régimen de Afiliación	✓	✓	✓
Grupo poblacional	✓	X	✓
Causas de presentación	X	X	✓
EPS más accionadas	✓	✓	✓
Estado gestante	✓	✓	✓
Discapacidad	✓	X	✓
Documento de identidad	✓	✓	X
Reconocimiento étnico	✓	✓	✓
Condición económica	✓	X	✓
Condición social	X	X	✓
Radicación (día y mes)	✓	✓	✓
Causas de negación	X	X	X
IPS más accionadas	X	X	✓
Migrante irregulares	✓	✓	✓
Total	13	10	15

Tabla 7. Datos del MSPS. Elaboración propia

49. Sin perjuicio de lo anterior, se advierte que, además de las categorías de caracterización definidas por la Corte (*supra* Tabla 7), el Ministerio, *por iniciativa propia* agregó otras variables según la vigencia correspondiente. En 2022, se incorporó una caracterización específica de los tutelantes con ciertas condiciones de salud, como VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), cáncer, diabetes, hipertensión y artritis. Para el año 2023, se incluyeron variables relacionadas con las decisiones de instancia y las tutelas frente a las cuales se promovió incidente de desacato. Finalmente, en 2024, se adicionaron criterios como la condición de salud de los accionantes, el número de pretensiones elevadas en cada acción, la cantidad de tutelas presentadas por una persona y el seguimiento a las decisiones en primera y segunda instancia, así como los desacatos. Frente a lo descrito, la Sala reconoce la intención por parte de la autoridad obligada de ir más allá de lo estrictamente ordenado, incorporando variables y elementos de estudio adicionales.

50. Así las cosas, para el 2022 se alcanzó aproximadamente el 76,47 % de lo requerido por la Corte. En el 2023, se acató el 58,82 %. Finalmente, sobre el 2024 se registró un 88,24 %. En concreto, de 2022 a 2023, se comprueba una caída de 17,65 puntos porcentuales, lo cual evidencia un incumplimiento en la continuidad del proceso. No obstante, en 2024 se registró una mejora significativa, al alcanzar un aumento de 29,42 puntos porcentuales respecto a 2023. Este incremento evidencia un esfuerzo reciente por corregir las deficiencias del año anterior. En todo caso, el comportamiento irregular en los tres años evaluados evidencia que dicho progreso no ha sido sostenido, sin que se reconozcan las razones de ellos. Lo esperable es que estos indicadores se mantengan o incluso aumenten progresivamente en cada informe, reflejando una mejora continua en pro de la garantía de los derechos fundamentales, máxime porque conocer estos datos brindan mayores herramientas a los creadores de políticas públicas para saber a qué grupo deben dirigirse.

51. La Sala concluye que, para el último año del informe, el MSPS ha progresado en la caracterización de los accionantes, pues recaudó el 88,24 % de los *ítems* requeridos. De manera que, a partir de las medidas conducentes implementadas, como la Circular 001 de 2025, se acreditaron resultados que no permiten evidenciar

⁶⁵ Reiterados en los Autos 440 de 2021 y 1680 de 2022.

que la problemática vaya a superarse, dado que la utilización de las categorías no ha sido permanente ni homogénea, sino que ha variado considerablemente a lo largo de los años. Además, se agregaron variables que, en principio, permitirían aumentar la información de quienes acuden a la acción de amparo para acceder al derecho a la salud. Sin embargo, es necesario que se utilicen todas las categorías disponibles para identificar de manera integral las causas de presentación de las tutelas, las condiciones de las personas que las interponen y otros factores relevantes que explican el comportamiento de estas acciones.

6. Información respecto de los municipios

52. En el Auto 1680 de 2022 la Corte concluyó que la información reportada por el Ministerio respecto de las tutelas radicadas en los municipios fue incompleta y no acreditó materialmente lo solicitado para realizar un seguimiento a los amparos radicados en aquellas zonas del país. No obstante, por la novedad que se ha referido sobre las metodologías disímiles no sería coherente realizar inferencias válidas a nivel municipal, a pesar de que se anexó el documento correspondiente para 2022⁶⁶ y 2023⁶⁷. Por tal motivo, en esta oportunidad no se procederá a efectuar un análisis territorial desagregado, con el fin de evitar imprecisiones, toda vez que no es posible identificar con certeza variaciones en el número de tutelas ni determinar su impacto real en los distintos entes territoriales. En las vigencias que podrían ser objeto de comparación debido a la semejanza en la metodología (2023 y 2024), se advierte que, para esta última, no se allegó la base de datos correspondiente. Esta omisión impide analizar de forma detallada y limita la posibilidad de contrastar adecuadamente los resultados entre ambos periodos. De manera que para el 2022 y 2023 se adoptaron medidas inconducentes para el cumplimiento de la orden y en 2024 no se reportaron medidas.

7. Identificación de las fallas estructurales, funcionales y financieras en las que incurren los actores del sistema

53. Desde el Auto 590 de 2016, la Corte estableció el deber del Ministerio de identificar las principales fallas estructurales, funcionales y financieras en las que incurren los actores del SGSSS⁶⁸. Para los informes de 2022, 2023 y 2024, el Ministerio no mencionó este asunto. Ello a pesar de que esta Sala ha reiterado que dicho estudio es de gran relevancia para la formulación certera de medidas de

⁶⁶ De un ejercicio descriptivo, se obtiene que, para el año 2022, los cinco municipios con mayor número de tutelas registradas fueron: Bogotá D.C., con una población estimada de 7.937.898 habitantes, reportó 13.487 tutelas, lo que equivale al 0,17 % de su población. Le sigue Medellín, que con 2.634.570 habitantes registró 13.464 tutelas (0,51 %), y Cali, con 2.285.099 habitantes, con 13.186 tutelas (0,58 %). En cuarto lugar, está Cúcuta, que con 815.891 habitantes reportó 8.164 tutelas (1,00 %), y Manizales, con una población estimada de 459.262 habitantes, registró 5.562 tutelas, lo que representa aproximadamente el 1,21 % de su población. Estos datos muestran que, aunque Bogotá presenta la mayor cantidad de tutelas en términos absolutos, municipios como Manizales y Cúcuta evidencian una mayor proporción relativa en comparación con su población. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion> “PROYECCIONES DE POBLACIÓN A NIVEL MUNICIPAL. PERIODO 2020 – 2035”. En 159 (16,03 %) municipios de 992, las tutelas oscilaron de 1 a 3. De acuerdo con el Geoportal del DANE, Colombia cuenta con 1.103 municipios, de los cuales 992 fueron analizados, lo que representa aproximadamente el 89,93 % del total. <https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/territorio/consulta-divipola-division-politico-administrativa-de-colombia/>

⁶⁷ Para el año 2023, los cinco municipios con mayor número de tutelas, ordenados de menor a mayor: Bogotá D.C., con el 0,29 % de su población. Le sigue Medellín, 0,70 %, y Cali, con un 0,45 %. En cuarto lugar, está San José de Cúcuta, 0,99 %, y Manizales, el 1,30 % de su población. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion> “PROYECCIONES DE POBLACIÓN A NIVEL MUNICIPAL. PERIODO 2020 – 2035”. Además, se identificó que en 158 (16,09 %) municipios de 982, las tutelas oscilaron de 1 a 3. En todo caso, Colombia cuenta con 1.103 municipios, de los cuales se analizaron 982, lo que representa aproximadamente el 89,03 % del total (<https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/territorio/consulta-divipola-division-politico-administrativa-de-colombia/>). Debe tenerse en cuenta que tanto para 2022 como para 2023, los primeros cinco puestos lo mantuvieron los mismos municipios.

⁶⁸ Lo cual ha sido objeto de pronunciamiento en los Autos 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.

política pública que realmente impacten el acceso al servicio de salud. Si no se examina el origen de los defectos que afectan una prerrogativa fundamental como lo es el derecho a la salud -y, en consecuencia, la dignidad humana, la vida y otros derechos-difícilmente podrán adoptarse soluciones eficaces.

54. En esa medida, la omisión del Ministerio en identificar y analizar estas falencias no solo limita la capacidad institucional para mejorar la prestación del servicio de salud, sino que también afecta el estudio riguroso de los problemas jurídicos asociados a la garantía del derecho sanitario. La falta de un diagnóstico claro sobre las causas estructurales y operativas que generan la judicialización del acceso al servicio impide que las medidas adoptadas respondan efectivamente a la realidad del sistema.

55. Sin perjuicio de lo anterior, para el informe de 2024, el MSPS evaluó las razones que generan que se presenten varias pretensiones en las tutelas sin que ello implique que se haya realizado el estudio requerido. Afirmó que “se concluye que predominan las acciones de tutela con una sola pretensión, la mayoría de las tutelas buscan solucionar un único problema de salud [...] Aunque son menos frecuentes las tutelas que presentan múltiples pretensiones, se pueden deber a varias razones como fallas en el sistema de salud, la condición particular de las personas y la respuesta institucional ante las solicitudes médicas”. No obstante, no es suficiente con señalar que dichas pretensiones tienen su origen en fallas del sistema, es necesario que el Ministerio profundice en su análisis, conozca con precisión la naturaleza de esas fallas, sus causas estructurales y las consecuencias que generan complicaciones en la garantía efectiva del derecho a la salud. Solo mediante una comprensión integral de estos factores será posible diseñar e implementar políticas públicas que prevengan la utilización de un mecanismo excepcional para el acceso a servicios de salud y corrijan de manera efectiva las deficiencias del sistema.

56. Luego, aseveró que “[e]n cuanto a las fallas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se encuentra la negación, demora y postergación de Servicios, procedimientos o medicamentos, razón por la cual, las personas deben solicitar múltiples autorizaciones para recibir atención integral”. Para la Sala esta afirmación constituye una mera enunciación general, que no responde de fondo a lo que se ha solicitado en distintas oportunidades⁶⁹. No se trata únicamente de afirmar formalmente que existen fallas, sino de abordarlas con profundidad. Por ello, se solicitará que este análisis no quede en un asunto superficial, sino que se examinen de manera sistemática y detallada, **las fallas estructurales, funcionales y financieras del SGSSS** que generan una vulneración del derecho fundamental a la salud.

57. Es un deber que se evalúen, año a año, las principales afectaciones al sistema de salud, ya sea que trate de problemáticas de tipo financiero, como insuficiencia de recursos o un déficit en la oferta de servicios o un aumento desbordado en la demanda; o una escasez de talento especializado. Verbigracia, la CSR recalcó que se debe prestar un especial énfasis a la materialización de delitos contra la administración pública, en relación con el manejo de los recursos de destinación específica en materia de salud, que repercuten de forma estructural en el funcionamiento del sistema⁷⁰.

⁶⁹ Autos 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.

⁷⁰ Desde el Auto 263 de 2012, en el cual se valoró la orden vigesimocuarta, la Sala ha ordenado que se inicien las actuaciones “correspondientes en relación con las presuntas faltas administrativas, disciplinarias, fiscales y/o penales por las irregularidades y prácticas defraudatorias, malversación de recursos, dilapidación de fondos, sobrecostos en medicamentos y corrupción que afectan actualmente al sector salud”. En el Auto 470 de 2019, la Corte precisó que

58. En síntesis, la labor que debe adelantar el Ministerio de Salud consiste en identificar con rigurosidad las causas estructurales que motivan la presentación recurrente de acciones de tutela. Esto implica analizar por qué persisten situaciones como la postergación de citas médicas⁷¹, los obstáculos administrativos para acceder a determinados procedimientos o las demoras injustificadas en la asignación de consultas con especialistas, entre otras. De tal forma, no se puede olvidar “el deber genérico de cumplimiento que asiste a todo destinatario de una orden emitida por un juez de la República y en específico, en materia de acción de tutela”⁷². Con mayor razón tratándose de la supervisión de los mandatos que pretenden la superación de las fallas estructurales que afectan al sistema y, en consecuencia, perturban el goce efectivo del derecho a la salud de toda la población colombiana⁷³. En ese sentido, no hay medidas implementadas que permitan identificar la superación de las respectivas fallas.

8. Tendencia en la presentación de las acciones de tutela

59. El estudio de las acciones constitucionales requiere tanto de un análisis cualitativo como cuantitativo, con el fin de calcular el cumplimiento material de las demás órdenes emitidas en la Sentencia T-760 de 2008 y el impacto de las medidas implementadas por el MSPS para resolver los problemas que tienen relevancia social⁷⁴. En ese sentido, la Corte encontró que⁷⁵ (i) en el 2021 se registraron 87.621 tutelas en salud⁷⁶, (ii) para el 2022, 141.234; (iii) en 2023, 191.190 y (iv) en 2024, 219.249, dejando en evidencia incrementos del 61 %, 35 % y 15 % respectivamente. Estos datos reflejan un comportamiento de aumento en el número de acciones radicadas y que buscan la protección del derecho a la salud.

60. La variación registrada entre 2021 y 2022 es particularmente alta, con un incremento del 61 %, lo que podría asociarse a un proceso de normalización en la prestación de los servicios de salud tras la emergencia sanitaria provocada por el Covid-19. Durante este periodo, muchas personas retomaron sus controles, tratamientos y procedimientos médicos represados, lo que puede haber generado un aumento en las tutelas interpuestas⁷⁷. No obstante, dicho incremento sigue siendo considerable. En los años siguientes, si bien el aumento continuó, lo hizo de manera paulatina. De lo reportado en el MSPS, la tendencia de las tutelas por cada 1.000 afiliados ha sido así: (i) para el 2022, 3,04; (ii) en 2023, 3,81 y (iii) en 2024, 4,75⁷⁸. Este comportamiento refleja la persistencia de problemáticas estructurales en el

“aún no contaba con un adecuado flujo de recursos debido a prácticas de corrupción y malversación”. En el Auto 2883 de 2023, específicamente se ordenó a Minsalud que controlara y recuperara los recursos malversados y dilapidados en el SGSSS.

⁷¹ Desde la orden 19, se ha recalcado que “la falta de oportunidad en los servicios constituía una negación por lo que se tendrían que reportar tanto las negaciones expresas de los servicios, como las tácitas derivadas de la demora”. Auto 439 de 2021. Recientemente, en el Auto 005 de 2024 se estudiaron los términos de atención de conformidad con los parámetros de eficacia y oportunidad. La Sala encontró “una serie de vacíos respecto a la determinación de los tiempos en la prestación de algunos servicios”, entre ellos, una demora en la asignación de citas con especialistas.

⁷² Auto 089 de 2025.

⁷³ Ib.

⁷⁴ Lo que también fue puesto de presente en los Autos 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.

⁷⁵ Se tomarán los datos de las tutelas en salud, desde la estadística de la Corte para evaluar la tendencia, ya que la depuración no fue avalada.

⁷⁶ Esto fue valorado en el Auto 1680 de 2022, por lo que se toma como punto de partida en esta providencia.

⁷⁷ En el Auto 1680 de 2022, se sostuvo que las acciones de tutela disminuyeron por “la coyuntura propia del desarrollo de la pandemia del Covid-19 (velocidad de la vacunación)”.

⁷⁸ Tendencia histórica consolidada en el informe de tutelas de 2024. La Sala debe advertir que, dentro de este aumento, las EPS que tienen más tutelas son aquellas que están intervenidas aun cuando el Gobierno tomó el control de ellas. Por ejemplo, la que ocupa el primer lugar es la Nueva EPS así: (i) 2022 fueron 31.713 tutelas; (ii) 2023, 55.533 y, (iii) 2024, 62.089.

atención a usuarios de varias EPS, como consecuencia directa de retrasos en los pagos⁸⁵. Esta situación evidencia una problemática estructural que genera barreras en el acceso y se ocasiona por la desfinanciación, precarización laboral del talento humano, cierre de servicios y una creciente judicialización por parte de los pacientes, tal como se demuestra en el análisis de esta orden⁸⁶. Diversos actores del sector alertan sobre el deterioro progresivo del sistema, la falta de respuesta efectiva por parte del Estado y los riesgos que representa la incertidumbre generada por la reforma a la salud. Pacientes Alto Costo afirmó que el incremento en las tutelas se puede deber a: el mal servicio de las EPS por problemas financieros⁸⁷, la crisis en los hospitales públicos que afectan la atención del régimen subsidiado⁸⁸, la angustia que ha generado en los pacientes en el tema de la reforma a la salud, la crisis de personal por la fuga de profesionales a la Unión Europea, la disminución de especialistas como consecuencia del Covid-19, y la estrategia de las EPS en contener gastos por la reforma a la salud⁸⁹.

64. Para la Sala es importante indicar que, si la situación advertida persiste, es previsible que la tendencia en la presentación de acciones de tutela continúe en aumento, en lugar de mostrar una disminución progresiva como lo planteó la Sentencia T-760 de 2008.

65. En conclusión, se deduce que las medidas adoptadas para superar las barreras evidenciadas en cada problema jurídico han sido inconducentes porque no han logrado superar las fallas identificadas, toda vez que el número de amparos no ha disminuido y contrario a ello, aumentaron.

9. Análisis de los problemas jurídicos estudiados en la Sentencia T-760 de 2008

66. La medición realizada en 2022 reporta las especialidades médicas más solicitadas mediante tutela, a saber: (i) ortopedia con 9,6 %; (ii) cirugía general, 9,3 %; (iii) neurología y neurocirugía, 7,9 %; (iv) medicina interna, 6,2 % y (v) anestesiología, 5,4 %⁹⁰. En 2024 tan solo se indicaron los tipos de servicios más solicitados en las tutelas, dentro de las cinco primeras se observan: (i) citas médicas con 18,6 %; (ii) procedimientos y tecnologías, 15,7 %; (iii) medicamentos, 11,1 %; (iv) servicios complementarios, 9,5 %; y (v) servicios transporte, viáticos, alimentación y hospedaje, 6,8 %. El informe de 2023 no efectuó este tipo de estudio, pues no examinó las especialidades médicas o los servicios más demandados.

medicamentos, la falta de oportunidad en la atención especializada y las deficiencias en el acceso a servicios médicos esenciales son las principales preocupaciones”. <https://www.defensoria.gov.co/en/-/radiograf%C3%ADa-de-la-defensor%C3%ADa-del-pueblo-sobre-la-crisis-en-el-sistema-de-salud>

⁸⁵ A continuación, se relacionan comunicaciones emitidas por actores del sector salud en las que se anuncian cierres de servicios debido a las condiciones actuales: <https://www.epssura.com/historial-de-noticias/2411-cierre-de-atencion-de-urgencias-clinica-del-bosque>, <https://scare.org.co/wp-content/uploads/Comunicado-crisis-sector-salud-cierre-de-servicios.pdf>, <https://www.elcolombiano.com/colombia/salud/otra-clinica-en-bogota-anuncia-cierre-de-servicios-por-falta-de-pagos-DH27022724>, <https://www.elespectador.com/salud/clinica-del-occidente-en-bogota-cerrara-servicios-de-obstetricia-y-neonatologia/>.

⁸⁶ <https://consultorsalud.com/sistema-de-salud-pacientes-colombia-soluciones/>

⁸⁷ El Grupo interdisciplinario de exministros y exviceministros de salud y protección social sostuvo que “la operación del sistema general de salud ha degenerado en su desfinanciación estructural, intervenciones inoperantes a ocho EPS, incremento excesivo en la PQRS y en las tutelas, y cierre de múltiples servicios clínicos y médicos en el país. No se acatan los Autos ordenados por la Corte Constitucional. Existe un liderazgo errado a la cabeza del sector. La salud y la vida de los colombianos está en riesgo”. <https://consultorsalud.com/exministros-advierten-impactos-negativos-sist/>. Por otra parte, en el Auto 007 de 2025, la Corte declaró la insuficiencia de la UPC, mecanismo de financiamiento del SGSSS porque, entre otras, los costos eran mayores que los ingresos, por lo que la UPC calculada no cubría todos los servicios PBS UPC, entre otros.

⁸⁸ La Sala encontró que la Gobernadora del Valle alertó sobre crisis en hospitales públicos y solicitó la intervención de Minsalud. <https://consultorsalud.com/gobernadora-valle-crisis-hospitales-publicos/>

⁸⁹ La CSR, la Defensoría del Pueblo y Gestarsalud afirmaron que las tutelas en salud se incrementaron.

⁹⁰ El número de tutelas corresponde a 69, 67, 57, 45 y 39, respectivamente.

67. Téngase en cuenta que para el 2021 las principales causas que originaron la interposición de amparos fueron los procedimientos, las citas médicas y los medicamentos, lo que indica la persistencia de problemas en el agendamiento de citas y suministro de medicamentos⁹¹. De manera preocupante, como demostrará la Sala estas problemáticas no solo perduraron durante la vigencia siguiente, sino que además aumentaron.

68. En primer lugar, la Sala observa que para el 2022, la mayoría de los casos correspondieron a postergaciones en el agendamiento de citas con especialistas autorizados por la EPS, lo cual evidencia una barrera persistente en el acceso efectivo y oportuno a servicios esenciales de salud. Esto expresa una deficiencia en la red de prestación de servicios con el que cuenta el SGSSS⁹². Por lo que los usuarios se ven obligados a recurrir a mecanismos judiciales para acceder a servicios que se garantizan por el PBS, pero materialmente no, porque resulta que la demanda supera la oferta. Asunto que fue corroborado por Gestarsalud, quien afirmó que la falta de personal médico, particularmente especialistas, es uno de los principales factores que limita la capacidad de respuesta del sistema, lo que transgrede directamente la oportunidad en la atención. Con solo 2,5 médicos por cada 1.000 habitantes, Colombia está por debajo del promedio de países OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), lo que genera demoras significativas en la atención especializada⁹³.

69. Concretamente, la Sala constata que especialidades como ortopedia, cirugía general, neurología/neurocirugía y medicina interna fueron las más recurrentes durante 2021 y 2022⁹⁴, lo que demuestra una crónica dificultad del sistema de salud para garantizar el acceso oportuno a estas áreas médicas esenciales. Ello genera una violación a los principios de oportunidad, continuidad, eficiencia y al elemento de calidad, así como al principio de integralidad⁹⁵. Por otra parte, en 2022 disminuyó ginecología y ginecoobstetricia, que fue la más solicitada en 2021⁹⁶ y surgió anestesiología⁹⁷, lo que refleja, en principio, una mayor dificultad en la programación de intervenciones quirúrgicas que requieren dicho servicio.

⁹¹ A saber, 286, 244 y 180 tutelas, respectivamente. Auto 1680 de 2022.

⁹² La Sala ha reconocido la persistencia de dificultades en la disponibilidad de especialidades médicas, situación que fue objeto de análisis en el Auto 496 de 2022, en el que se evaluó una medida adoptada por el Ministerio, consistente en el “Programa Becas Crédito” como medida para superar las barreras de acceso a especialidades médico-quirúrgicas, permitiendo que médicos generales accedieran a estudios superiores en esta área. Sin embargo, la problemática persiste, aun cuando en el Auto 077A de 2020 se determinó que “respecto a la oportunidad en la asignación de citas médicas, se ha establecido que esta se genera entre otras, por la escasez de especialistas para la demanda, concentración de los mismos en las grandes urbes del territorio nacional y la saturación de solicitudes por especialidad debido a la baja capacidad resolutoria del personal de la salud en los primeros niveles de atención”. Asunto reiterado en los Autos 440 de 2021 y 1680 de 2022.

⁹³ La Defensoría del pueblo sostuvo que uno de los principales problemas era la falta de oportunidad en las citas médicas especializadas. Así Vamos en Salud destacó la falta de oportunidad en procedimientos médicos, la asignación de citas médicas, entre otros servicios.

⁹⁴ A saber, para 2021 las siguientes especialidades médicas fueron las más solicitadas vía tutela: (i) ginecología y ginecoobstetricia, 25 (10.25%); (ii) neurología y neurocirugía, 21 (8.61%); (iii) ortopedia, 20 (8.2%); (iv) medicina interna, 18 (7.38%) y (v) cirugía general, 16 (6.56%).

⁹⁵ La Sentencia T-760 de 2008 sostuvo que “[e]l principio de integralidad ha sido postulado por la Corte Constitucional ante situaciones en las cuales los servicios de salud requeridos son fraccionados o separados, de tal forma que al interesado la entidad responsable solo le autoriza una parte de lo que debería recibir para recuperar su salud y lo obliga a costearse por sí mismo la otra parte del servicio médico requerido”. Artículos 6, 8, entre otros de la Ley 1751 de 2015.

⁹⁶ Esto se puede relacionar con la disminución en la natalidad en Colombia en los últimos años. <https://consultorsalud.com/natalidad-colombia-picada-13-6-menos-2024/#:~:text=Las%20causas%20de%20la%20baja,muchas%20familias%20reconsideren%20la%20maternidad.>

⁹⁷ Particularmente, en 2015, la Asamblea Mundial de la Salud reconoció la cirugía y la anestesia como un componente vital de la Cobertura Universal de Salud mediante la Resolución 68.15 “Fortalecimiento de la atención quirúrgica y de anestesia esencial y de urgencia como un componente de la cobertura universal de salud”. Adicionalmente, en el informe de la Secretaría presentado ante la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, se discutió el punto 17.1 del orden del día consistente en “[f]ortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal”. Allí se resaltó que “[l]a prestación integrada de la atención

70. Sin perjuicio de que no se presentó información consolidada sobre el comportamiento correspondiente al año 2023 en relación con los servicios de salud más solicitados, se observa que, en 2024 del total de las acciones de amparo, las entidades de salud reportaron 318.040 pretensiones, lo que representa un promedio de 1,6 por cada tutela presentada⁹⁸. Donde siguen siendo reclamadas las citas médicas (18,6 %), procedimientos (15,7 %) y tecnologías en salud y medicamentos (11,1 %). Es decir que desde el 2021 se sostiene la tendencia en la solicitud de acceso a servicios esenciales en salud y, por ende, se mantiene la falla estructural del sistema en garantizar la atención oportuna, continua e integral⁹⁹ a los usuarios que sustentan la crisis que se ha evidenciado.

71. Por otra parte, la autoridad obligada cuantificó las peticiones de tratamiento integral como la décima causa que más se requirió ante un juez¹⁰⁰, pero no se analizó de forma discriminada. Al respecto, se recuerda la necesidad de reportar el tratamiento integral en un análisis que no deberá estar inserto dentro de las causales, sino de forma independiente como bien lo ha establecido la Corte en decisiones anteriores¹⁰¹.

72. Llama la atención de la Sala que en el 2024 más del 50 % correspondió a acciones que solicitaron servicios y tecnologías PBS UPC, esto implica que más de la mitad de las tutelas impetradas no deberían generarse. Por ende, no se ha cumplido con lo previsto en la Sentencia T-760 de 2008 emitida hace más de 17 años, en la que se afirmó que “[...] con el tiempo dejará de ser necesaria la interposición de tutelas como parte de un trámite adicional para acceder libre y autónomamente a un servicio de salud oportuno, de calidad y eficiente”¹⁰².

73. En este punto, la Sala relacionó las causas de las solicitudes con los problemas jurídicos estudiados en la sentencia estructural y el Auto 590 de 2016, en cada vigencia que se valora, como se puede ver en las Tablas 9, 10 y 11 del Anexo¹⁰³.

74. En ese sentido, el MSPS recaudó información para 2022, 2023 y 2024 respecto de 9 (52,94 %), 13 (76,47 %)¹⁰⁴ y 17 (100 %) problemas jurídicos respectivamente. Así, la Sala observa que desde el año 2021 -cuando se analizaron 8- se ha venido incrementando paulatinamente el recaudo de datos, hasta alcanzar el análisis de la totalidad de los PJ (problemas jurídicos). Esto demuestra la intención de mejorar y allegar un análisis del universo de problemas jurídicos desarrollados en la sentencia estructural. Pues en la última valoración se determinó que “lo bajo de la muestra impidió que el MSPS recaudara información respecto de nueve problemas jurídicos (4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14 y 15), lo que limita el conocimiento de las acciones de tutela para todo el universo de problemas jurídicos desarrollados en la sentencia estructural”¹⁰⁵.

75. Así las cosas, se examinará el número de tutelas por problema jurídico respecto de 2022 individualmente, y, de otro lado, se compararán los datos de 2024 frente a

quirúrgica es una necesidad importante y cada vez mayor para el tratamiento de varias afecciones a lo largo de todo el ciclo de vida”. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_31-sp.pdf

⁹⁸ Informe de medición de tutelas de 2024.

⁹⁹ Sentencia C-313 de 2014 y la Ley 1751 de 2015.

¹⁰⁰ Con un porcentaje de 2,2 % y una cantidad de 6.861.

¹⁰¹ Autos 1680 de 2022 y 440 de 2021.

¹⁰² Reiterado en el Auto 1680 de 2022.

¹⁰³ Respecto de la vigencia de 2024, la Sala advierte que no se discriminaron las causas. La autoridad obligada presentó el número de tutelas y la distribución porcentual por cada problema jurídico (Tabla 11 del Anexo).

¹⁰⁴ Se dejaron por fuera los PJ 4, 6, 7, 11, 12, 13, 14 y 15 y 6, 11, 13 y 15, respectivamente.

¹⁰⁵ Auto 1680 de 2022.

los de 2023 pues como se ha señalado las diferencias de las metodologías afecta la evaluación de la proporción real de los PJ sobre todo sin la calidad de las estimaciones con el coeficiente de variación para el muestreo. Como se puede ver en la Figura 10 del Anexo, respecto de 2022, se tiene que casi todos los problemas jurídicos reportaron cifras significativas en las tutelas interpuestas. En una proporción muy grande se tiene que los PJ 1 y 9 registraron un total de 546 y 2.337. Esto es muy representativo, ya que se trata del acceso de servicios o tecnologías PBS y servicios complementarios no financiados por UPC y tampoco excluidos, entre otros¹⁰⁶. Los restantes, también aumentaron y si bien no fue en aquella proporción, reporta la misma tendencia, lo que reitera la necesidad de los usuarios de acudir a la tutela para acceder a servicios de salud¹⁰⁷.

76. Con los datos aportados para el 2023 no es posible realizar un ejercicio de comparación, lo cual dificulta la labor de esta Sala en cuanto al seguimiento del comportamiento de los problemas jurídicos a lo largo del tiempo. Esta limitación impide, además, identificar de manera precisa las causas estructurales invocadas en las acciones de amparo en materia de salud.

77. Ahora bien, al comparar los datos de 2024 frente a 2023, se observan variaciones mixtas, con algunos problemas jurídicos que continuaron en aumento y otros que mostraron reducciones importantes. El problema 4, relacionado con la incertidumbre en los servicios y tecnologías que se financian con los recursos de la salud, presentó un crecimiento notable de 1.451 a 17.710 tutelas (aumento de 1.120,4 %), lo que evidencia una intensificación en las barreras relacionadas con aspectos administrativos o financieros específicos¹⁰⁸. De igual forma, los PJ 5¹⁰⁹ y 3¹¹⁰ duplicaron sus casos, lo que sugiere dificultades para acceder a procedimientos médicos. Sin embargo, se identificaron disminuciones representativas. El 7¹¹¹ pasó de 14.575 a 5.091 tutelas, que implica una reducción de 65,07 % y el 12¹¹² una baja del 69,20 %, pues pasó de 1823 a 562. Estas caídas podrían reflejar ajustes administrativos, mejoras en el acceso o cambios en el registro, aunque no representan una solución estructural cuando los incrementos han sido más y en mayor proporción¹¹³.

78. Particularmente, el problema jurídico 16, relacionado con servicios y tecnologías en salud expresamente excluidas de financiación con recursos públicos de la salud se incrementó en 3.063 tutelas entre 2023 y 2024, esto es, 37,45 %. Esto quiere decir que la nueva función de Mipres para prescribir y autorizar los servicios y tecnologías en salud excluidas de financiación con recursos públicos de la salud no ha tenido un funcionamiento esperado. De ello da cuenta lo afirmado en el Auto 1937 de 2023 cuando la Corte reconoció que, si bien se activó la nueva función, esta solo se hizo para el RS y respecto de medicamentos, por lo que a la fecha no existe

¹⁰⁶ Véanse las Tablas 10 y 11 del Anexo.

¹⁰⁷ La Defensoría del Pueblo resaltó que el comportamiento de las tutelas por problema jurídico da como resultado que, los problemas Jurídicos 1, 3, 5, 9 y 17 aumentaron, el 18 disminuyó y el 7 no generó tutelas para el 2022.

¹⁰⁸ Las valoraciones de las órdenes 17 y 18 se han encargado de explicar que una de las fallas del sistema se relaciona con los planes de beneficios pues existe incertidumbre en sus contenidos, lo que genera “barreras en el acceso a los servicios, vulneración del derecho a la salud de la población”. También afecta la implementación de acciones necesarias por parte de las autoridades competentes referente a financiar las coberturas de los planes y de esta manera a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. Autos 094A de 2020 y 755 de 2021, entre otros.

¹⁰⁹ El derecho a la salud cuando una entidad niega un servicio porque la persona no ha pagado la cuota moderadora.

¹¹⁰ El derecho a la salud cuando se niega un servicio ordenado por un médico especialista que no está vinculado a la EPS, pero que ya trataba al paciente.

¹¹¹ Negación de prestaciones como incapacidad laboral por falta de pago oportuno de los aportes en el pasado.

¹¹² El derecho a la salud de quienes están en el régimen subsidiado al no garantizarles un plan de servicios igual al del régimen contributivo.

¹¹³ Por ejemplo, la Sala pone de presente que en la última valoración de las órdenes 17 y 18 (Auto 010 de 2024) se declaró el nivel de cumplimiento en medio porque se implementaron medidas conducentes con resultados que permitieron evidenciar avances.

una manera de acceder a procedimientos y tecnologías excluidas de financiación con recursos públicos de la salud, a excepción de la tutela. Lo que resulta ser un incentivo para su radicación.

79. En cuanto al PJ 9, su crecimiento ha sido exponencial y sostenido desde el año 2020, por lo que el número de amparos es muy representativo y requiere de la implementación de políticas que lo resuelvan, pues persisten los conflictos entre la autorización, la prestación o dispensación de un servicio o tecnología¹¹⁴. Lo ocurrido con este PJ demuestra que la tutela se ha convertido en la vía predominante para reclamar derechos en un escenario donde las herramientas administrativas no están dando respuesta, esto exige una intervención urgente y la toma de decisiones ante la indiscutible crisis que enfrenta el SGSSS. Si se analizan aquellas en donde la pretensión es “entrega oportuna de medicamentos o insumos” el incremento es mayor, especialmente en los últimos meses¹¹⁵, para lo que va de este año cada 35 de 100 tutelas solicita la entrega de insumo o medicamentos¹¹⁶.

80. Es menester reiterar lo afirmado en el Auto 1680 de 2022 sobre las problemáticas de dilación y postergación de servicios PBS. Esto es que “la demora en la prestación de un servicio autorizado, constituye una negativa que además afecta la calidad del servicio de salud y quebranta el derecho fundamental¹¹⁷, decisión que cobra especial relevancia cuando se trata de pacientes que padecen enfermedades de alto costo, huérfanas, crónicas o catastróficas, requieren de un tratamiento inmediato, continuo e integral para no poner en riesgo su vida, lo que afecta principios establecidos en la LES como la oportunidad y eficacia del derecho fundamental¹¹⁸”. No obstante, tras más de dos años desde esa advertencia, persisten los mismos patrones de afectación, lo que evidencia que la intervención institucional requiere un mayor fortalecimiento y seguimiento sistemático.

81. En sentido similar, Gestarsalud expuso que el problema jurídico 9 ha sido el más frecuente debido al aumento de tutelas relacionadas con servicios PBS, fenómeno influenciado por la pandemia de Covid-19. Durante esta, la limitación de servicios generó una demanda represada que se reflejó en años posteriores, especialmente con la normalización del sistema en 2022¹¹⁹. Además, destacó “algunas causas requieren un análisis más profundo y detallado para entender completamente esta tendencia [como] cambios demográficos, normativos, cierres judiciales, restricciones de movilidad, protestas sociales y prioridades médicas durante la emergencia sanitaria afectaron la frecuencia de tutelas”¹²⁰.

82. Esta situación puede estar relacionada con factores estructurales del sistema, como el cierre de servicios, dificultades en la red de prestadores o afectaciones en la asignación y disponibilidad de recursos, las cuales han sido advertidas en otras valoraciones¹²¹. Todo ello ha incidido directamente en el aumento de acciones de tutela, lo que a su vez pone en evidencia el incumplimiento parcial o sostenido de otros mandatos de la sentencia estructural.

¹¹⁴ En la última valoración de la orden décimosexta (Auto 584 de 2022) se encontró que “que a pesar de las acciones realizadas a la fecha, persistían los problemas en el acceso al servicio de salud [...] continúan las deficiencias en la calidad en la atención en salud dentro del territorio nacional que impide la garantía a todos los usuarios del sistema al acceso efectivo de los servicios de salud”.

¹¹⁵ Véanse las figuras 8 y 9 del Anexo.

¹¹⁶ Datos estadística de la Corte, los cuales, si bien no se analizan aún, demuestran la gravedad de lo que ocurre.

¹¹⁷ “Auto 122 de 2019. Que además ordenó la adopción de medidas tendientes a desestimular la demora en la prestación de tecnologías en salud incluidas en el PBS”.

¹¹⁸ “Auto 440 de 2021”.

¹¹⁹ Auto 1680 de 2022.

¹²⁰ Información resaltada por Gestarsalud.

¹²¹ Autos 2882 y 2881 de 2023, 2049 de 2024 y 007 de 2025.

83. Un aspecto importante para considerar en el análisis es que, durante varios años, algunos problemas jurídicos no contaron con datos o no fueron objeto de seguimiento y análisis. Tal es el caso de los problemas jurídicos 11 al 15, para los cuales solo se tienen registros a partir de 2023 o incluso hasta 2024, lo que limita seriamente la posibilidad de establecer tendencias históricas, identificar patrones sostenidos o medir la efectividad de las intervenciones institucionales. Esta falta de continuidad representa un obstáculo metodológico para la construcción de soluciones estructurales, ya que impide evidenciar si ciertas problemáticas son emergentes o si, por el contrario, han sido persistentes y desatendidas. Por tanto, se reiterará al Ministerio la orden de mantener el análisis de todos los problemas jurídicos analizados en la Sentencia T-760 de 2008 y el Auto 590 de 2016 en las futuras mediciones de tutelas que se presenten¹²².

84. A partir de todo lo expuesto, la Sala considera que el Ministerio de Salud: (i) avanzó en el análisis de los problemas jurídicos, hasta que logró incluir todos en el informe de medición por primera vez. Empero (ii) no se evidenció una tendencia clara ni distribución porcentual consistente respecto de las tutelas analizadas, debido a las limitaciones metodológicas previamente señaladas. La falta de uniformidad en el enfoque empleado afectó directamente la posibilidad de valorar de manera completa la evolución de dichos problemas a lo largo del tiempo, permitiendo únicamente una apreciación parcial y aislada del fenómeno. Por lo anterior, esta Corporación ordenará a Minsalud algunos aspectos para que se pueda avanzar con la materialidad de esta orden.

85. En definitiva, la autoridad obligada implementó medidas conducentes para analizar todos los problemas jurídicos y, con ello, acreditó resultados al alcanzar el 100 % en el estudio. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, no se evidencia consistencia ni permanencia en el análisis, lo que impide que se acrediten avances significativos y sostenidos en el tiempo.

10. Indicadores del goce efectivo del derecho a la salud con inclusión de determinantes sociales y aplicación a EPS, IPS y ET

86. Desde la Sentencia T-760 de 2008¹²³ se expuso la necesidad de implementar indicadores del goce efectivo del derecho a la salud, para evaluar los objetivos de las políticas implementadas, lo que fue reiterado a través de los autos de valoración anteriores¹²⁴. En suma, el Auto 1680 de 2022 estableció que la autoridad obligada puso en marcha 30 indicadores en los que incluyó (i) elementos esenciales de la Ley Estatutaria en Salud, (ii) determinantes sociales en salud intermedios y, (iii) determinantes en salud estructurales. Aun así, no se conoció en qué entidades serían implementados, así como tampoco si estaban siendo ejecutados en EPS, IPS y ET.

87. A la fecha, persiste la ausencia de información clara sobre la implementación efectiva de los 30 indicadores definidos por la autoridad obligada, particularmente en lo que respecta a las entidades en las que han sido aplicados, tales como EPS, IPS y Entidades Territoriales. Esta situación se agrava por las modificaciones introducidas al informe del GED, tal cual pasó en las metodologías utilizadas para

¹²² Autos 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.

¹²³ “Con todo, advierte la Sala que el informe sobre el número de tutelas, debe ser analizado a la luz de los demás indicadores sobre salud que se encuentran establecidos en las normas legales y que deben ser elaborados desde la perspectiva del ‘gocce efectivo del derecho’ a la salud-indicadores GED de salud”.

¹²⁴ Autos 590 de 2016, 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.

la medición de tutelas, lo que dificulta la trazabilidad de medidas conducentes y resultados. Por lo que, en principio, la Sala se percata de un incumplimiento.

88. En efecto, durante la vigencia 2022 se utilizaron 20 indicadores para la medición del GED. En el informe correspondiente a 2023, aunque se describieron categorías y subcategorías, no se identificaron con precisión los indicadores utilizados, a diferencia de informes anteriores. Para el año 2024, se aplicaron 24 indicadores, los cuales fueron organizados según los elementos del goce efectivo y las categorías específicas en las que cada uno sería aplicado, introduciendo así una estructura más clasificada, pero sin consolidar una metodología uniforme entre vigencias¹²⁵.

89. Lo expuesto permite concluir que la falta de uniformidad, claridad y continuidad en la presentación de los indicadores del GED, constituye un **retroceso** sustantivo respecto a lo ordenado en la Sentencia T-760 de 2008 y en los sucesivos autos de valoración emitidos por esta Sala. La inclusión de nuevas clasificaciones sin sustento técnico verificable, la falta de precisión metodológica y la omisión de elementos clave, como las entidades a las que se aplican los indicadores, impide articular el informe de tutelas con los indicadores de salud respectivos, tal como se prevé en la Sentencia T-760 de 2008.

90. Máxime si se considera que, para realizar el seguimiento al indicador, es necesaria la medición en tres periodos para eliminar los picos de datos atípicos, como se advirtió en el Auto 1680 de 2022. Providencia que explicó que dada la coyuntura ocasionada por la pandemia del Covid-19, el 2019 fue un año no atípico por lo que realizar comparaciones con el 2020, impediría tener certeza sobre las causas de los avances o retrocesos, pues pudieron ocasionarse por la pandemia o las medidas implementadas por el Gobierno nacional.

91. Es imposible para esta Sala no llamar la atención a la autoridad obligada, pues los cambios presentados no vienen acompañados de una justificación técnica robusta ni de un análisis profundo que permita comprender su impacto real. Como lo ha advertido la Organización Mundial de la Salud, al momento de definir aspectos conceptuales y operativos de los indicadores de salud¹²⁶ deben considerarse criterios como su finalidad, las fuentes disponibles, el público destinatario, entre otros. En efecto, “los indicadores tienen un papel clave al convertir los datos en información relevante para que los responsables de tomar decisiones en el campo de la salud pública”¹²⁷ tomen las medidas pertinentes para solucionar las problemáticas que se encuentren.

92. La simple variación de indicadores sin explicar las razones ni los efectos de dichos cambios desconoce los atributos conceptuales y operativos que deben guiar su formulación, y obstaculiza la posibilidad de verificar tendencias, medir progresos o identificar retrocesos en el goce efectivo del derecho fundamental. Por lo anterior, la Corte ordenará a la autoridad obligada que, a más tardar dentro del mes siguiente a la notificación de esta providencia, sustente detalladamente, entre otras, las razones de cambio de los GED en cada informe y su impacto. En ese sentido, la Sala concluye que, si bien se implementaron medidas, estas resultan inconducentes y no se acreditan resultados.

¹²⁵ Lo anterior se puede visualizar en la Figura 11 del Anexo.

¹²⁶ https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

¹²⁷ Ib.

11. Publicidad y mecanismo de participación para los informes presentados

93. Desde los Autos 590 de 2016, 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022, se ordenó al ente ministerial promover mediante un mecanismo de participación el conocimiento de los informes ante la sociedad civil. Asimismo, publicarlos en la página de la entidad en un lugar de fácil ubicación. En este punto, la Sala analizará (i) la implementación del mecanismo de participación y (ii) la reubicación del enlace en la página *web* para hacerlo más visible. Asimismo, el Auto 1680 de 2022 ordenó a los peritos voluntarios emitir un concepto que diera a conocer la manera en la que la cartera de salud podría implementar el mecanismo de participación, por lo que se valorará la información concerniente.

94. *Implementación del mecanismo de participación.* A la fecha, la Sala constató que, según lo informado en 2022, la ruta se hace mediante la página del Ministerio y en una sección llamada “Salud”. Luego, dar clic en “tutelas en salud” en donde se visualizan todos los informes. Sobre esto, en el 2023 y 2024 se guardó silencio. Para la Sala, si bien es cierto que los informes sobre las acciones de tutela en salud se encuentran disponibles en la página *web* de la cartera de salud, su acceso no resulta intuitivo ni sencillo para la ciudadanía que no tiene un conocimiento de su existencia, pues no hay un anuncio anterior. De hecho, quien no conozca previamente la existencia de estas mediciones, difícilmente podrá encontrarlas, ya que su localización en el sitio requiere un conocimiento previo.

95. Esta situación contradice el principio de participación pues impide que la población conozca con claridad la magnitud del fenómeno que tiene este mecanismo constitucional para la reclamación de derechos fundamentales, en especial el de la salud. En ese sentido, la Corte ha resaltado la importancia que tiene la participación democrática en las decisiones que se adopten y que busquen garantizar derechos fundamentales, es decir que puedan afectarlos¹²⁸.

96. De conformidad con la orden dirigida a los peritos se obtuvo una respuesta. La CSR consideró que debe darse cumplimiento al mandato de visibilizar los informes de medición de tutelas y activar mecanismos de participación directa para su actualización, articulando información con autoridades territoriales como alcaldes y gobernadores. En concreto, mencionó algunas estrategias de comunicación que se podría tener en cuenta (i) conocer la comunidad¹²⁹, (ii) utilizar canales de comunicación adecuados¹³⁰, (iii) adaptar el lenguaje y los mensajes¹³¹, (iv) capacitar a líderes comunitarios¹³², (v) alianzas con organizaciones locales¹³³ y (vi) tecnología móvil¹³⁴.

¹²⁸ Sentencia C-313 de 2014 que reiteró la C-252 de 2010, T-760 de 2008, C-898 de 2003 y C-215 de 1999. Además, el Auto 504 de 2025.

¹²⁹ Comprender las necesidades, valores y creencias de la comunidad local es fundamental, obtener información relevante sobre su cultura, idioma y barreras específicas de acceso a la atención en salud en cada caso particular.

¹³⁰ En áreas rurales, donde la conectividad puede ser limitada, es importante utilizar canales de comunicación apropiados. Esto podría incluir la radio local, carteles impresos, visitas a domicilio, reuniones comunitarias y la distribución de materiales en formatos físicos.

¹³¹ Utilizar un lenguaje sencillo y comprensible para transmitir la información de manera efectiva. Evitar el uso de terminología médica complicada, siglas etc., y adaptar los mensajes a la cultura y contexto local para que sean relevantes y accesibles.

¹³² Identificar líderes y figuras de confianza en la comunidad y brindar capacitación sobre temas relevantes. Estas personas pueden actuar como multiplicadores y difundir la información de manera efectiva dentro de la comunidad.

¹³³ Establecimiento de alianzas estratégicas con organizaciones locales, como clínicas, escuelas, iglesias, ONGs u otras instituciones, para amplificar el alcance de la información.

¹³⁴ Aprovechar el uso de la tecnología móvil, incluso en áreas rurales, donde los teléfonos móviles pueden ser más comunes que el acceso a internet fijo. Los mensajes de texto, las aplicaciones móviles y los servicios de voz pueden utilizarse para enviar recordatorios de citas, consejos de salud y brindar información útil”.

97. Igualmente, sugirió desarrollar contenidos pedagógicos (videos, infografías, podcasts, materiales impresos o digitales accesibles) para cerrar las brechas digitales y facilitar la comprensión de la información pública. Se recomendó tomar como referencia experiencias exitosas como el portal de la Comisión de la Verdad, y realizar encuentros presenciales por regiones con organizaciones sociales, veedurías y pacientes para construir una estrategia de información accesible que permita prevenir el uso excesivo de la tutela en salud y fortalecer la gestión administrativa del derecho a la salud. A su vez, la Defensoría del Pueblo también expresó que la ubicación de los informes no era fácil¹³⁵.

98. Sobre esto, la Sala estima que es necesario que el MSPS implemente acciones concretas orientadas a mejorar la visibilidad, comprensión y utilidad de los informes de medición de tutelas en salud y si a bien lo tiene, tomar las oportunidades de mejora identificadas por la Comisión de Seguimiento. Pues no se debe ignorar que en el Auto 1680 de 2022, la Corte señaló que el “el rector de la política pública no ha avanzado en la ejecución de este mandato, pese a que han transcurrido seis años desde que se emitió la orden inicial”.

99. En particular, la Sala comparte la necesidad de inclusión de contenidos y herramientas que orienten a la ciudadanía sobre el propósito y utilidad de los informes de medición de tutelas, pero es deber del Ministerio de Salud evaluar la forma en que implementará el mecanismo de participación, el cual ha sido insistentemente solicitado por esta Sala. Por lo anterior, en respeto de la división de poderes¹³⁶ y la misionalidad del rector de la política pública, la Sala pondrá en conocimiento del MSPS la respuesta de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 para que, en un mes contado desde la comunicación de la providencia, se pronuncie sobre la forma en que implementará el mecanismo de participación, teniendo en cuenta las oportunidades de mejora señaladas por el perito.

100. En suma, más allá de la publicación de los informes, la autoridad obligada no demostró medidas que probaran un mecanismo de participación y conocimiento de los informes requerido en los Autos 590 de 2016, 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022. En todo caso, la Sala esperará a la decisión que adopte el MSPS para emitir un pronunciamiento de fondo sobre dicho mecanismo.

101. *Reubicación del enlace en la página web y su contenido.* A la fecha de esta valoración, como se mencionó, la ruta ha cambiado, pues ya se cuenta con un título “tutelas en salud” en donde se ubican todos los informes. En dicha pestaña, el MSPS advierte que “[a]tendiendo lo dispuesto en el numeral 9.3.2. de Auto 590 de 2016 de la Honorable Corte Constitucional se disponen los informes presentados a la dicha Corte en el marco de la Orden 30 de la Sentencia T760 de 2008 “[o]rdenar al Ministerio de Protección Social que presente anualmente un informe a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia [...]”¹³⁷.

102. La Sala concluye que hay un acceso más concreto para la población y todos los actores del sistema a la información que da cuenta de la cantidad de acciones de tutela que se radican año a año. Empero como se menciona líneas atrás, persiste una

¹³⁵ Para más información véase la Tabla 7 del Anexo.

¹³⁶ Artículo 113 de la Constitución.

¹³⁷ <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/tutelas-en-salud.aspx>

limitación significativa en términos de comprensión y aprovechamiento de dicha información por parte de quienes no están familiarizados con los informes y no tienen acceso a internet lo que restringe su verdadero alcance y utilidad en términos de participación ciudadana e incidencia pública¹³⁸.

103. Aunado a lo anterior, a la fecha de verificación solo estaban los informes que han sido allegados a la Corte desde 2013 a 2023, es decir que no se había publicado el informe de 2024, sin razón aparente para ello. En definitiva, se puede concluir que el Ministerio acató la orden de reubicar el enlace de acceso a los informes radicados ante la Corte, lo cual representa un avance en términos de visibilidad.

104. En conclusión, Minsalud aportó una medida conducente para alcanzar el objetivo de visibilidad de los informes, pero sin resultados que comprueben efectivamente el conocimiento y la participación de la ciudadanía respecto de la directriz que se analiza.

12. Entrega oportuna del informe a la Corte por el Ministerio de Salud

105. La medición realizada en los años 2022, 2023 y 2024 debía ser entregada a más tardar el 15 de abril del año siguiente a la vigencia del informe respectivo¹³⁹. Para el 2022 fue remitido el 29 de mayo de 2023; el de 2023, el 30 de abril de 2024 y el de 2024, el 5 de mayo de 2025. En los dos últimos casos, la Sala se vio en la necesidad de emitir un auto de requerimiento. Así, el promedio de demora osciló entre 15 días y poco menos de un mes, lo cual no representa un plazo menor, especialmente si se considera que fue necesaria la intervención de la Sala para que se cumpliera con la entrega, situación que evidencia faltas en la oportunidad y eficiencia del cumplimiento de esta obligación.

106. Por lo anterior, se debe reiterar la importancia que tiene la remisión en tiempo de los informes solicitados al rector de la política pública, a quien ya se le amplió el periodo concedido hasta el 15 de abril de cada año para evitar las tardanzas adicionales¹⁴⁰. Ya que la medición realizada resulta ser indicativa del avance y materialidad de las demás órdenes emitidas en la Sentencia T-760 de 2008, así como constitutiva de un insumo al momento de valorar los avances de todos los mandatos. En ese sentido, se dificulta la labor de seguimiento cuando se presenta de forma tardía lo requerido, lo que hace necesario recordar al Ministerio de la importancia de que cumpla con los tiempos previamente establecidos.

13. Gestiones efectuadas ante y por la Defensoría del Pueblo y la PGN (Procuraduría General de la Nación)

107. Con respecto de la entrega de los informes por parte del MSPS a dichas autoridades, la Sala señala que ninguna de ellas informó sobre la fecha en la que el

¹³⁸ Para lo cual se debe tener en cuenta que MinTIC (Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de Colombia) reportó que, al cierre de 2024, hay “más de 49 millones de accesos, lo que significa que 94 de cada 100 colombianos cuentan con una conexión a través de sus dispositivos móviles, un aumento notable frente a la relación de 91 de cada 100 registrada un año atrás” <https://colombiatic.mintic.gov.co/679/w3-article-400608.html>. Para acceso fijo se calculó que 9,09 millones tienen ese tipo de acceso a internet. Sin embargo, la Sala considera que esta cifra no puede interpretarse de manera directa como una cobertura individual, ya que no todas las personas en Colombia cuentan con un teléfono móvil o un plan de datos. Además, según proyecciones del DANE, la población total del país asciende a 48.258.494 hasta 52.695.952 millones de habitantes <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuanto-somos>. Por lo tanto, solo cerca del 18,8 % de la población total proyectada tiene internet fijo, por lo que sigue siendo limitado lo que plantea desafíos importantes en materia de igualdad digital.

¹³⁹ En el auto 077A de 2020, se amplió el término de entrega de los informes al 15 de abril de cada año.

¹⁴⁰ Ib.

MSPS le entregó las mediciones de tutela de 2022, 2023 y 2024. No obstante, para las dos primeras vigencias, las respuestas enviadas por las entidades permiten inferir que estos fueron recibidos, aunque se desconoce la fecha exacta de recepción. En cuanto al reporte de 2024, hasta la fecha no se ha recibido pronunciamiento alguno al respecto¹⁴¹. Ahora bien, la Corte con el fin de asegurar la materialidad de la orden trigésima de la Sentencia T-760 de 2008, estableció que la Defensoría del Pueblo y la PGN realizaran el seguimiento a la misma para asegurar su cumplimiento, velar por el respeto de los derechos de los usuarios del sistema y superar las fallas evidenciadas¹⁴².

108. Por un lado, la Defensoría del Pueblo puso de presente que radicó varios archivos ante la Corte donde expuso “el contenido de cada uno de los documentos [de] la cartera ministerial, como los aspectos positivos y negativos de las acciones adelantadas por el ministerio, los resultados relacionados con el aumento o disminución de las tutelas para cada año analizado, la diferenciación con el estudio anual que esta entidad realiza sobre la tutela, los avances en el cumplimiento de la orden trigésima; y, las recomendaciones para mejorar la presentación de los informe, entre otros”. También aseveró que, dentro de sus competencias, solicitó información de esta orden a la cartera de salud, para después analizar cada uno de los puntos detallados por el MSPS en la medición de tutelas. De manera que, se cumplió con el propósito de la orden emitida por esta Corporación al emitir su concepto respecto del cumplimiento del mandato analizado.

109. Por otro, la PGN sintetizó los datos aportados por el ente ministerial. Resaltó que, se reportaron avances en la implementación de una fuente autónoma de información por su parte. Sin embargo, la Sala constata que únicamente se presentaron resúmenes, sin realizar un examen de fondo sobre la medición de las tutelas correspondientes. Tampoco se evidencian actuaciones orientadas a solicitar información al MSPS para profundizar en las mediciones respectivas. En consecuencia, no se advierte un concepto por parte de la Procuraduría General de la Nación que evidencie un ejercicio de seguimiento conforme a sus competencias, orientado a la protección de los derechos de los usuarios del sistema.

110. La Corte concluye que tanto la Defensoría del Pueblo como la Procuraduría General de la Nación remitieron información sobre el seguimiento realizado al análisis a la medición de las tutelas. No obstante, es importante señalar que las entidades deberían incorporar un análisis de fondo en el que se destaquen sus consideraciones propias sobre los informes. Ello, en la medida en que no se trata únicamente de reiterar los datos remitidos por la autoridad obligada, sino de aportar, desde sus competencias como órganos de control, el seguimiento que realizan a las tutelas y su concepto respecto de las mediciones correspondientes. Recuérdese la necesidad de que ambas entidades cumplan con las obligaciones referidas a la custodia y garantía del derecho a la salud de los ciudadanos, en especial a la PGN que observe la función preventiva integral que le ha sido impuesta desde la Resolución 132 de 2014¹⁴³ y reiterada en los Auto 440 de 2021 y 1680 de 2022. En ese sentido, se dispondrá que la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación para que continúen brindando apoyo al seguimiento del mandato

¹⁴¹ Dado el comportamiento de entrega que se ha valorado en los últimos años, la Sala ha verificado que esta ocurre para mediados del mes de junio, por lo que estaría próximo a enviarse por parte del MSPS.

¹⁴² Auto 590 de 2016. Reiterada en los Autos 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.

¹⁴³ “Todas las funciones misionales que ejerce la Procuraduría General de la Nación incorporan en su gestión elementos preventivos por lo que, los procesos misionales, estratégicos y de apoyo en el marco de los cuales opera la gestión de la entidad deberán coadyuvar el ejercicio de la prevención para garantizar los derechos de los ciudadanos”.

trigésimo conforme a lo ordenado en los Autos 590 de 2016, 077A de 2020 y 440 de 2021.

14. Valoración del nivel de cumplimiento de la orden

111. De acuerdo con la metodología de evaluación fijada paulatinamente desde el Auto 411 de 2015, la Sala procederá a determinar: (i) las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud respecto del seguimiento realizado a la orden trigésima, (ii) los resultados y, (iii) avances obtenidos.

Metodología de la medición de las acciones de tutela implementada: muestra.	El MSPS implementó medidas inconducentes que no acreditaron resultados comparativos, pues para 2022, 2023 y 2024 se utilizaron tres metodologías distintas, lo que afectó toda la valoración de la orden trigésima pues impidió la comparación entre periodos y la consistencia y calidad estadística de la información recolectada. La Sala determinó que el propósito del muestreo ha mutado al punto de pasar de ser una herramienta para la estimación poblacional a un mecanismo de validación de datos, lo cual se origina en el cambio de metodologías. Por lo que este ítem perdió relevancia en el estudio ya que no guarda coherencia con los diseños muestrales correspondientes.
Conformar una base de datos autónoma.	Se implementaron medidas conducentes que no acreditaron resultados que demuestren la superación de la problemática. Sin embargo, se observa un interés del MSPS en cumplir con lo ordenado.
Sobre el estudio para los municipios	En 2022 y 2023 se adoptaron medidas inconducentes para el cumplimiento de la orden. Para el 2024 no se reportaron medidas.
Caracterización	Se implementaron medidas conducentes como la Circular 001 de 2025 y se acreditaron resultados que impiden evidenciar que se vaya a superar la problemática, dado que la utilización de las categorías no ha sido permanente ni homogénea.
Fallas estructurales, funcionales y financieras.	El MSPS no remitió información sobre este punto, lo que indica que no se han implementado medidas pese a lo ordenado en el Auto 590 de 2016 y reiterado en Autos 077A de 2020 y 440 de 2021.
Tendencia en la presentación de las tutelas.	Se implementaron medidas inconducentes, pues las tutelas han reportado un aumento para los periodos analizados, a saber, para 2022, 2023 y 2024 se evidenciaron incrementos del 61 %, 35 % y 15 % respectivamente.
Análisis de los problemas jurídicos	Si bien se implementaron medidas conducentes que acreditan resultados, no existen avances significativos. Ello al analizar el 100% de los PJ en el estudio, a saber, en las tres vigencias objeto de estudio se obtuvo que: (i) 2022 fueron 9 (52,94 %), (ii) 2023, 13 (76,47 %); y 2024, 17 (100 %).
Indicadores del GED	Se reportaron medidas inconducentes para demostrar la aplicación de los indicadores a EPS, IPS y ET y en general a todos los actores del sistema conforme a lo ordenado en la Sentencia T-760 de 2008 y sus autos de seguimiento.
Publicidad y mecanismo de participación	Minsalud aportó una medida conducente para alcanzar el objetivo de visibilidad de los informes, pero sin resultados que comprueben efectivamente el conocimiento y la participación de la ciudadanía como se ha ordenado desde los Autos 590 de 2016, 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.
Entrega oportuna del informe a la Corte	El Ministerio implementó medidas conducentes que acreditan resultados que evidencian que se va a superar la problemática.
Gestiones efectuadas ante y por la Defensoría del Pueblo y la PGN	Se verificó la recepción de los informes de 2022 y 2023 por parte de estas entidades, aunque a la fecha, no se conoce el recibimiento de la medición de 2024. Por otra parte, sobre las gestiones de seguimiento, la Defensoría remitió un concepto de los datos correspondientes, pero la información de la PGN no aportó al seguimiento que lleva a cabo la Corte, toda vez que se trató de un resumen, pero sin un pronunciamiento de fondo.

112. En consecuencia, la Sala Especial encuentra que se debe modificar el nivel de cumplimiento a **bajo**. En ese sentido, se debe advertir que, entre 2016 y 2022 el MSPS aplicó una metodología adecuada y aprobada, con medidas en principio conducentes que mostraron avances -no suficientes- en la medición de las tutelas de salud, aunque persistían dificultades y se exigía continuidad en lugar de intermitencia¹⁴⁴. Sin embargo, en esta ocasión a diferencia de otros años, se constató

¹⁴⁴ La Sala debe recordar que en la orden trigésima se ordenó al entonces Ministerio de Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) allegar un informe anual ante esta Corporación sobre el análisis del número de acciones de amparo radicadas que resuelven los problemas jurídicos identificados en la Sentencia T-760 de 2008 y en caso de que las mismas no hubiesen disminuido, advertir las razones de ello.

precisamente esa inconsistencia, pues las metodologías cambiaron en tres años, lo que dificultó la comparabilidad y llevó a que se dejaran de estudiar aspectos clave como municipios, fallas estructurales y funcionales, tendencias e indicadores del goce efectivo del derecho. De modo que se implementaron medidas inconducentes o, en su defecto, no se adoptaron medidas, y en la mayoría de los casos no se reportaron resultados.

113. De conformidad con las categorías evaluadas, en cinco de ellas se identificó la implementación de medidas conducentes, de las cuales algunas arrojaron resultados y otras no. En las restantes, se evidenció la existencia de medidas inconducentes o la ausencia total de las mismas. A continuación, se presentan en detalle los porcentajes correspondientes a cada uno de estos grupos y sus subclasificaciones, con el fin de precisar el alcance y la distribución de los datos analizados.

114. En tan solo se reportaron medidas conducentes en el 45,45 % de los temas analizados. De dicho porcentaje, se tiene que en el 18,18 % no se acreditaron resultados que permitan evidenciar que se va a superar la problemática, esto es: la gestión para conformar una base de datos autónoma y la publicidad y mecanismo de participación. A su vez, en el 27,27 % se reportaron resultados, pero se advirtió la inexistencia de avances, a saber, caracterización, análisis de los problemas jurídicos y la entrega oportuna del informe a la Corte. Máxime por la inconsistencia de las metodologías que impidieron realizar un ejercicio de valoración completo. Por lo que es necesario que el MSPS progrese de forma consecutiva y permanente, no de forma intermitente y cambiante en el cumplimiento de la orden trigésima.

115. Además, en el 54,55 % de los asuntos examinados, no se acreditaron medidas que permitan cumplir con lo ordenado, a saber: (i) demostrar resultados de cara a la tendencia de acciones de tutela y justificar los casos en los que aumenten; (ii) analizar permanentemente todos los problemas jurídicos y, de no ser posible argumentar las razones de ello; (iii) identificar las fallas estructurales, funcionales y financieras; (iv) reportar en los informes los datos que respecto a municipio obtenga; y, (v) implementar el mecanismo participativo para dar publicidad a los informes presentados con la medición de las acciones de amparo.

116. En este punto, la Sala debe reiterar que el diseño e implementación de las políticas públicas son competencia del Ministerio de Salud. La falta de avances en el propósito de la orden, y en particular, en lo referente a la disminución de las acciones de tutela que los usuarios del sistema se ven en la necesidad de interponer para acceder a los servicios de salud, reafirman la necesidad de la intervención en las políticas públicas en salud, que en forma respetuosa y dialógica realiza esta Corporación a través del seguimiento al cumplimiento de los mandatos generales de la Sentencia T-760 de 2008 y los avances en la garantía del goce efectivo del derecho a la salud¹⁴⁵.

117. Es menester prevenir a las autoridades sobre la obligación de dar estricto cumplimiento a las órdenes impartidas en la sentencia estructural, *so pena* de acarrear consecuencias penales y disciplinarias. En virtud del Decreto 2591 de 1991, quien incumpla lo dispuesto en el fallo de tutela podrá incurrir en fraude a resolución judicial, prevaricato por omisión o en otras sanciones a las que haya lugar¹⁴⁶. El incidente de desacato, al no estar atado a un objetivo vindicativo, sino promotor del

¹⁴⁵ Autos 590 de 2016 y 077A de 2020.

¹⁴⁶ Esto ha sido resaltado por la Sala en los Autos, entre otros, 2566 de 2023, 2049 de 2024 y 1175 de 2025.

cumplimiento de la orden, exige la valoración de la concurrencia de factores objetivos y subjetivos¹⁴⁷. La naturaleza de tal figura es sancionatoria, por lo que el cumplimiento de una orden se persigue a través del ejercicio de los “poderes disciplinarios y correccionales sobre la persona natural responsable de tal desacato”¹⁴⁸ con los cuales cuenta el juez de tutela encargado de velar por el acatamiento de una o unas órdenes dirigidas a la protección de derechos fundamentales. En todo caso, el incidente de desacato más allá de imponer una sanción tiene como propósito garantizar el cumplimiento efectivo de la orden de tutela pendiente de ejecución¹⁴⁹.

Órdenes por impartir.

118. Dado el nivel de cumplimiento definido y ante la necesidad de mejorar la medición de las acciones constitucionales y su impacto, se reiterará el exhorto a la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación para que continúen brindando apoyo al seguimiento del mandato trigésimo conforme a lo ordenado en los Autos 590 de 2016, 077A de 2020 y 440 de 2021. Adicionalmente, debido a la importancia que tiene para la Sala comprender el funcionamiento de este auto reporte implementado por el Minsalud para crear la base de datos autónoma, se solicitará que se explique el funcionamiento detallado del mismo, así como los mandatos mencionados en la parte resolutive.

En mérito de lo expuesto, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

III. RESUELVE:

Primero. Declarar el nivel de cumplimiento **bajo** de la directriz trigésima de la Sentencia T-760 de 2008, con base en las consideraciones expuestas en esta providencia.

Segundo. Reiterar al Ministerio de Salud y Protección Social las órdenes contenidas en el numeral trigésimo de la Sentencia T-760 de 2008, numeral 2.º, literales b), d), e) y f) del Auto 077A de 2020, numeral 2.º del Auto 440 de 2021 y el resolutivo 2.º, literal c) y tercero, literal a) del Auto 1680 de 2022, esto es:

- a. En los próximos informes, mantener la medición desde todos los problemas jurídicos analizados en la Sentencia T-760 de 2008 y en el Auto 590 de 2016.
- b. Reportar en los siguientes informes anuales de medición, los datos que respecto a los municipios obtenga.
- c. Requerir a Minsalud para que remita un informe de la metodología que implementará para identificar las fallas estructurales, funcionales y financieras

¹⁴⁷ En ese sentido, la jurisprudencia ha establecido los siguientes: “[Objetivos] (i) la imposibilidad fáctica o jurídica de cumplimiento, (ii) el contexto que rodea la ejecución de la orden impartida, (iii) la presencia de un estado de cosas inconstitucional, (iv) la complejidad de las órdenes, (v) la capacidad funcional de la persona o institucional del órgano obligado para hacer efectivo lo dispuesto en el fallo, (vi) la competencia funcional directa para la ejecución de las órdenes de amparo, y (vii) el plazo otorgado para su cumplimiento y [Subjetivos] (i) la responsabilidad subjetiva (dolo o culpa) del obligado, (ii) si existió allanamiento a las órdenes, y (iii) si el obligado demostró acciones positivas orientadas al cumplimiento”. Sentencia SU-034 de 2018, reiterada en la Sentencia SU-050 de 2022.

¹⁴⁸ Sentencia SU-050 de 2022.

¹⁴⁹ Sentencias C-092 de 1992, C-367 de 2014 y SU-034 de 2018.

de cara a todos los actores del sistema. Documento que deberá ser allegado dentro del mes siguiente a la comunicación de esta providencia.

d. En los próximos informes, implementar la batería de indicadores que evalúen el GED en el que se incluyan los determinantes sociales aplicables a las EPS, IPS y ET y, en general, a todos los actores del sistema.

e. En los próximos informes, implementar el mecanismo participativo para dar publicidad a los informes presentados con la medición de las acciones de amparo.

Tercero. Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que:

a. Indique con claridad y suficiencia las razones por las que se adoptaron diferentes metodologías en los informes recientes. Deberá explicar cuál seleccionará y las razones de ello. Además, indicará por qué se descartó la que ya venía siendo aplicada y validada por esta Corte hasta el 2022. Para lo cual se contará con un mes desde la notificación de esta providencia.

b. Explique el funcionamiento detallado de los auto reportes, en particular: (i) el tratamiento que se da a la información reportada, incluyendo si se descartan registros, cómo se realizan las validaciones de calidad, o si se solicita información adicional, (ii) si existen mecanismos de retroalimentación entre el Ministerio y las entidades correspondientes, (iii) sobre las acciones correctivas en caso de incumplimiento y cualquier otro aspecto que se considere relevante. Para lo que contará con un mes contado desde la comunicación de esta providencia.

c. Remita un informe en el que dé a conocer: (i) las razones que justifican los cambios en los indicadores del GED en cada informe desde 2022 hasta la fecha, (ii) el impacto que dichos cambios tienen en la medición del Goce Efectivo del Derecho y, (iii) cómo se pretende garantizar la continuidad metodológica para identificar tendencias y comparar resultados entre vigencias. Para lo que contará con un mes desde la comunicación de esta providencia.

d. De conformidad con la información de los peritos que se pondrá de presente al Ministerio, la autoridad obligada se pronunciará sobre la forma en que efectuará la aplicación del mecanismo de participación correspondiente, dentro del mes siguiente a la comunicación de esta providencia.

Cuarto. Exhortar a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, para que continúen cumpliendo con las competencias constitucionales, legales y reglamentarias y el seguimiento y apoyo al mandato trigésimo conforme a lo ordenado en los Autos 590 de 2016, 077A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022. Deberá garantizarse un mayor rigor en el cumplimiento y en el análisis de la información, teniendo en cuenta que ambas entidades están obligadas a cumplir con las funciones relacionadas con la custodia y la garantía del derecho a la salud de los ciudadanos.

Quinto. Ordenar a la Secretaría General de esta Corporación librar las comunicaciones correspondientes, remitiendo copia integral de este proveído.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

JOSE FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado

VLADIMIR FERNÁNDEZ ANDRADE
Magistrado
Aclaración de voto

MIGUEL POLO ROSERO
Magistrado

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ
Secretaria General

ANEXO

En la **Tabla 1**, se resume la información principal que se comunicó en los informes respectivos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

<i>Sobre el 2022</i>
<p>El Ministerio de Salud sostuvo que reiteró la solicitud al CSJ (Consejo Superior de la Judicatura) para que le compartiera información de que trata la circular PSAC08-104¹⁵⁰ sin obtener una respuesta de la entidad.</p> <p>Advirtió que el MSPS, por regla general, es vinculado, más no accionado directo dentro de las tutelas promovidas para la protección del derecho a la salud. Indicó que se utilizó un método de muestreo probabilístico simple. Conforme con lo anterior, para el 2022 “se acudió a un ejercicio de muestreo, respecto de dicha fuente de información, con el objeto de complementar los datos para la elaboración del informe de tutelas de la precitada vigencia, lo que llevó a que se dispusiera de un total de 382 expedientes de la base de este Ministerio”¹⁵¹. Frente a esos 382 expedientes, se buscó como mínimo, mantener las variables con las que actualmente se viene caracterizando la información de los accionantes, “según la muestra recolectada mediante la encuesta llevada a cabo semanalmente en la secretaría de ese Alto Tribunal”¹⁵². Indicaron que, a pesar de las diferentes gestiones desplegadas por el MSPS para obtener una fuente de datos independiente para elaborar el informe de tutelas, aún no se dispone de dicha fuente.</p> <p>Indicó que se reporta los enfoques “de atenciones por curso de vida”¹⁵³, así como que el porcentaje de acciones de amparo radicadas aumentó en un 69,08 % respecto de la vigencia anterior. Para el 2022, el total de amparos fue de 156.412, pero aclaró que “solo 135.785, corresponden a tutelas impetradas contra actores del SGSSS”.</p> <p>Minsalud tuvo en cuenta dos cifras para analizar el impacto de las tutelas: (i) el número de personas individualmente consideradas, atendidas por el SGSSS, entre enero y diciembre de 2022, que fue de 29.543.353^[154] y (ii) el número de acciones constitucionales impetradas que invocaban el derecho a la salud en el 2022. Relató que existe un efecto positivo en la protección al derecho a la salud, comoquiera que la tasa de tutelas por cada 1.000 personas que reciben atenciones en salud “ha tenido un comportamiento a la baja, sin tener en cuenta la atipicidad de 2020 y 2021, generada por la pandemia del COVID – 19”¹⁵⁵. Aseveró que, en 2022, dicha tasa fue de 5,3 lo que denota un acrecentamiento frente al año anterior donde fue de 2,8 “sin embargo, comparado con el 2019 donde fue 6,0 (año anterior a la pandemia por el COVID-19), este indicador disminuyó”. En cambio, la tasa de amparos por cada 1.000 atenciones fue del 0,4^[156].</p> <p>En relación con las entidades accionadas en materia del derecho a la salud, no pertenecientes al SGSSS en el año 2022¹⁵⁷, se tiene un total de 20.718^[158]. Mostró que de las entidades que sí hacen parte del sistema, las siguientes reportaron el mayor número de acciones de amparo en su contra: (i) Nueva EPS (31.713); (ii) Sanitas EPS (11.241); (iii) Sura EPS (11.129); (iv) Salud Total EPS (9.908) y, (v) Savia Salud EPS (8.433). Además, que las más accionadas por cada 10.000 afiliados fueron: (i) Savia Salud con 50 tutelas, (ii) Ecoopsos EPS, 47; (iii) Emssanar, 38; (iv) Asmet Salud EPS, 36 y, (v) Nueva EPS, 31.</p> <p>También reportó los departamentos en donde se presentaron más amparos por cada 10.000 habitantes: (i) Arauca con 90 tutelas; (ii) Caldas, 84; (iii) San Andrés, 66; (iv) Norte de Santander, 66 y, (v) Amazonas, 55. Por otra parte, adujo que el promedio diario de tutelas fue de 552, por día hábil. A su vez, el promedio de tutelas interpuestas por mes fue de 11.315. En concreto, el mes con mayor número de tutelas fue noviembre, con 15.888, mientras que el mes de diciembre fue el que registró menos movimiento, con 9.252^[159].</p> <p>En cuanto al comportamiento de las acciones de tutela según el tipo de decisión, se tiene que, en primera instancia, el 64,4 % de los fallos de tutela concedieron todas las pretensiones de los accionantes y el 7,2 % parcialmente. En el 17 % se declaró hecho superado, el 7,4 % negó las pretensiones. Finalmente, el 3,8 % declaró improcedente y el 0,1 % rechazó la solicitud. En segunda instancia, el 18,6 % de los fallos de tutela fueron confirmados y el 74,8 % no fue</p>

¹⁵⁰ En la que se instruyó a los jueces y magistrados de las salas disciplinarias de los Consejos Seccionales de la Judicatura, Tribunales Superiores de Distrito Judicial y Administrativos del país para que recolectaran información relacionada con las acciones de tutela en salud y lo remitieran a la Unidad de Desarrollo Estadístico de la entidad al correo udae@cendoj.ramajudicial.gov.co.

¹⁵¹ Informe electrónico remitido el 30 de mayo de 2023.

¹⁵² Aseveró que, dentro de este ejercicio, también se mantuvo la estructura de análisis que se viene utilizando, y, por tanto, los expedientes se estudiaron a la luz de los diferentes problemas jurídicos, a los cuales, se les adscribieron las diferentes causas que, según la información recaudada, motivan la presentación de las tutelas, atándolas al servicio o procedimiento específicamente reclamado. Con la utilización de esta fuente adicional de informacional, se buscó la ampliación de la muestra, insistentemente reclamada por esa Corporación, como medida que permitan ahondar en las causas que llevan a los usuarios a acudir a la acción de tutela para la protección de su derecho a la salud.

¹⁵³ Regulados por el Minsalud en la Resolución 3280 de 2018 mediante la que se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, que hacen parte de las Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS- y se establecieron las directrices para su operación.

¹⁵⁴ Según el RIPSS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud), con fecha de extracción marzo de 2023.

¹⁵⁵ Según el Ministerio, las tutelas presentadas por cada 10.000 habitantes, para el 2019 fue de 41,2 % y para el 2022 de 30,3 %.

¹⁵⁶ Para el 2022 la tasa fue del 0,2.

¹⁵⁷ El Ministerio señaló que: “[s]in embargo, en nuestro interés por acatar lo ordenado, consistente en la cuantificación de las acciones de tutela en salud por entidad territorial (departamentos y municipios), nos hemos visto enfrentados a una serie de dificultades, por cuanto la base de datos que nos suministra esa Corporación, viene presentando inconsistencias y errores de digitación en los nombres de EPS e IPS”.

¹⁵⁸ Discriminadas así Fuerzas Armadas, INPEC, otras entidades diferentes al sector salud, Magisterio, Administradoras de Riesgos Laborales, otros ministerios y entidades del orden nacional, Compañías de Seguros, Fondos de Pensiones, Medicina Prepagada y Planes Complementarios, Juzgados, Fiduprevisora, Ecopetrol y Universidades.

¹⁵⁹ Para más información véase la Figura 1 del Anexo.

impugnado. Asimismo, dio a conocer que llevó a cabo la caracterización sobre una muestra total de 3.057 expedientes, 2.675 corresponden a los obtenidos de la Corte, y 382 a la fuente de este Ministerio, que por primera vez se incluyeron dentro del reporte anual de tutelas. La entidad dio a conocer la caracterización por categorías, como se puede ver en la Figura 2 del Anexo¹⁶⁰.

Indicó que, de los 3.057 expedientes analizados, se impactaron nueve de los problemas jurídicos de la Sentencia T-760 de 2008¹⁶¹. En ese sentido, manifestó que para el: (i) 9 fueron 2337 tutelas; (ii) 1, 546; (iii) 18, 52; (iv) 16, 36 (v) 17, 36; (vi) 5, 33; (vii) 3, 9; (viii) 10, 7 y; (ix) 8, 1. La cartera de salud resaltó que el 38,1 % del total de las acciones de tutela se presentaron por postergación de citas.

La entidad comunicó que ha hecho un esfuerzo para modernizar su sitio *web*, así como los diferentes micrositios utilizados para la publicación de diferentes temáticas, a cargo de las distintas dependencias ministeriales. Asimismo, en lo concerniente al informe de GEDS (Goce Efectivo del Derecho a la Salud)¹⁶² relató que son producto de indicadores seleccionados para medir el cumplimiento con corte al 2021 y 2022¹⁶³.

Sobre el 2023

La cartera de salud manifestó que continuó desplegando acciones orientadas a la consecución de la fuente autónoma de información de la que pudieren extraerse los datos para la elaboración del informe anual de tutelas impetradas con miras a la protección del derecho a la salud. Con ocasión de lo anterior, indicó que: (i) ante la falta de respuesta del CSJ sobre la solicitud de compartir la información de que trata la Circular PSAC08– 104 de 2008, radicó una acción de amparo por vulneración al derecho de petición, de lo cual se recibió una estadística sobre la gestión judicial de los despachos a nivel nacional¹⁶⁴ (ii) pidió a la Defensoría del Pueblo ayuda con la información que anualmente recauda en materia de tutelas promovidas para la protección del derecho a la salud, pero no obtuvo contestación alguna, y (iii) refirió la Circular 004 de 2024, expedida con destino a las EPS, y demás entidades aseguradoras, como mecanismo adoptado para la obtención de la información que permita la consolidación del reporte anual de acciones de amparo en salud¹⁶⁵.

Sostuvo que se mantuvo la estructura en lo relacionado con los enfoques y criterios técnicos sobre “atenciones por curso de vida”. Dio a conocer el porcentaje de variación de las acciones de amparo radicadas respecto de la vigencia anterior, a saber, en un 26,4 %. Advirtió que para el 2023, de 197.767, la cantidad de 178.733, concernieron a tutelas impetradas contra actores del SGSSS “pues las demás tutelas, vale decir 19.034 correspondieron a regímenes exceptuados del sistema, fondos de pensiones, administradoras de riesgos laborales y otros”. Aseveró que la tasa de tutelas por cada 1.000 personas atendidas fue de 7,49¹⁶⁶. En cambio, la tasa de amparos por cada 1.000 atenciones no fue discriminada en el informe presentado.

La entidad dio a conocer la caracterización por categorías, como se puede ver en la Figura 3 del Anexo. Adicionalmente, mostró que las cinco EPS que reportaron el mayor número de acciones de amparo en su contra fueron: (i) Nueva EPS, 55.533; (ii) Sanitas, 27.551; (iii) Salud Total, 20.385; (iv) Sura, 19.532 y, (v) Savia Salud, 15.632. También estudió la distribución porcentual de los accionantes, en donde el 28,24 % (50.300 personas) impetraron tutela contra Nueva EPS, seguido del 13,54 % (24201), Sanitas y 9,54 % (17047), Sura¹⁶⁷.

Asimismo, adujo que el mes con mayor número de tutelas fue octubre, con 20.481, mientras que el mes de enero fue el que registró menos movimiento, con 11.098¹⁶⁸. También informó la distribución de las acciones por departamento y distrito: (i) Arauca con 40545 tutelas; (ii) Bogotá, 23276; (iii) Valle del Cauca, 17392; (iv) Norte de Santander, 13472; y (v) Santander, 12738. En cuanto a las decisiones de primera instancia, el 66,0% de los fallos de tutela concedieron todas las pretensiones de los accionantes y el 1,0 % parcialmente. Un 7,2 % de los casos, se dio como hecho superado, en un 25,1 % de los casos no concedió las pretensiones. Finalmente, el 0,6 % declaró improcedente. En segunda instancia, el 56,9 % confirmó el fallo de primera instancia, el 11 % revocó el fallo y el 10 % modificó la sentencia. Con respecto al cumplimiento de la orden judicial dictada en la acción de tutela, solo el 7,6 % tuvieron incidente de desacato, lo que corresponde a 15.251 tutelas.

¹⁶⁰ Minsalud aclaró que utilizó las siguientes fuentes: BDU (Base de Datos Única de Afiliación), RIPSS, RUV (Registro Único de Víctimas) • SIVIGILA (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública), PILA (Planilla Integrada de Liquidación de Aportes), Cuenta de Alto Costo, Listado censal, Registro y localización de personas con discapacidad.

¹⁶¹ La Sala advierte que los problemas jurídicos que han sido reiterados en los autos de valoración de la orden se pueden visualizar en la Tabla 8 del Anexo.

¹⁶² Afirmó que el ejercicio se realizó mediante un análisis descriptivo de las siguientes fuentes: normatividad vigente y revisión y selección de fuentes secundarias, como Sistema de Información para la Calidad, Cuenta de Alto Costo, SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud, Resolución 202 de 2021 (Protección Específica y Detección Temprana), BDU, información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística y RIPSS.

¹⁶³ En la categoría de acceso a los servicios de salud, se incluyen indicadores como la consulta por primera vez por especialista en psiquiatría, psicología, nutrición y dietética, enfermería, y el tiempo promedio de espera para la atención de cáncer. En Gestión del Riesgo, se encuentran la cobertura de vacunación BCG en recién nacidos, la cobertura de vacunación triple viral en niños y niñas de un año de edad, la cobertura de vacunación de tercera dosis de polio en menores de un año, así como el control de pacientes diabéticos e hipertensos, incluyendo aquellos con complicaciones. En la categoría de promoción y mantenimiento de la salud, los indicadores comprenden gestantes con captación temprana al control prenatal, con tamizaje para VIH y sífilis, proporción de gestantes con suministro de micronutrientes, mujeres con toma de mamografía, proporción de mujeres con consulta de planificación familiar y el control de placa bacteriana. Finalmente, en la categoría de enfermedades de interés en salud pública, se incluyen la MME (morbilidad materna extrema), la MM (muerte materna temprana), el dengue y el hipotiroidismo congénito.

¹⁶⁴ Para el MSPS, no se brindó ningún apoyo porque no se obtuvo un insumo para el reporte de las tutelas en salud.

¹⁶⁵ Del reporte de información efectuado en el marco de la precitada circular se evidenció que frente al 25,1 % de las tutelas promovidas para la protección del derecho a la salud, los jueces de instancia no encontraron vulnerado dicho derecho, y negaron las respectivas tutelas.

¹⁶⁶ Según el Ministerio, las tutelas presentadas por cada 1.000 habitantes fueron de 3,79.

¹⁶⁷ Se advirtió que las cifras pueden estar influenciadas porque dichas EPS son las que poseen mayor número de afiliados.

¹⁶⁸ Para más información véase la figura 4 del Anexo.

Discriminó las tutelas por problemas jurídicos, así: (i) por el problema jurídico 9, 90.481; (ii) 1, 52.701; (iii) 7, 14.575; (iv) 17, 13.789; (v) 16, 8.181; (vi) 14, 6.759; (vii) 18, 5.774; (viii) 10, 2.286; (ix) 13, 1.823, (x) 3, 1802; (xi) 4, 1451; (xii) 5, 1164; y (xiii) 8, 406.

Sobre el 2024

Se explicó todo sobre el procesamiento y análisis de datos, las fuentes, entre otras. El Minsalud sostuvo haber utilizado un método de “un muestreo de tipo probabilístico (aleatorio), no estructurado”. Advirtió que, luego de analizar la información derivada de la Circular 004 de 2024, evidenció la importancia de conocer la totalidad de las tutelas por derecho a la salud donde se accionara o vinculara a las EPS indígenas, así como de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las IPS y las Entidades Territoriales.

Debido a ello, el 3 de enero de 2025 emitió la Circular 001 de 2025 “(base autónoma)”, donde indicó que las entidades mencionadas deberían reportar la información relacionada con las tutelas radicadas en su contra respecto del derecho sanitario. Manifestó que el personal capacitado de la oficina de calidad del Ministerio “realiza la revisión individual de cada expediente, consolidando la información en una base de datos estructurada con 43 variables. Esta labor se desarrolla en respuesta a las limitaciones de la base de datos suministrada por la Corte Constitucional, la cual contiene campos de texto abierto y no incluye información detallada sobre causas, pretensiones, problemas jurídicos ni características sociodemográficas de los demandantes en campos, sin listas estandarizadas, lo que dificulta su análisis sistemático. A partir de esta fuente se generan totales por departamento y problema jurídico, entre otros aspectos claves, lo que permite establecer una línea base con la cual contrastar los resultados obtenidos por la nueva fuente propuesta como primaria (Circular Externa 001 de 2025)”.

La autoridad, describió las fuentes utilizadas para el análisis de tutelas, a saber: (i) base nacional de las tutelas en salud suministrada por la Corte que permite observar la magnitud del problema a nivel nacional, regional para el análisis temporal y su tendencia; (ii) muestra de expedientes 2024 que, además del análisis territorial y de algunas variables poblacionales, “entra en el detalle de las variables relacionadas para realizar la comparabilidad con base autónoma (circular 001) a fin de soportar la selección futura de mejor fuente de datos” y, (iii) Circular Externa 0001 de 2025 (base autónoma), de la que se tiene un análisis más detallado de las solicitudes de amparo constitucional por vulneración del derecho a la salud y permite realizar cruces de variables poblacionales, del aseguramiento, de los servicios y del curso de la tutela misma.

Comparabilidad de las fuentes para el análisis de las tutelas. El ministerio aseveró que los datos provenientes de la Circular en comento se depuraron y contrastaron con la fuente muestra de expedientes de 237.094 (2024). Luego se organizaron y se seleccionaron las variables relevantes para su procesamiento en el “software estadístico SPSS”. A partir de la comparación entre los datos suministrados por la Corte y los reportados en la Circular 001 de 2025, se obtuvo el siguiente comportamiento similar: (i) de las tutelas por mes de radicación se aprecia, en ambos casos, un menor número en los meses de diciembre y enero; (ii) con respecto a la distribución de las tutelas por sexo, las dos fuentes muestran que la mayoría de quienes interpusieron tutelas son mujeres¹⁶⁹; (iii) sobre la distribución de las tutelas por la ET donde se radicó -departamentos y el Distrito Capital-. Las ocho entidades donde más tutelas se interponen son las mismas en las dos fuentes, y entre estas acumulan el 69,5 % de estas en la circular, y 64,1%: Antioquia, Valle del Cauca, Norte de Santander, Bogotá y Caldas. Sin embargo, desde la sexta entidad territorial hay algunas diferencias como el caso de Bolívar, Cauca, Atlántico y Magdalena, que ocuparían puestos diferentes dependiendo de la fuente que se mire. Minsalud, señaló que “en el caso de la muestra [Corte] hay una proporción importante de expedientes en los que no fue posible ubicar este dato (11%), lo que no ocurre en el caso de la circular, y esto puede explicar las diferencias”; (iv) frente al comportamiento de las tutelas por la entidad aseguradora a la que pertenece el afiliado, se observa la mayor proporción de acciones corresponde al régimen subsidiado. Luego el contributivo, excepción, no asegurado y especial; y (v) al comparar las tutelas teniendo en cuenta la EPS a la que estaba afiliada la persona, aunque hay similitud entre ambas fuentes y las 7 primeras EPS son las mismas, los puestos que ocupan en cada fuente varían, con excepción de Nueva EPS, que en ambos casos es la primera en ser accionada.

En definitiva, “la comparación entre las variables de las dos fuentes muestra que hay concordancia en la mayoría de los datos, lo que permite afirmar que la nueva fuente que se definió a través de la Circular Externa 004 de 2024¹⁷⁰, mantiene la validez de los datos con respecto al muestreo que se hace sobre la base de datos de la Corte Constitucional”. Ahora bien, el ente ministerial relató que para el año 2024, el universo de acciones de tutelas interpuestas por la vulneración de todos los derechos fundamentales fue un total de 912.639. Del 100 %, el 26 % correspondió a tutelas que invocan el derecho a la salud (237.210). Se depuró el 11% porque las entidades no pertenecían al SGSSS. Entonces, la cifra selecta por el Ministerio de Salud y Protección Social “mostró que 237.094 corresponden a tutelas impetradas contra actores del SGSSS”.

Por otra parte, se observó una tasa (i) 4,50 de tutelas por cada 1.000 habitantes y (ii) 4,75 por cada 1.000 afiliados, lo que figuró un incremento bruto del 0.94 en la tasa por 1000 afiliados y de 0.71 por 1000 habitantes. Dio a conocer que se presentó una variación del 19.9 % respecto a la vigencia anterior. Además, se reportó la caracterización por categorías, como se puede ver en la Figura 5 del Anexo.

Adicionalmente, expuso lo informado por las EPS respecto de las tutelas radicadas por sus afiliados, teniendo en cuenta el comportamiento de la tasa de tutelas por cada 1.000 afiliados, se encuentran en los primeros cinco lugares: (i) Savia Salud EPS con una tasa de 13,75, (ii) Fondo pasivo de ferrocarriles nacionales, 11,32; (iii) Comfaoriental ,7,34; (iv) Comfenalco Valle EPS, 7,19; y (v) Servicio Occidental de Salud con una tasa de 6,7¹⁷¹. En lo relacionado con la tasa de tutelas por cada 10.000 atenciones se evidencia que en los tres primeros lugares los ocupa EPS Sura con 110,6, Cajacopi con el 19,2 y Savia Salud de 18,5.

Posteriormente, Minsalud analizó la distribución de tutelas dentro de los actores del SGSSS. Para el ejercicio analítico se determinaron un total de 237.210 “tutelas únicas”¹⁷² de las cuales el 87.46 % fueron en contra de EPS, el 11,59 % contra IPS y el 0.95% contra ET. De ahí, se constató que “del total de tutelas únicas se encontró que fueron interpuestas

¹⁶⁹ Al respecto, se aclaró que no necesariamente significa que ellas son quienes consideran que tienen más vulneración del derecho a la salud, sino que puede ser un reflejo de la composición de la población colombiana, que según reporta el DANE, es 51,2% de mujeres y 48,8% de hombres.

¹⁷⁰ La cual fue reemplazada por la Circular Externa 001 de 2025.

¹⁷¹ Las EPS que presentan menores tasas de tutela son Anas Wayu EPSI, Dusawaki EPSI y Famisanar EPS con 0,11, 0,11 y 0,25 por 1.000 afiliados respectivamente.

¹⁷² La entidad no explicó a que se refiere el término “únicas”.

por 195.878 personas lo que corresponde a una proporción de aproximadamente de 1.21 tutelas por persona, demostrando que algunas personas han interpuesto múltiples tutelas¹⁷³.

Sobre el estudio de las tutelas en sí, el ente aseveró que “[e]n el año 2024, 195.878 personas presentaron 237.210 tutelas, en las que se identificaron 287.925 problemas jurídicos, 307.269 causas y 318.040 pretensiones. Esto demuestra que cada tutela involucra, en promedio, más de un problema, causa y pretensión, reflejando la complejidad del fenómeno de las acciones de tutela en salud”. También informó que la radicación de las acciones de tutela presenta un comportamiento que oscila entre 15.927 a 23.995, siendo el menor número de acciones en enero con el 6,7 % y el mayor en octubre, 10,1 %¹⁷⁴. El promedio mes fue de 19.767,5.

En cuanto a las providencias de primera instancia, el 72,8 % de los fallos de tutela concedieron todas las pretensiones de los accionantes y el 13 % parcialmente. Un 10,9 % de los casos, se dio como hecho superado y de un 3,4 % no se conoce la decisión. En segunda instancia, el 19 % (45.073) fueron impugnadas. Adicionalmente, se instauraron incidentes de desacato en el 10,3 % de los casos (2.436 tutelas), es decir el 89,7 % se cumplen por parte de las entidades responsables sin necesidad de intervención adicional.

Además, el 64,28 % de los accionantes (125.909), presentaron una sola pretensión dentro de sus acciones de tutela, El 34,99 %, de las personas (68.537) presentaron entre dos y seis. Solo el 0,66 %, (1.289) personas han presentado entre siete y 10 pretensiones. En ese orden de ideas, las fallas del SGSSS se reflejan en la negación, demora o postergación de servicios, procedimientos y medicamentos. Esto es especialmente crítico en casos de enfermedades complejas, de alto costo o crónicas, como el cáncer o el VIH/SIDA, donde el sistema no garantiza todos los elementos del tratamiento ni autoriza una atención integral. Además, la demora en la entrega de medicamentos, citas con especialistas o cirugías, agravada por las largas listas de espera, hace que los pacientes recurran frecuentemente a la acción de tutela para obtener atención oportuna.

El Ministerio analizó las tutelas por accionante y determinó que la gran mayoría de las personas, es decir el 83.35 %, (163.274) han presentado solo una acción de tutela, un 16.58 % (32.484) ha presentado entre dos y seis tutelas y el 0.051 % de personas han interpuesto entre siete y 10 tutelas.

Indicó la distribución de las tutelas discriminadas por problemas jurídicos: (i) por el problema jurídico 9, 117.625; (ii) 14, 53.751; (iii) 1, 39.135; (iv) 4, 17.710; (v) 16, 11.244; (vi) 17, 11.188; (vii) 8, 8.572; (viii) 13, 6.905 y; (ix) 7, 5.091; (x) 5, 3.839; (xi) 3, 3.804; (xii) 10, 3.345; (xiii) 18, 2.795; (xiv) 15, 1.536; (xv) 12, 562; (xvi) 11, 311; (xvii) y, 6, 294. De las 237.210 acciones de tutela reportadas en la Circular Externa 001 de 2025, se observó que el 40,9 % corresponden al problema número nueve, el 18,7 % al catorce y el 13,6 % al primero. Según el análisis de la distribución porcentual de estas causas, se evidenció que el 80% de los PJ estaban relacionados con servicios ya financiados por el PBS, mientras que el 20 % restante correspondía a prestaciones no incluidas dentro de dicha cobertura.

Aunado a lo anterior, las causas más recurrentes fueron la postergación y demora en los servicios, tecnologías y procedimientos que se encuentran incluidos en el PBS con un 64.7 %, y la no autorización de servicios o tecnologías prescritas por el médico tratante por Mipres, o servicios complementarios no financiados PBS, representan un 18.6 % de las tutelas interpuestas. Respecto de las pretensiones, las entidades de salud reportaron un total de 318.040, lo que equivale a un promedio de 1,6 pretensiones por cada amparo. La más frecuente corresponde a citas médicas con un 18.6 %, le siguen las solicitudes de procedimientos y tecnologías en salud con el 15,7 %, y solicitudes de medicamentos con el 11,1 %. Singularmente, el 61,1% están relacionadas con servicios de salud financiados por el PBS, mientras que un 23,9 % corresponden a servicios no financiados o expresamente excluidos de la cobertura.

A continuación, en las **Tablas 2 a 7**, la Sala resume la información concerniente a la valoración que se realiza de los documentos recibidos con posterioridad al 8 de noviembre de 2022¹⁷⁵.

Tabla 2. En cuanto a la metodología o la muestra
MSPS
<p>Sobre el 2022</p> <p>El 2 de mayo de 2022, explicó que la población objetivo para la muestra estuvo constituida por quienes acudieron en el 2022 a la tutela para la protección del derecho a la salud. A su vez, el marco de muestreo estaba representado por las tutelas registradas en la base de datos de la Corte. Se utilizó un método de muestreo probabilístico simple. La muestra estimada fue de 3075 tutelas. En este punto, resulta pertinente anotar que 2.675 tutelas fueron revisadas en la Corte Constitucional y, por primera vez, 382 tutelas, corresponden al muestreo del sistema de información documental de este Ministerio, según lo ya anotado.</p> <p>Sostuvo que una de las principales fortalezas metodológicas fue la posibilidad de revisar de primera mano el expediente completo de cada una de las tutelas seleccionadas y el levantamiento de la información relevante, a través de un formato estandarizado. El trabajo de campo (recolección de la información a partir de los expedientes físicos), fue realizado por personal de ese ente¹⁷⁶.</p> <p>Sobre el 2023</p> <p>El 5 de julio de 2024¹⁷⁷, advirtió que, la depuración que año a año se realiza consiste en separar las acciones de tutela impetradas contra actores del SGSSS, versus las incoadas contra regímenes exceptuados legalmente del SGSSS, o contra otra clase de actores “únicamente se utiliza para el análisis que anualmente se realiza en función del total de afiliados; de proyección poblacional; de tutelas por cada 1.000 afiliados y habitantes (visible para el caso del informe</p>

¹⁷³ Al analizar la proporción de tutelas únicas interpuestas a los actores del sistema, se encontró que, para las EPS en promedio, cada persona que interpone una tutela contra una EPS ha tenido que presentar 1.18 acciones legales. En cuanto a las IPS, cada persona en promedio ha interpuesto 1.48 tutelas y frente a las a las entidades territoriales, se encontró que en promedio 1.39 personas interpusieron un amparo.

¹⁷⁴ Para más información véase la Figura 6 del Anexo.

¹⁷⁵ Fecha en la cual se profirió el Auto 1680 de 2022.

¹⁷⁶ Informe electrónico remitido el 30 de mayo de 2023 por parte del MSPS.

¹⁷⁷ Radicado 2024112000166231.

de tutelas de 2023 en la tabla No. 3), en pro de determinar la tendencia creciente o decreciente de las tutelas, más no para otro tipo de ejercicios o análisis”.

En el reporte de 2023, el estudio del comportamiento de las tutelas a la luz de los problemas jurídicos y demás análisis allí realizados, se efectuó con base en la información que auto reportaron las EPS y demás entidades aseguradoras en cumplimiento de la Circular 04 de 2024. Expuso que “el aspecto diferencial respecto del informe de tutelas de 2023 está dado por la fuente de la que emanaron los datos, pues en 2021 y 2022, estos se recogieron a través de una muestra, directamente de los expedientes de tutela en las instalaciones de la Corte Constitucional, mientras que, en 2023, el recaudo se hizo de la información auto – reportada por las EPS y demás entidades aseguradoras, según lo instruido en la Circular Externa 04 de 2024”.

Pacientes Alto Costo

Sobre el 2022

Señaló que la inclusión de las tutelas donde se involucra el Ministerio no es adecuada metodológicamente porque “se partió de un muestreo probabilístico simple de la base de datos de la Corte y sumar esta muestra por fuera de la metodología del muestreo con que se seleccionan las demás es un método mixto”. Señaló que no se precisó si existe la posibilidad de que una misma tutela fuera incluida dos veces, ya sea porque fue seleccionada de la base de datos de la Corte en la que el Ministerio estaba involucrado, o porque, por el contrario, se optó por excluir aquellas en las que el Ministerio tuviera participación. En ese sentido, si se modificó el método de muestreo aleatorio simple, debió haberse aclarado en la metodología el criterio de exclusión aplicado. Determinó que se dan “aspectos del análisis que no compartimos y consideramos que hacen el informe menos técnico, superficial y contradictorio si se puede decir, ya que el argumento como el ministerio promueve la reforma al sistema de salud diciendo que cada día está en crisis, pero en este informe dice que las tutelas son bajas frente al número de atenciones y que están a la baja, ¿entonces hay o no hay crisis?”.

Advirtió que hubo cambio de la metodología para recolección de la muestra, en el 2021 se usó modelo estratificado. Resaltó que “[l]a muestra total de 2021 fue de 1.281 frente a 3.075 de 202[2] calculadas con mismo índice de confianza y margen de error con diferente metodología y número de tutelas de 80.325 y 135.785 respectivamente. Podríamos concluir que la muestra si se calculó con los que se describe en el informe si cumple estadísticamente la representatividad¹⁷⁸. Se determinó que el informe no presentó la distribución de las tutelas por departamento, correspondiente a la muestra seleccionada, lo cual es importante para poder comparar con la metodología del 2021.

Sobre el 2023

Sostuvo que era lamentable la no colaboración entre los organismos del Estado. El reporte anual para 2023, se podría contrarrestar con la fuente de la Corte para que todo el país hable de la misma cifra, al igual que con el informe de la Defensoría del Pueblo. Consideró que no todas las EPS cumplen con el envío de reportes. Por ejemplo, en una EPS de más del 10 % de participación sería grave. En su criterio en los informes no hay análisis de fondo por no tener más información que la requerida en cada tipo de registro. Indicó que faltó análisis cruzado entre las variables que se tienen y que los PJ (problemas jurídicos) deben ser reformulados en una mesa de trabajo con todos los actores y entes de control para que se obtenga una mejor radiografía del origen de las tutelas, para que sean los PJ los mismos con que se hagan todos los análisis de las tutelas y quejas del sistema de salud, de esa manera todos hablaríamos en los mismos términos¹⁷⁹.

Sobre el 2024

Consideró que no hacer obligatorios los campos de financiamiento, causas de demora, negación, y diagnósticos (incluidos los de enfermedades huérfanas) debilita el análisis. La ausencia de esta información impide identificar con precisión las patologías más afectadas para acceder al derecho a la salud. Aunque el 96 % de los casos están cubiertos por la UPC, conocer el financiamiento permitiría evaluar el impacto real de los giros por Presupuestos Máximos en 2024, especialmente en pacientes con enfermedades huérfanas. La información disponible se basa únicamente en reportes voluntarios, lo que limita su valor metodológico.

Afirmó que no se especifica el tamaño de la muestra utilizada mediante muestreo aleatorio no estructurado para la información de la Corte, aunque, en su criterio, se infiere que fue comparada con las 436.800 tutelas de la Circular 001/2025 para validar similitudes mensuales y regionales. Al excluir tutelas no objeto de análisis (no concesión o improcedencia), la muestra efectiva es de 237.210 tutelas (54 %) con vulneración al derecho a la salud. Llama la atención que muchas tutelas contra EPS quedaron fuera, lo que sugiere que en la mayoría no se configuró dicha vulneración, hecho que amerita mayor análisis. Aunque las dos fuentes muestran tendencias similares por tipo de afiliación y EPS, existen diferencias cuantitativas significativas, especialmente en el régimen contributivo, que podrían afectar la interpretación comparativa. Reprochó la mala calidad del dato del sistema de salud colombiano.

CSR (Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social)

Sobre el 2022

Manifestó que la iniciativa del MSPS de instaurar un sistema nacional de información interoperable “debe pasar de la fase de proyección a una fase de contratación y operativización, sin una herramienta de unificación y la obligación normativa de suministro de información se seguirá presentando la dispersión de datos¹⁸⁰. Resaltó que las medidas de protección de derechos como lo son acciones de tutela reclaman una estandarización de datos verificables entre las bases de datos de (i) la cartera de salud (ii) la Rama Judicial.

Relató que las tutelas, como mecanismo de protección de derechos, requieren una revisión tanto cuantitativa como cualitativa. Para garantizar la validez estadística de una muestra, se deben aplicar criterios técnicos recomendados por centros de análisis y encuestadoras, ajustando el tamaño de la muestra al volumen total de tutelas radicadas. Por ejemplo, si se presentan 300.000 tutelas anuales, podría considerarse una revisión mínima de 3.000 casos para mantener la proporcionalidad. Asimismo, se recomienda incluir criterios diferenciales para zonas rurales y dispersas,

¹⁷⁸ Documento del 31 de agosto de 2023.

¹⁷⁹ Documento del 18 de junio de 2024.

¹⁸⁰ Documento del 5 de septiembre de 2023.

donde el acceso a la tutela no es equitativo, sugiriendo requerir a las personerías informes que reflejen la realidad local. La necesidad de ampliar la muestra responde a una mejor comprensión del contexto, siendo clave para formular políticas públicas eficaces. Además, factores como demoras en citas, falta de atención física en EPS, no entrega de medicamentos y dificultades de acceso para personas mayores o sin medios virtuales, siguen incentivando el uso — racional o no— de la tutela como vía para garantizar el derecho a la salud.

Sobre el 2023

Reconoció que la Circular 004 de 2024 del MSPS contribuye en el proceso de organización y gestión de la información en el marco de los procesos por acción de tutela promovidos contra el sistema en salud. Identificó que solo será posible conocer los aspectos a mejorar al validar la forma de diligenciamiento y remisión de los datos, donde será viable contrastar que se haya hecho entrega de la información relacionada en debida forma. Destacó que era necesario conocer las dificultades de las instituciones obligadas en el diligenciamiento de la información, lo anterior con un único propósito de mejorar el flujo de información disponible.

Para el caso en concreto del informe del 2023 solo se tuvo como fuente de verificación los datos aportados por las EPS. El problema es que se trata de “las mismas Entidades accionadas en el marco de las acciones constitucionales, donde se presenta que la medición del número de tutelas es uno de los aspectos que se valora para efectos de cumplimiento de indicadores en materia de prestación del servicio, por lo anterior se corre el riesgo de perder objetividad, certeza y veracidad en el tipo de información suministrada”¹⁸¹. Manifestó que todo proceso de valoración y verificación de información reclama un ejercicio permanente de contraste de fuentes, lo anterior para garantizar un mayor campo de validación en relación con la información aportada.

Defensoría del Pueblo

Sobre el 2022

Indicó que las tutelas continúan en aumento¹⁸². Las zonas dispersas del país son las más afectadas, dada que, a la falta de sitios de atención, se suma la falta de especialistas, los cuales se concentran en las grandes ciudades. A lo anterior hay que agregar que, por las grandes distancias, la población de estas regiones tampoco puede acceder a la justicia para hacer valer sus derechos, lo cual se refleja en el bajo número de tutelas.

Consideró que el número de la muestra “es el adecuado para el margen de error y nivel de confianza, sin embargo, al reemplazar 382 expedientes en la muestra original con expedientes en donde el ministerio es vinculado en la tutela puede sesgar algunos resultados generales”¹⁸³. Por otro lado, expuso que la selección de muestra debería ser proporcional al número de tutelas en salud por departamento, para poder captar información de todas las regiones del país.

En cuanto a la calidad de la información que suministra la Corte, opinó que, además de las inconsistencias que ha encontrado Minsalud, la Defensoría ha visto problemas en los derechos invocados, “que hace que las tutelas en salud sean más elevadas, pues en muchas acciones, se encuentra el derecho a la salud en los hechos, pero no es grabado como derecho invocado”.

Así Vamos en Salud

Sobre el 2022

Explicó que para la información base sobre la cual se selecciona la muestra, es relevante la estructura de los datos para la selección de la misma. Es decir, que no presenten incompletitud, y garantice que en el análisis se encuentren representadas todas las variables que afectan su distribución, como; poblaciones, tipo de causas (problema jurídico), género, curso de vida, régimen, zonas, condición económica, entre otras.

Asimismo, como la selección de cada individuo es aleatoria, tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para la muestra, por tal motivo es importante establecer que, para los grupos de análisis mencionados, no se presente un sesgo en la completitud de universo de información asociado al respectivo grupo y por ende también reproduzca un posible sesgo en la muestra. El modelo de regresión lineal múltiple es apropiado para evaluar la relación existente entre una variable independiente y demás variables independientes o predictoras. Sin embargo, en esta técnica de regresión la selección de las variables es determinante en el poder explicativo del fenómeno a medir, en este caso el número de tutelas.

Recalcó que los resultados del modelo en el informe indican que solo aproximadamente el 21,31 % de la variabilidad en el número de tutelas por cada 10.000 habitantes puede ser explicada por las variables incluidas en el mismo. Determinó que el modelo puede estar limitado por el poco o mucho poder explicativo de las variables.

Expuso que el modelo también podría incorporar una variable que permita medir la dispersión geográfica del lugar de residencia de la persona. Por ejemplo, el informe indicó que el 30 % de los individuos que interponen la tutela corresponden a personas en condición de víctima del conflicto en las diferentes etapas del curso de vida. Señaló que “[d]e un total de 3.057 tutelas, 2.131 casos corresponden a personas que no hacen parte del Registro Único de Víctimas, mientras que 925 casos hacen parte de dicho registro. Lo anterior denota que al ser estas personas residentes en áreas rurales y dispersas del territorio o lejos de cascos urbanos, tienen limitaciones de oferta en la prestación de los diferentes tipos de servicios en salud”¹⁸⁴.

Sobre el 2023

Explicó que la fuente de información idónea para evaluar el comportamiento o realizar el análisis de las acciones de amparo debe ser la que reposa en el CSJ. Un aspecto importante que se indica es el mantenimiento de la estructura de reporte de la información, lo cual es relevante porque permitirá comparar con vigencias anteriores y analizar periodo a periodo el comportamiento de los problemas jurídicos¹⁸⁵.

Sobre el 2024

¹⁸¹ Documento del 20 de junio de 2024.

¹⁸² Informe transversal del 10 de agosto de 2023.

¹⁸³ Documento del 17 de agosto de 2023.

¹⁸⁴ Documento del 31 de agosto de 2023.

¹⁸⁵ Documento del 14 de junio de 2024.

Relató que la Circular 001 de 2025 establece un lineamiento para el levantamiento de la información relacionada con dichas acciones, sobre el cual se realizó un trabajo de asistencia técnica con las entidades encargadas del reporte. Las acciones del MSPS estuvieron dirigidas a mejorar la calidad del reporte mediante la asistencia técnica. Manifestó los análisis de tendencia histórica de las tutelas por población y afiliación se construyen sobre la base de la Corte y los análisis de profundidad sobre población, tutelas, territorio y actores se realizan sobre la información reportada en la Circular Externa 001. Esta última representa el esfuerzo del Ministerio por crear una base autónoma, completa y depurada para consolidar la medición de tutelas, superando las limitaciones de otras fuentes.

Agregó que, aunque la serie histórica de la Corte se conserva para análisis de tendencia, el cambio de fuente y estructura de datos implica una ruptura metodológica que afecta la comparabilidad directa entre los informes de 2022, 2023 y 2024. Por otra parte, destacó que Minsalud “introduce como fuente principal la base construida a partir de la Circular Externa 001 de 2025, con ajustes en la estructura, más variables, listas estandarizadas y datos desagregados, lo que dificulta comparaciones directas con 2022 y 2023, cuyos datos no estaban estandarizados ni consolidados de forma sistemática”.

Gestarsalud

Sobre el 2022

Aseveró que la muestra anexada por la cartera de salud se eligió con el objetivo de proporcionar estimaciones confiables para un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %. No obstante, relató que existen desafíos y limitaciones asociados a la muestra. Al respecto, indicó que el informe analizado no presentó un panorama confiable del universo de tutelas en Colombia, pues no expuso todas las causas y asuntos discutidos en sede de acción de tutela, “ya que solo obedece a un análisis de tutelas donde algunos Despachos Judiciales han vinculado al [MSPS]”¹⁸⁶.

Manifestó que los criterios de selección de la Corte guían la inclusión de casos y, por lo tanto, pueden no representar todas las problemáticas generales ni causas discutidas a nivel nacional. Sugirió realizar un estudio conjunto con todas las EPS para examinar la totalidad de amparos que maneja cada una, ya que permitiría identificar problemas estructurales, funcionales y financieros, con lo que se desarrollarían soluciones para reducir su presentación y mejorar el sistema de salud.

Para el interviniente, el análisis utilizó la técnica de regresión múltiple para estudiar la relación entre diversas variables socioeconómicas y el número de tutelas en salud por departamento, considerando indicadores como PIB per cápita, población, cantidad de IPS, pobreza multidimensional y tutelas por cada 10,000 habitantes. Esta permite explorar correlaciones útiles, aunque requiere una adecuada sincronización temporal y una mayor amplitud de variables para lograr resultados más precisos. A pesar de su valor, se deben tener en cuenta ciertas limitaciones al interpretar los hallazgos. Verbigracia, mencionó que el documento de la cartera de salud se refirió a información de 33 departamentos, pero nuestro país cuenta con 32, lo que supone una inconsistencia.

Sobre el 2023

Relató que la recolección de datos conforme a la Circular 004 de 2024 requiere ajustes por parte del MSPS para ser considerada una herramienta idónea para obtener el insumo analizar las acciones de amparo. Se cuestiona que la estructura del reporte exigida por la circular no garantiza una descripción precisa de las tutelas y sus causas, debido a limitaciones en la codificación de los problemas jurídicos y las fuentes de financiación, que no abarcan casos fuera del ámbito estrictamente sanitario. Además, se obliga a reportar tutelas improcedentes o no relacionadas con la garantía del derecho a la salud como si sí lo fueran, lo cual puede distorsionar la información. También se señala que no existe la opción de reportar irregularidades como notificaciones indebidas, lo que compromete la fidelidad del análisis y podría inducir a interpretaciones erróneas.

Consideró que el análisis de las tutelas presentadas durante el año 2023 puede no ser adecuado para evaluar de manera completa y precisa las acciones de amparo, así como el GED. En definitiva, “aunque los datos de las EPS son valiosos, depender exclusivamente de ellos sin un ejercicio metodológico riguroso no es adecuado para el análisis de las tutelas en el sistema de salud”¹⁸⁷.

Sobre el 2024

Indicó que la recolección con base en la Circular 001 de 2025, “[n]o resulta idónea a fin de realizar un análisis objetivo de acuerdo con lo preceptuado por la Sentencia T-760, en razón a que el objetivo de ésta también lleva consigo atender las realidades del Sistema y esto incluye casos y/o (sic) situaciones sui generis que deben redundar en su respectivo análisis y no un análisis por analogía, ya que ello genera zonas grises y ambigüedades”. Destacó que:

“desde una de nuestras asociadas se identifica una medición donde, en los siguientes casos se presentan inconvenientes en el ejercicio:

- En los casos de accionante persona jurídica, cuyo tipo de identificación es NIT, no es posible reportar por no encontrarse en tabla de referencia de tipo de identificación.
- En los casos de accionante persona jurídica o personas naturales no afiliadas, no se cuenta con información de fecha de nacimiento por no encontrarse en base de datos, y en la mayoría de las veces los despachos judiciales no corren traslado de acción de tutela con documento de identidad del accionante, por lo cual no se logró diligenciar la información en el campo y no se pudieron reportar.
- En los casos en que existe impugnación, pero no se cuenta con decisión de impugnación, por ser obligatorio el campo decisión de segunda instancia, no se pudo reportar”.

Por lo que, consideró que tal situación justificaba una revisión y ajuste en la estructura del reporte.

ACEMI

Sobre el 2022

Sostuvo que se requiere una fuente autónoma de información que le permita al Ministerio realizar un mejor análisis de la problemática subyacente a las acciones de tutela. Destacó la importancia de una metodología que permita un

¹⁸⁶ Documento del 14 de noviembre de 2023.

¹⁸⁷ Documento del 19 de junio de 2024.

acceso al universo total de fallos “de tal manera que la muestra sea suficientemente representativa y no tenga sesgos como son, los criterios de selección para revisión por parte de la H. Corte Constitucional, o la vinculación del Ministerio de Salud y Protección Social al proceso de tutela”¹⁸⁸.

Aunado a lo anterior, argumentó que la metodología no es clara en cuanto a la aplicación de la fórmula para estimar el tamaño muestral. En su criterio, no se describió el procedimiento de selección para la muestra. Aunque el método realizado fue un muestreo probabilístico simple, no quedó explícito cómo fue aplicado, “esto es, si la aleatorización y selección se realizó con técnicas manuales o asistidos por software, con el fin de garantizar que cada tutela del 2022 tenía la misma probabilidad de ser seleccionada”. Por el contrario, se señaló que “la muestra se recolectó como una encuesta continua a lo largo de las semanas del año 2022, que se fue acumulando para el reporte del correspondiente período”. Lo anterior implica que no se contaba con todo el marco muestral. Determinó que más que el dato matemático de que la muestra sólo representa el 2.5% de todas las tutelas del 2022, hay una duda razonable de si esas 3075 tutelas realmente representen el comportamiento de todas las tutelas del 2022, teniendo en cuenta que no hay claridad sobre la base metodológica de la cual se parte.

El informe de tutelas se basa en datos agregados por departamento, no en información individual, lo cual genera limitaciones importantes. Entre ellas, al suponer que las tendencias observadas a nivel colectivo aplican también al nivel individual. Por tanto, conclusiones como la relación inversa entre pobreza multidimensional y la tasa de tutelas deben tomarse como hipótesis y no como certezas, ya que requieren estudios más robustos para ser comprobadas. En síntesis, la técnica de regresión múltiple utilizada en el análisis de datos de las tutelas por departamentos no resulta útil y, por el contrario, genera confusión en la interpretación de resultados.

Sobre el 2024

Relató que la recolección de datos con base en la Circular 001 de 2025 representa un avance importante en la consolidación de una fuente primaria para el análisis de las acciones de tutela por vulneración del derecho a la salud, pero consideró que la idoneidad de esta recolección dependerá de varios factores, como son “la correcta implementación por parte de las entidades obligadas a reportar y la claridad en las instrucciones para el diligenciamiento; que los campos permitan la desagregación por variables clave como régimen de afiliación; ubicación geográfica; tipo de servicio o tecnología solicitada; y tipo de vulneración alegada”. Afirmó que la información reportada no permite analizar las causas externas de las tutelas que no dependen de la EPS. Agregó que “la Circular Externa 001 de 2025 aplica solamente para las EAPB e IPS, sin tener en cuenta el INVIMA, los gestores farmacéuticos operadores logísticos de tecnologías en salud, otros proveedores de tecnologías de salud, y demás actores del sistema general de seguridad social en salud”.

Sobre la medición, indicó que, la dependencia exclusiva de las cifras autorreportadas puede limitar su robustez, especialmente cuando no existe un mecanismo eficiente de verificación independiente. Particularmente, destacó que “la actualización de la metodología y la conformación de una nueva fuente de información que incluye nuevas clasificaciones hace que los informes no sean comparables”. También sostuvo que “[a]l margen de lo anterior, desde el punto de vista metodológico también es relevante analizar la incidencia que tuvo las modificaciones de la Circular 01 de 2025 frente a las entidades a reportar. Se incluyeron a los prestadores de servicios de salud para la vigencia 2024, pero no es claro si esta información se cruzó con la de afiliación reportada por la EPS, en orden a no generar registros duplicados. La precisión sería pertinente porque existen tutelas en las que la entidad accionada es tanto la IPS como la EPS”.

ACHC (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas)

Sobre el 2023

Señaló que la recolección realizada conforme a la Circular 004 de 2024¹⁸⁹, si bien es representativa e importante, puede no ser completa, toda vez que no es posible establecer si logra cubrir el universo total de dichas acciones y por lo mismo, si reflejan la realidad de los requerimientos de los usuarios del sistema. Es preciso tomar y analizar dichos datos con otras fuentes primarias de información, a fin de no incurrir en sesgos o selecciones de muestra que dejen fuera a la totalidad¹⁹⁰.

En virtud del principio constitucional de colaboración armónica, estimó que la entidad llamada a proporcionar la información al Ministerio de Salud, como fuente primaria, es el CSJ, “por ser la encargada del Gobierno y la administración integral de la Rama Judicial y quien de manera inequívoca, completa y permanente tiene el registro de las acciones de tutela incoadas”. Aseveró que se debe tener en cuenta información de otras entidades, tales como la SNS y la Defensoría del Pueblo, cuyo estudio histórico ha sido un importante observatorio en la materia. Revisar y contrastar la fuente primaria del registro con otros estudios y reportes puede derivar en un análisis más integral que permita a su vez una mejor toma de decisiones y medidas para corregir lo necesario.

Sobre el 2024

La Circular 001 de 2025 constituye un avance significativo en la recolección de datos para analizar las acciones de tutela en salud. Refuerza el carácter obligatorio del reporte y eleva el nivel de exigencia técnica y operativa para las entidades. Se advirtió que desde las IPS se espera que este nuevo mecanismo de recolección permita mejores análisis y la toma de medidas frente al tema y en especial que se valoren todas las fuentes a fin de que no se generen reprocesos. Insistió en la necesidad de correlacionar diversas fuentes, pues “si bien los agentes del sistema se han prestado a cumplir con las exigencias, se espera también que a través de colaboraciones interadministrativas y del órgano judicial se puedan realizar análisis integrales”. Destacó que “diferencias metodológicas y de contenido afectan la comparabilidad entre años, pues los cambios en el alcance y en las variables analizadas introducen sesgos

¹⁸⁸ Documento del 6 de septiembre de 2023.

¹⁸⁹ Mediante la cual se instruyó a las EPS y demás entidades aseguradoras para que reportaran información relacionada con las acciones de tutela que se presentaron en su contra y que invocaban el derecho a la salud en el 2023.

¹⁹⁰ Documento del 18 de junio de 2024.

que pueden dificultar una lectura continua de las tendencias. Por ello, aunque se avanza hacia una consolidación del análisis, es importante armonizar retrospectivamente algunos elementos si se quiere hacer un análisis longitudinal riguroso”. Concluyó que la comparabilidad total se limita por la evolución en la calidad de las fuentes, el uso de diferentes metodologías y el nivel de detalle alcanzado en cada año.

Tabla 3. De los (PJ) problemas jurídicos

Pacientes Alto Costo

Sobre el 2022

Indicó que, en el diagnóstico de los problemas del sistema de salud, uno es la falta de profesionales en las especialidades médicas siendo unas más críticas que otras, por lo tanto, es una de las razones de las tutelas y quejas al sistema, y dentro de análisis de sus quejas también está entre las dos primeras causas. Otro factor que se ha detectado durante estos años es la falta de contratación de las EPS con IPS que ofrecen estos servicios, y la falta de control de la SNS en el seguimiento de red contratada según número de afiliados donde está habilitada cada EPS. Sostuvo que “[e]l tema de cartera a la red contratada cuando supera más de 60 días afecta la atención debido a que las IPS no dan citas y responden que no hay agenda, pero si se llama diciendo que es de una EPS que este al día si hay agenda”¹⁹¹. Resaltó que existe una “cola en la atención post pandemia de COVID 19, ya que la OMS advirtió que ponerse al día el mundo en la atención médica llevaría por lo menos tres años”.

Estimó que las variaciones de las acciones de amparo en cada problema jurídico -reportado para esa vigencia- se debió a:

“El mal servicio de EPS con problemas financieros ha aumentado, lo que lleva a que no le vendan servicios y por lo tanto el paciente no tiene atención y termina en quejas y/o tutela. La crisis de hospitales publico afectan la atención del régimen subsidiado y del contributivo en municipios donde esta red es la única que existe.

Las EPS han mencionado que el tema de la reforma del sistema de salud ha generado angustia y que llevo a los colombianos a demandar más servicios de salud, teoría que a hoy no la han soportado con cifras.

Se ha denunciado fuga de profesionales a la Unión Europea lo que aumenta la crisis de este personal pero no se encuentra cifras oficiales de este problema.

Muchos especialistas pensionados que seguían trabajando, después de COVID disminuyeron su tiempo de trabajo ante replanteamiento de sus vidas.

Una hipótesis no soportada por falta de acceso a información es alguna posible estrategia de las EPS en contener el gasto ante expectativa de la reforma de salud”.

Sobre el 2023

En el análisis por PJ de las tutelas en salud, se destaca la alta proporción de casos relacionados con servicios complementarios (51 %), cuidadores y enfermería (75 %) y medicamentos UNIRS (91 %). En el PJ3, se plantea que muchas tutelas provienen de usuarios de medicina prepagada que recurren al SGSSS por falta de cobertura o capacidad de pago, sugiriendo permitir el uso complementario del sistema público. En el PJ4, las EPS niegan servicios por no estar en el PBS, generando confusión entre el antiguo POS y el sistema actual. En el PJ5, los problemas derivan principalmente de cobros de copagos y cuotas de recuperación, especialmente en el régimen subsidiado. Otros PJ como el PJ7, PJ8 y PJ13 requieren análisis complementarios con bases de datos como la BDUA, para comprender su impacto real en incapacidades, pérdida de afiliación y otras barreras injustificadas.

Por su parte, el PJ9 representa el 40 % de las tutelas y afecta la atención general del sistema, contradiciendo informes oficiales sobre tiempos de oportunidad. Junto con los problemas por procedimientos médicos (PJ10, 26 %) y entrega de medicamentos (PJ17, 19 %), se concentran el 88 % de los casos, evidenciando fallas estructurales graves en el SGSSS. El PJ14 resalta inconsistencias numéricas y situaciones inadmisibles como tutelas por tratamientos estéticos funcionales, mientras que el PJ16 refleja el uso legítimo de la tutela conforme a la ley estatutaria. El PJ17 evidencia barreras en el pago de incapacidades, utilizadas para desmotivar el cobro y forzar a los usuarios a recurrir a la tutela. Finalmente, el PJ18, con 5.774 casos, aunque bajo, requiere compararse con la cifra de desafilaciones mensuales para valorar su impacto real. Todo esto refuerza la necesidad de ajustes estructurales en EPS, IPS, Supersalud y el Ministerio para garantizar un acceso real, oportuno y efectivo a la salud.

CSR

Sobre el 2022

Relató que los 18 problemas jurídicos identificados tienen un patrón común que se presenta por falta de gestión administrativa de los casos, que se conjuga con los retrocesos que causa el no reconocimiento de situaciones¹⁹².

Sobre el 2023

Relató que la disminución de tutelas asociadas al problema jurídico 9 no puede atribuirse a una única causa. Esta reducción responde a (i) factores sociales, como la práctica sistemática de las EPS de negar servicios amparados por la ley usando argumentos desactualizados, lo que ha generado una judicialización del sistema de salud; (ii) factores institucionales, como el fortalecimiento de los mecanismos de control de la Supersalud, que han permitido resolver ciertos casos por vía administrativa; y (iii) medidas de control derivadas de intervenciones forzosas a EPS, que han incrementado la presión para cumplir con la atención oportuna y evitar sanciones o liquidaciones.

Sin embargo, esta disminución no implica una mejora estructural del sistema, ya que en 2023 aumentó el número total de tutelas en salud. Esto indica que, aunque algunas problemáticas como el PJ9 hayan bajado en proporción, persisten deficiencias en el acceso, oportunidad y garantía del derecho. Por ello, se requiere una gestión más rigurosa del riesgo en salud y un enfoque integral de control y sanción a las EPS.

Defensoría del Pueblo

Sobre el 2022

Resaltó que el comportamiento de las acciones de tutela por problema jurídico evidencia que los problemas 1, 3, 5, 9 y 17 aumentaron, el 18 disminuyó, el 7 no reportó tutelas, el 8 y 10, no tienen datos de proporción de muestra en

¹⁹¹ Documento del 31 de agosto de 2023.

¹⁹² Documento del 5 de septiembre de 2023.

2021 pero en 2022 registraron proporciones de muestra de 0,2 % y 0,0 %, respectivamente, siendo los problemas 9 y 15, los que agrupan el mayor número de tutelas.

Sostuvo que las patologías más frecuentes en las tutelas fueron tumores (siendo el cáncer de mama el más común), enfermedades osteomusculares (como artrosis de rodilla), y del sistema circulatorio (principalmente enfermedades cerebrovasculares). El promedio de solicitudes por tutela aumentó a tres, con un alza significativa en pedidos de servicios y tecnologías en salud (86,27 %), viáticos y transporte (más del 100 %), tratamientos integrales y medicamentos. Las citas médicas más requeridas fueron en ortopedia, oftalmología y neurología. El 96,46 % de las solicitudes se enmarcaron en el PBS, financiado principalmente por la UPC. Los medicamentos más solicitados fueron antiinflamatorios, hormonales y antihipertensivos. El aumento en viáticos y transporte refleja la necesidad de movilizar pacientes a regiones donde sí se presta atención especializada, lo cual genera barreras económicas. Las zonas dispersas del país son las más afectadas, debido a la falta de sitios de atención, se suma la falta de especialistas, los cuales se concentran en las grandes ciudades. A lo anterior se suma que, por las grandes distancias, la población de estas regiones tampoco puede acceder a la justicia para hacer valer sus derechos, lo cual se refleja en el bajo número de tutelas.

Así Vamos en Salud

Sobre el 2022

Advirtió que el problema jurídico 9 hace referencia a la postergación y demora en el suministro de los servicios y tecnologías o inconvenientes con la oportunidad al acceso de dichos servicios. Este implica diferentes situaciones que impiden el acceso efectivo a los servicios en salud, hechos relacionados con la oferta de especialista, centros especializados o de diferentes niveles de atención, características regionales o de dispersión geográfica que limiten la oferta en el lugar de residencia o aun así en cascos urbanos cercanos, articulación de la red de prestadores y su oportuna contratación. También existen otros factores asociados a la disponibilidad o la articulación de los agentes involucrados en la prestación (EPS, IPS, operadores logísticos de medicamentos) que fragmentan la misma. Los traslados de los afiliados por la liquidación de EPS pueden constituirse en otro factor que explique esta controversia.

Sobre el 2023

Las causas del PJ 9 incluyen la escasez de especialistas, limitaciones geográficas, falta de centros adecuados, y fallas en la articulación entre EPS, IPS y operadores logísticos. Además, los traslados de usuarios por la liquidación de EPS han interrumpido la continuidad de tratamientos, agravando la situación. Aunque la representatividad del PJ9 bajó del 76,4 % en 2022 al 45 % en 2023, el número total de tutelas no disminuyó, lo que sugiere que otros problemas jurídicos están ganando protagonismo, como el PJ1 (26,2 %), también relacionado con barreras en el acceso a servicios.

A diciembre de 2023, los tiempos promedio de espera para especialidades clave como medicina interna, cirugía u obstetricia oscilaron entre 8 y 11 días, mientras que para medicina general fue de 3,24 días. En comparación con países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), como España, Colombia presenta mejores tiempos en ciertos servicios. Sin embargo, los tiempos para iniciar tratamiento oncológico siguen siendo elevados: 105 días para cáncer de mama y 118 para cérvix, lo cual refleja desafíos persistentes. Cabe destacar que los datos de 2023 provienen de la Circular 004 de 2024, lo que puede introducir sesgos al comparar con años anteriores.

Sobre el 2024

Manifestó que el análisis de la totalidad de los PJ se puede considerar como un avance en la metodología, porque permite profundizar en todas las causales que rodean las acciones de amparo en el sistema de salud. Ello permite diseñar intervenciones más específicas según el tipo de vulneración y problema jurídico, y da una visión integral que explica con más claridad las causales asociadas a los problemas jurídicos.

El problema jurídico 9 puede estar explicado por diferentes situaciones que impiden el acceso efectivo a los servicios en salud; hechos relacionados con la oferta de especialistas, centros especializados o de diferentes niveles de atención, las características regionales o de dispersión geográfica que limitan la oferta en el lugar de residencia, así como en cascos urbanos cercanos. También existen otros factores asociados a la disponibilidad y articulación de los agentes involucrados en la prestación (EPS, IPS, operadores logísticos de medicamentos).

Gestarsalud

Sobre el 2022

Sostuvo que, en los últimos tres años, el problema jurídico 9 ha sido el más frecuente debido al aumento de acciones de tutela relacionadas con servicios PBS, fenómeno influenciado por la pandemia de Covid-19, la cual generó una demanda represada que se reflejó en años posteriores, especialmente con la normalización del sistema en 2022. Además, múltiples factores como cambios demográficos, normativos, cierres judiciales, restricciones de movilidad, protestas sociales y prioridades médicas durante la emergencia sanitaria afectaron la frecuencia de tutelas. Se destaca que algunas causas requieren un análisis más profundo y detallado para entender completamente esta tendencia.

Afirmó que la causa de “demora en el suministro de los servicios, tecnologías e insumos prescritos por MIPRES” alegada por Minsalud no debió incluirse en el problema jurídico 9 porque estos servicios no hacen parte del Plan de Beneficios en Salud financiado (excluidos). Según la Corte Constitucional, “si un servicio ha sido prescrito a través de MIPRES, esto implica que dicho servicio no forma parte del plan de beneficios en salud ya financiado”. Por tanto, la problemática se centra en garantizar el acceso efectivo a los servicios que sí están contemplados y financiados, y no a aquellos por fuera del plan. Destacó que, aunque se incrementó el número de acciones de tutela, Minsalud reconoce que la tendencia es baja a comparación de los años previos al Covid-19.

Sobre el 2023

Indicó que la disminución en la representación porcentual del problema jurídico 9 en 2023 frente a 2022 sugiere una mejora en la gestión de las EPS, respaldada por estrategias como el fortalecimiento de redes prestadoras, mejor articulación con las IPS, asistencia técnica y canales de atención más eficientes. No obstante, el hecho de que este problema sea el más recurrente en las tutelas durante los últimos tres años evidencia que persisten desafíos estructurales, especialmente en la asignación oportuna de citas con especialistas y la entrega de medicamentos.

<p>La falta de personal médico, particularmente especialistas, es uno de los principales factores que limita la capacidad de respuesta del sistema, afectando directamente la oportunidad en la atención. Con solo 2,5 médicos por cada 1.000 habitantes, Colombia está por debajo del promedio de países OCDE, lo que genera demoras significativas en la atención especializada.</p>
ACEMI
<p>Sobre el 2022</p> <p>Indicó que la “oportunidad” como causa principal en la radicación de tutelas durante los últimos tres periodos, es el resultado de múltiples causas sistémicas que no atienden solamente a la interpretación de una deficiencia organizacional del sistema¹⁹³, sino que, como se ha venido identificando, se debe a un posible problema de disponibilidad y de aumento en deficiencias relacionadas con el manejo de las barreras de acceso.</p> <p>Estas barreras, salvo las administrativas cuyo mejoramiento es tarea de las EPS e IPS, pueden verse inducidas por condiciones de desigualdades material y económicas, que de manera general afectan el acceso a servicios de salud de calidad, y que no pueden ser atendidas con recursos del sistema de salud, sino que requieren una intervención efectiva por parte del Estado y sus ET. Por otra parte, no se distingue claramente la diferencia entre las causales sobre demora en la entrega de insumos quirúrgicos o médicos prescritos y financiados por la UPC, ya que en ambos casos se trataría de servicios incluidos en el PBS. Generalmente, estas demoras no son responsabilidad directa de la EPS, sino que obedecen a factores externos como falta de disponibilidad en las IPS, retrasos en trámites de importación, problemas de producción o abastecimiento, conflictos internacionales como la guerra en Ucrania, y restricciones de movilidad por el Covid-19, entre otros, lo que excede el control de las EPS. Manifestó que:</p> <p style="padding-left: 40px;">“se debe tener en cuenta que la tabla solo está mostrando el número de tutelas por problema jurídico a partir de la muestra seleccionada. De acuerdo con el informe de tutelas del Ministerio de Salud correspondiente al año 2021, la muestra utilizada fue de 1282 tutelas, en contraste con las 3057 para el año 2022. Esto explica claramente la diferencia en términos de valor absoluto, es decir, para el caso del problema jurídico 9, se analizaron 953 tutela en 2021 y 2337 en 2022; es incorrecto interpretar estos datos como un incremento de tutelas, ya que el tamaño de la muestra del 2022 fue 2.4 veces mayor al tamaño de la muestra utilizado en 2021”.</p> <p>Concluyó que la proporción en las tutelas según problema jurídico es muy similar. Solo observó diferencias en los problemas jurídicos 17, 18 y 16, posiblemente atribuibles a la utilización de una técnica de muestreo diferente en el 2022. Por tanto, no hay un incremento importante en la proporcionalidad, o participación relativa.</p> <p>Sobre el 2024</p> <p>Señaló que el MSPS nunca explicó cómo las medidas que referenció e relacionan con la solución a la problemática del PJ 9, ni se evidencian resultados tangibles sobre la mejora en el acceso a los servicios de salud requeridos por los habitantes del territorio nacional desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y palpación cuando se requiera. Estimó que el Gobierno no ha atendido la necesidad sentida en el SGSSS, de reglamentar los tiempos máximos de espera para ciertas especialidades.</p>
ACHC
<p>Sobre el 2023</p> <p>En cuanto a la disminución de tutelas relacionadas con el problema jurídico 9 de la Sentencia T-760 de 2008 (referido a la falta de oportunidad en el acceso a servicios ya incluidos en el plan de beneficios), se reporta una caída del 76,4 % en 2022 al 45 % en 2023. Diferencia que debe tomarse con cautela, ya que los datos de ambos años provienen de fuentes distintas: en 2022 de la Corte y el Ministerio y en 2023 de los reportes de las EPS según la Circular 04 de 2024, lo que impide afirmar con certeza que haya una reducción real y no simplemente un cambio metodológico.</p> <p>Además, señaló que la mayoría de estas tutelas corresponden a responsabilidades de las EPS, que no garantizan de manera oportuna servicios programados como consultas, exámenes, cirugías y entrega de medicamentos. La causa principal sería la insuficiencia de la red hospitalaria contratada, lo que obliga a los usuarios a acudir a la tutela para exigir servicios UPC. Por tanto, insiste en que las EPS deben asegurar de forma efectiva y oportuna la prestación integral de los servicios contemplados en el PBS, sin que la tutela sea el canal ordinario para su acceso.</p> <p>Sobre el 2024</p> <p>La inclusión completa de los 18 problemas jurídicos en 2024 representa un avance metodológico relevante. La tendencia ascendente del problema jurídico 9 evidencia una problemática estructural que puede estar relacionada con diversos factores. Desde la perspectiva de las IPS, consideramos que puede tener relación con la deficiente gestión de redes de prestadores por parte de las EPS.</p>

Tabla 4. Identificación de las fallas funcionales, estructurales y financieras en las que incurren los actores del sistema de salud
CSR
<p>Sobre el 2022 y 2023</p> <p>Indicó que para el año 2022 y 2023 se evidencia un incremento en las quejas y reclamos y acciones de tutela interpuestas, lo cual refleja que los casos de negaciones de derechos no disminuyeron realmente. Lo que disminuyó en el 2020 y 2021 fueron los pacientes que requerían del servicio en salud, al tener que focalizar todos los esfuerzos en la contención de la pandemia, la frecuencia en la atención de pacientes se modificó.</p> <p>Recalcó que se debe prestar un especial énfasis a la materialización de delitos contra la administración pública, en relación con el manejo de los recursos de destinación específica en materia de salud, que repercuten de forma estructural en el funcionamiento del sistema.</p>
Defensoría del Pueblo
<p>Sobre el 2022</p>

¹⁹³ Determinadas, entre otras, por: el manejo de los recursos, por fallas en la ejecución de los procesos planificados previamente, por parte del personal que trabaja en las instituciones; por la insuficiencia de personal; por inadecuados modelos de contratación y pago, entre otros

<p>Relató que encontró los principales problemas que afrontan los afiliados son la falta de acceso a medicamentos, lo que afecta especialmente a pacientes crónicos y psiquiátricos cuyos tratamientos se encuentran suspendidos, así como la falta de oportunidad en las citas médicas especializadas, estas son situaciones generalizadas.</p> <p>Añadió que 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, ha ampliado la cobertura geográfica para la interposición de tutelas.</p>
Así Vamos en Salud
<p>Sobre el 2022</p> <p>Expuso que se debe tener presente que, en los últimos años la demanda de servicios en salud se ha incrementado, lo que hace necesario fortalecer la red de atención en todos los ámbitos con el fin de garantizar resultados adecuados. Además, los factores demográficos inciden en la oportunidad de la prestación considerando que, en algunas zonas del país se puede presentar un déficit en la oferta de tipos de servicios y en la atención especializada, sumado a que las personas se deben desplazar hacia un casco urbano para ser atendidas, adicionando la posibilidad que se presenten demoras o postergaciones de citas de atención.</p> <p>Sobre el 2023</p> <p>Agregó que, en los últimos cinco años, la mayor cantidad se concentra en la falta de oportunidad en procedimientos médicos, entrega de medicamentos o insumos, tratamiento integral y la asignación de citas médicas. Sostuvo que las medidas adoptadas deben atender con más profundidad las necesidades financieras del sistema, su operación y funcionamiento, para evitar que se acentúe la vulneración del derecho fundamental a la salud de la población.</p>
Gestarsalud
<p>Sobre el 2022</p> <p>Los factores socioeconómicos y demográficos influyen mucho en que las personas deban recurrir a la tutela para acceder a servicios de salud. En municipios lejanos, muchas veces las personas no tienen ingresos suficientes para cubrir transporte o viáticos, y no hay servicios médicos disponibles cerca. Además, el abandono estatal y la baja inversión agravan la situación.</p>
ACEMI
<p>Sobre el 2022</p> <p>Aseveró que el incremento de la oferta o de la capacidad instalada de los prestadores de un territorio no va a la misma velocidad de la demanda en salud¹⁹⁴, lo que se refleja en mayor instauración de acciones de tutela.</p>

Tabla 5. Sobre el comportamiento de las acciones de tutela

Las acciones de tutela en 2022.
<p>Pacientes Alto Costo. Indicó que las tutelas se han incrementado, lo que puede ser por: el mal servicio de las EPS por problemas financieros, crisis en los hospitales públicos que afectan la atención del RS, la angustia que ha generado en los pacientes la reforma a la salud, la crisis de personal por la fuga de profesionales a la Unión Europea, la disminución de especialistas pensionados como consecuencia del Covid-19 y la estrategia de las EPS en contener gastos por la reforma a la salud.</p> <p>CSR. Evidenció un aumento de las tutelas, dado que muchas de ellas son radicadas por un mismo usuario sobre temas similares o conexos que llevan a un uso no racional. Las causas que más se evidenciaron para interponer tutelas fueron: periodos prolongados de tiempo para acceso a citas, ausencia de canales de atención físicos porque se limitan a atenciones virtuales potencialmente ineficientes, la no entrega de medicamentos y las dificultades de acceso al sistema para personas de la tercera edad, personas en condición de discapacidad y personas sin acceso a medios digitales de apoyo. Agregó que frente al 2022 no es que existiera un aumento exagerado en la presentación de tutelas, sino que para el 2020-2021, el sistema de salud se focalizó en los pacientes de Covid-19.</p> <p>Defensoría del Pueblo. Manifestó que para el 2022 se registraron 74,721 tutelas en relación con el derecho a la salud, y que las causas son: obtención de citas especialistas, entrega de medicamentos, realización de exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas. Consideró que este aumento también se puede derivar de las liquidaciones de EPS, lo que genera redistribución de pacientes en las otras entidades y dificulta aún más el acceso al derecho a la salud, haciendo mención especial a departamentos donde una sola EPS abarca más del 70 % de la población, por lo que evidencia un alza en las estadísticas de acciones de tutela por falta de medicamentos.</p> <p>Manifestó que en el 2022 el número de tutelas aumentó un 69 % con relación al año anterior. Resaltó que no comparte que para la cartera de salud “la tendencia es a la baja cuando lo compara con cifras registradas antes de la pandemia, aun conociendo que estos indicadores fueron los más altos observados desde que este mecanismo es usado por los usuarios de salud”. Indicó que el Ministerio en su intento de buscar explicación a las causas de las tutelas crea un modelo estadístico no muy claro, en donde busca justificar las causas de la interposición de tutelas en factores externos a la problemática de salud, como el producto interno bruto “departamental, el índice de pobreza multidimensional de 2020, la población colombiana de 2022 y el número de IPS de 2023”.</p> <p>Así Vamos en Salud. expuso que en el modelo se podría incorporar una variable de dispersión geográfica del lugar de residencia del accionante para esclarecer las condiciones de vulnerabilidad de cada caso en particular, como de las poblaciones rurales o víctimas del conflicto armado y así medir las limitaciones de oferta en la prestación de los diferentes tipos de servicio de salud en todo el territorio nacional.</p> <p>Gestarsalud. Indicó que en comparación con el año anterior si se observó un alza en la cantidad de tutelas radicadas, pues al salir de la crisis sanitaria del 2020-2021, las personas asistieron nuevamente a consultas médicas, sin embargo, el MSPS reconoció que la tendencia general de este mecanismo disminuyó en relación con años previos a la pandemia. Indicó que muchas de las causales de interposición de tutelas se han debido a problemáticas mundiales que han afectado el curso normal de la prestación del servicio, como lo es el conflicto entre Rusia y Ucrania, el cual</p>

¹⁹⁴ Sea por mayor densidad poblacional o por mayor proporción de personas vulnerables.

afectó el acceso y suministro de diferentes insumos. Por otro lado, encuentra que existe una relación entre las causales de presentación del amparo y el ámbito socioeconómico en zonas remotas del país, como en la relación con la capacidad de asumir costos de transporte y viáticos.

ACEMI. Consideró que es un error asumir que para el año 2022 existió un aumento de tutelas en comparación con el 2021, al tener en cuenta que la muestra tomada para la medición de tutelas fue más pequeña en el 2021 que en el 2022, por lo que consideraron que no se puede apreciar un incremento importante en la proporcionalidad de las tutelas.

Las acciones de tutela en 2023.

MSPS. Indicó que para el 2023 se presentó un incremento del 26.4 % con una tasa de tutelas por cada 1000 habitantes, sin embargo, año tras año se ha evidenciado una tendencia al crecimiento. La mayoría de las tutelas fueron presentadas por personas en el ciclo de la vida de la “adultez” con el 44.47 % del total de la población, y de igual forma, en su mayoría mujeres con el 55 % de la población aproximadamente, y frente a la EPS que más se radicaron tutelas fue La Nueva EPS.

ACH. Para el 2023, el número de radicación de tutelas aumentó en un 26.4 % frente al 2022, sin embargo, debe tenerse en cuenta que el muestreo de datos para cada estudio fue valorado de formas diferentes, pues en el 2022, el MSPS se basó en los datos de la Corte y para el 2023, en los datos arrojados por las EPS. Las causales para interponer tutelas están relacionadas con: insuficiencia en la red hospitalaria, que los usuarios no cuenten con acceso oportuno cuando se trata de atenciones o procedimientos programados, realización de exámenes, interconsultas con especialidades, entrega de medicamentos e insumos y realización de procedimientos.

Pacientes de Alto Costo. Manifestó que en el informe del MSPS no mostró una distribución por municipios, sino únicamente por departamentos y distritos, lo que no permite evaluar a cabalidad las problemáticas de inequidad por ubicación geográfica y el comportamiento de la acción de tutela en el país. Y aunque sí se evidenció un aumento en el porcentaje de tutelas radicadas, también debe tenerse en cuenta que esto se pudo deber al cambio de metodología de muestreo.

Así Vamos en Salud. Indica que uno de los factores para la radicación de tutelas son los traslados ocasionados por la liquidación de algunas EPS, lo cual genera traumatismos en la prestación de servicios y tecnologías. Agregó que otra causal principal podrían ser los largos tiempos de espera para acceder a citas con especialistas. Considera importante que el informe incluya una discriminación por municipios para identificar las correlaciones del problema jurídico con la interposición de las tutelas.

CSR. Indica que uno de los factores para la radicación de tutelas son los traslados ocasionados por la liquidación de algunas EPS, lo cual genera traumatismos a la hora de la prestación de servicios y tecnologías. Agregó que otra causal principal podrían ser los largos tiempos de espera para acceder a citas con especialistas. Considera importante que el informe incluya la una discriminación por municipios para identificar las correlaciones del problema jurídico con la interposición de las tutelas.

Gestarsalud. Considera que no es adecuado analizar las tutelas del 2023 basado únicamente en los datos dados por las EPS. Unas de las causales que más se repitieron fueron la falta de oportunidad en la asignación de citas y en entrega de medicamentos.

Las acciones de tutela en 2024.

Así vamos en Salud. Evidenció que tanto el número de personas atendidas como la cantidad total de atenciones en consultas y procedimientos muestran un incremento sostenido a lo largo de la serie (2015–2024). En todos los años, el número total de atenciones es mayor que el número de personas atendidas, lo que indica que cada persona puede recibir múltiples consultas o procedimientos durante un mismo año. Para 2024 se calculó un promedio de cinco procedimientos por persona, un punto menos que el año inmediatamente anterior, mientras que para consulta externa se ha mantenido en los últimos años un promedio de dos consultas por persona.

Indicó que, durante 2024 se evidenció un aumento significativo en el uso de este mecanismo legal, tanto en el número de tutelas interpuestas como en las concedidas en los distintos departamentos de Colombia. Este incremento sugiere una mayor demanda de este recurso legal, posiblemente debido a deficiencias en la prestación de servicios de salud y la vulneración de otros derechos fundamentales. Para 2024, el número total de tutelas se incrementó en 34 % en comparación con el año anterior. Sin embargo, al analizar el comportamiento mensual, se observan aumentos aún más pronunciados, como el registrado en abril de 2024, cuando las tutelas radicadas crecieron en un 135 % con respecto al mismo mes de 2023.

ACHC. Manifestó que el notable aumento en el número de personas atendidas en 2024 (12 millones más que en 2023), podría explicarse por una mejora en el registro en los RIPS, un incremento en la demanda de servicios por parte de la población -sin que sea posible establecer la causa-, o un aumento en las actividades de promoción y prevención.

Tabla 6. De las medidas implementadas para disminuir los obstáculos que impiden el acceso a los servicios

MSPS	
Problema jurídico	Soluciones ¹⁹⁵
	<i>Para el 2022 y 2023</i> -Los recursos de la salud cubren el traslado de pacientes por medios acuáticos, aéreos y terrestres en ambulancia básica o medicalizada, en casos correspondientes. Además, se reconoce una prima adicional

¹⁹⁵ La Sala resumirá las medidas según se hayan reportado en los informes de cada año por el MSPS, si no se incluye un año es porque no se comunicó ninguna.

<p>1¹⁹⁶</p>	<p>para el transporte del paciente ambulatorio en un medio diferente a la ambulancia, que le permita acceder a una atención en salud financiada con recursos de la UPC (unidad de pago por capitación), no disponible en el lugar de residencia donde aquél esté afiliado¹⁹⁷.</p> <p>-Ampliación progresiva de los servicios y tecnologías que se financian con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (Resoluciones 2808 y 1139 de 2022).</p> <p>-Eliminación de “salvedades” de financiación, incluidas en los actos administrativos que actualizan los servicios y tecnologías PBS (Plan de Beneficios en Salud) – UPC.</p> <p>-Clasificación separada de los medicamentos y procedimientos en los actos regulatorios que anualmente actualizan los servicios y tecnologías PBS – UPC.</p> <p>-Determinación de criterios en los actos administrativos regulatorios del mecanismo de presupuesto máximo, que permitan identificar los servicios y tecnologías, APME (Alimentos para Propósito Médico Especial), y servicios complementarios, financiados a través de dicho mecanismo.</p> <p>-Publicación en la herramienta tecnológica MIPRES, de las tablas de referencia, donde se listan los servicios que pueden prescribirse mediante tal herramienta.</p> <p>-Desarrollo de la herramienta POS POPULI, que permite a los diferentes actores del sector salud, identificar la fuente de financiación de los servicios y tecnologías autorizados en el país por la autoridad competente, y, por tanto, financiados a través del SGSSS¹⁹⁸.</p> <p>-Establecimiento de la CUPS (Clasificación Única de Procedimientos en Salud), para proveer un lenguaje homogéneo entre los diferentes actores del SGSSS, intervinientes en la prestación de servicios de salud, y que esté de acuerdo con la práctica clínica actual y las dinámicas en salud del país.</p> <p>-Aclaración en el acto administrativo que actualiza los servicios y tecnologías PBS – UPC vigencia 2023 (Resolución 2808 de 2022), de los medicamentos cuyos principios activos se financian con recursos de salud pública.</p> <p>-Decreto 441 de 2022.</p> <p>Para el 2024</p> <p>-Expidió la Resolución 2366 de 2023 que actualiza el PBS UPC.</p> <p>-Mediante la Resolución 318 de 2023 se actualizó el procedimiento técnico-científico.</p> <p>-Profirió las resoluciones 740 de 30 de abril de 2024¹⁹⁹ y 067 de 21 de enero de 2025²⁰⁰, en procura de prevenir acciones que vulneren el derecho a la salud por parte de los diferentes actores del sector salud.</p> <p>-A través del contrato interadministrativo 1594 de 2023 suscrito con el IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud), se procuró identificar a través de una revisión sistemática de la literatura los Unirs (usos no incluidos en los registros sanitarios) de algunos medicamentos, aprobados por otras agencias regulatorias de referencia internacional o que cuenten con la evidencia científica que soporte la eficacia o efectividad y seguridad del uso no incluido en el registro, según lo disponen los Decretos 677 de 1995 y 1782 de 2014.</p>
<p>3</p>	<p>Para el 2023</p> <p>-Se previó la posibilidad de someter “a evaluación médico – científica de la red de prestadores de servicios de salud de la respectiva EPS, aquellos servicios y tecnologías en salud ordenados por fuera de esta, medida que busca amparar el goce efectivo del derecho a la salud”²⁰¹.</p> <p>Para el 2024</p> <p>-Remitió a las acciones del problema jurídico 9.</p>
<p>4</p>	<p>Para el 2023</p> <p>- Eliminación de “salvedades” de financiación, incluidas en los actos administrativos que actualizan los servicios y tecnologías PBS – UPC. Lo que ha confluído en que, para muy pocos principios activos de la totalidad cubierta con recursos de la UPC, se mantenga alguna salvedad de financiación, contribuyendo así a mejorar la claridad de interpretación entre los diferentes actores del SGSSS.</p> <p>Para el 2024</p> <p>-Remitió a las estrategias planteadas al problema jurídico 14.</p>
<p>5</p>	<p>Para el 2022</p> <p>-Unificación de la regulación en materia de cuotas moderadoras y copagos, así como de las excepciones a su pago para eliminar la posibilidad de confusión entre usuarios, EPS e IPS, que genere barreras en el acceso.</p> <p>Para el 2023</p> <p>-Se precisó que la expedición de la nueva regulación en materia de cuotas moderadoras y copagos busca aportar en la financiación del sistema, previendo además las poblaciones exoneradas de dicho pago.</p> <p>Para el 2024</p>

¹⁹⁶ Este problema se fusionó con el 2.

¹⁹⁷ Advirtió que los viáticos por no corresponder al concepto de servicios y tecnologías en salud, en manera alguna pueden sufragarse con recursos del sector salud, lo cual, ha motivado la presentación de acciones de tutela, en busca de su reconocimiento, sin embargo, se enfatiza, por disposición del legislador estatutario, este tipo de servicios no pueden cubrirse con recurso de la salud.

¹⁹⁸ <https://pospopuli.minsalud.gov.co/>

¹⁹⁹ “Por la cual se actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con recursos de la UPC y se dictan otras disposiciones”.

²⁰⁰ “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

²⁰¹ Resolución 2808 de 2022.

	-Se han ido actualizando las disposiciones sobre el régimen aplicable a copagos y cuotas moderadoras ²⁰² . Las EPS no pueden negar la prestación del servicio por motivos administrativos, tales como, la cancelación de la cuota moderadora.
6	Para el 2024 -Remitió a las acciones del problema jurídico 9.
7	Para el 2023 - El Decreto 780 de 2016 en sus artículos 2.1.13.1 y 2.1.13.3, compilatorios de los artículos 78 y 80 del Decreto 2353 de 2015, contemplaron la posibilidad de que el empleador, la cotizante independiente, o el afiliado cotizante, cancelen los aportes a salud atrasados con los respectivos intereses de mora, para el caso que durante el período de gestación de la afiliada, no hayan realizado el pago oportuno de los mismos, y de esta forma, que accedan al reconocimiento de la licencia de maternidad o paternidad, según corresponda Para el 2024 -Se expidió el Decreto 2126 de 2023 que establece los mecanismos para la expedición, reconocimiento y pago de prestaciones económicas de seguridad social (incluyendo licencias de maternidad, paternidad, parentales y las incapacidades de origen común). Así como la Resolución 2364 de 2023 estableció el valor de la UPC para 2024 en los regímenes subsidiado y contributivo, e incluyó disposiciones sobre el pago de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.
8	Para el 2023 - El Decreto 780 de 2016, “estableció la protección laboral y la afiliación de oficio cuyo propósito en cuanto a esta última es garantizar la afiliación para aquellas personas que cumplen con requisitos para pertenecer a alguno de los regímenes del sistema de seguridad social en salud”. Para el 2024 -El Decreto 719 de 2024, modificatorio del Decreto 780 de 2016, dispuso que las EPS receptoras en caso de traslado, deben garantizar la continuidad de los tratamientos actuales de los afiliados hasta que se culminen o se resuelva la situación de salud.
9	Para el 2022 -Fortalecimiento de la telesalud y la telemedicina. Para el 2023 - Diseño de un modelo de gestión de tiempos y listas de espera como instrumento orientado a responder al concepto de “riesgo primario”, que lleva implícito el principio de “oportunidad” en la prestación de servicios de salud, de que trata el Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención en Salud del SGSSS. Para el 2024 -Se ha avanzado en la implementación de un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud a través de estrategias orientadas a mejorar la prestación del servicio de salud, tales como: “i. Resultados en salud más eficientes y equitativos; ii. Oferta de servicios integrales e integrados de la red pública; iii. Suficiencia y equidad en la distribución del talento humano en salud y iv. Preferencia de un esquema de financiamiento que prioriza la rentabilidad social sobre la rentabilidad financiera”. -Entre 2022 y 2024 se invirtieron 2,1 billones de pesos, destinando 1,58 billones para conformar y operar 10.189 EBS (Equipos Básicos de Salud). Estos equipos, con enfoque interdisciplinario e intercultural, prestan atención en hogares, escuelas y comunidades. -Se ha realizado un especial énfasis en garantizar la atención en salud de las personas mayores, las personas con discapacidad, las mujeres gestantes y los niños, avanzando de esta forma en la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional. Además, se han conformado y puesto en operación 33 equipos de especialistas integrados por pediatra, ginecoobstetra, internista o médico familiar y psiquiatra. Estos equipos de especialistas operan en 15 departamentos y 145 municipios. -Se avanzó en el fortalecimiento de la telemedicina. Por ello al 30 de abril de esa anualidad, el 9,9% de las IPS públicas “cuentan con servicios en esta modalidad de atención, alcanzando un avance del 40,3 % con respecto a la meta de la vigencia 2024 (23 %), y un 19,8 % de avance en cuanto a la meta del cuatrienio (50 %)”. - La Línea de Teleorientación en Salud Mental (Línea 106) funciona 24 horas, 7 días a la semana para brindar orientación psicológica y apoyo emocional en situaciones de crisis a personas de todas las edades y de todas las regiones del país. En 2024, se realizaron 5.904 interacciones efectivas con las que se resolvió de manera directa el 78 % de las solicitudes de los usuarios. -En 351 municipios se desarrollan 798 proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria con una inversión de \$2.295 billones. El Gobierno en 2023, invirtió en hospitales, puestos y centros de salud una cifra igual a la invertida por los Gobiernos anteriores en los últimos 10 años. -Se vienen estructurando y asignando recursos por medio billón de pesos para adecuar y dotar a 1.000 puestos de salud y centros de salud en zonas rurales y barriadas de las grandes ciudades de todo el país. - Se estructuró el proyecto para la construcción y dotación de infraestructura móvil para la ESE Hospital Luis Ablanque de La Plata por la suma de \$79.128 y para la ESE Hospital San Rafael de Leticia por \$55.045 millones que beneficiará a las comunidades asentadas a lo largo de los ríos Amazonas y Putumayo y a lo largo del Pacífico Colombiano. -El Ministerio de Salud y la ANI suscribieron memorandos de entendimiento y acuerdos para priorizar proyectos hospitalarios bajo el modelo de APP (Asociación Público-Privada), incluyendo hospitales en Bogotá, Cúcuta, Yopal, Cartagena y Barrancabermeja. -Se creó el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil mediante Decreto Ley 1959 de 2023, y su avance institucional, presupuestal y estructural con una inversión de \$1,85 billones para restaurar 24 edificios, así como presupuestos aprobados para su funcionamiento en 2025 por \$63.603 millones y \$200.000 millones en inversión.

²⁰² Resolución 2292 de 2021 y el Decreto 1652 de 2022.

	<p>-También se autorizó al Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes licitar obras por \$100.789 millones. Asimismo, se firmaron convenios para construir y operar dos (CAPS) Centros de Atención Primaria en Salud fluviales en el Pacífico y en la región del Putumayo-Amazonas, con asignaciones de \$71.536 millones y \$61.265 millones respectivamente, destacando un avance del 34,22 % en la construcción del CAPS del Pacífico a diciembre de 2024.</p> <p>- Se incorporaron normas para la habilitación de servicios de traslado de pacientes por parte de los Cuerpos de Bomberos de Colombia y se financiaron 1.035 vehículos de transporte asistencial terrestre, fluvial y marítimo para 32 departamentos y 647 municipios del país con una inversión de \$322.559 millones.</p> <p>-Se atendieron 50.078 personas, en 17 municipios cocaleros, 13 municipios de altas prevalencias de consumo y 6 instituciones del sistema penal adolescente, a través de la estrategia CAMAD SRPA, con una inversión de 19.067 millones; y se declaró el Dolutegravir (medicamento de primera línea para VIH), como de interés en salud pública y se expidió la primera licencia obligatoria en Colombia y tercera en América Latina de uso gubernamental de este medicamento, reduciendo 40 veces su valor, avanzando en la garantía del derecho fundamental a la salud para las miles de personas que viven con VIH en Colombia.</p> <p>-Para la vigencia 2024 se culminó la formulación del proyecto de decreto y el anexo técnico del Plan Nacional de Salud Rural, el cual hace parte de los 16 planes nacionales para la Reforma Rural Integral, en cumplimiento del punto 1.º del Acuerdo Final de Paz, y el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2024.</p>
10	<p>Para el 2024</p> <p>- Implementación de políticas públicas dirigidas a mejorar la calidad de la atención en el sector salud, que incluyen la adopción de planes de acción que buscan garantizar que las entidades prestadoras de servicios de salud (EPS, hospitales, clínicas) ofrezcan un servicio más eficiente, oportuno y accesible.</p>
11	<p>Para el 2024</p> <p>-Se advirtió que se pueden revisar las medidas del problema 8.</p>
12	<p>Para el 2024</p> <p>- En la actualidad, no existen diferencias en la cobertura de servicios entre los regímenes contributivo y subsidiado. La única variación entre ambos radica en la forma de pago de los aportes.</p>
13 ²⁰³	<p>Para el 2023</p> <p>- Se profirió la Resolución 2335 de 2023²⁰⁴ que busca mejorar las relaciones entre el asegurador y los prestadores de servicios de salud que permitan garantizar la prestación del servicio al usuario.</p> <p>Para el 2024</p> <p>- La Resolución 636 de 2024 modificó la Resolución 2335 de 2023, pues ajustó aspectos transitorios.</p>
14	<p>Para el 2024</p> <p>- Se actualizaron los servicios y tecnologías correspondientes al año 2024.</p> <p>-Se fijó la UPC para el 2024, con un incremento del 12,87%, calculado a partir de la inflación proyectada con corte a 31 de diciembre de 2024.</p>
15	<p>Para el 2024</p> <p>- Desde 2015 se han definido anualmente los servicios y tecnologías en salud PBS UPC.</p>
16	<p>Para el 2023</p> <p>- A partir del procedimiento técnico científico y participativo de la Ley 1751 de 2015, ha excluido de la financiación con recursos de la salud los servicios que previamente surten dicho procedimiento.</p>
17	<p>Para el 2023</p> <p>- Ha implementado el SIPE (Sistema de Información de Prestaciones Económicas), reglamentado mediante el Decreto 1427 de 2022, para la gestión, seguimiento, control y trazabilidad del reconocimiento de las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud relacionadas con licencias de maternidad y paternidad, e incapacidades de origen común.</p> <p>Para el 2024</p> <p>-Se fortaleció la interoperabilidad de bases de datos entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la UGPP y las EPS, con el fin de mejorar la calidad de la información y evitar inconsistencias que generen retrasos en el pago de las prestaciones.</p> <p>-Se han implementado campañas informativas dirigidas a trabajadores independientes y dependientes para que conozcan sus derechos y los procedimientos a seguir en caso de inconsistencias en el pago de sus prestaciones.</p>
18	<p>Para el 2022</p> <p>-Avances en el SAT (Sistema de Afiliación Transaccional).</p> <p>Para el 2024</p> <p>-Se asignaron recursos para el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, a través de la conformación y operación de 10.189 EBS integrados por perfiles interdisciplinarios e interculturales. Entre ellos se destaca 94 equipos jóvenes de paz y 33 equipos de especialistas integradas por profesionales en: Ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna o familia y psiquiatría y 67 equipos interculturales en concertación con las comunidades étnicas para atender sus necesidades particulares en salud con una inversión total de \$2.113 billones de pesos entre 2022 y 2024, de los cuales 1.579 Billones corresponden a la vigencia 2024. Estos equipos han llegado al 100% de los departamentos del país, incluyendo las zonas PDET, ZOMAC, PNIS y áreas rurales dispersas.</p> <p>- Mediante el Decreto 0351 de 2025, se oficializó el PNSR (Plan Nacional de Salud Rural) orientado a transformar la atención en salud en zonas rurales y dispersas.</p>

²⁰³ Advirtió que este problema jurídico se correlaciona con el problema jurídico nú. 9, donde se instauran las causas de postergación y demora en las que se fundamenta la acción de tutelas reclamando falta de procedimiento administrativo para acceder a un servicio en salud, respecto del cual es pertinente que la Honorable Corte Constitucional pudiera evaluar igualmente su fusión.

²⁰⁴ “Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones”.

	<p>- Para el Informe de Gestión 2024, Minsalud consolidó y publicó información sobre la situación del talento humano en el sector salud en Colombia.</p>
Pacientes Alto Costo	
Sobre el 2022	
<p>Sobre las medidas frente al PJ 1, se observó que el Ministerio incurre en una interpretación errónea al considerar los viáticos y el transporte como determinantes sociales de la salud, lo que desconoce la Sentencia C-313 de 2014. En relación con las definiciones de los problemas jurídicos, se advierte que la causal 4 del PJ 1 evidencia la desactualización del listado de MIPRES, ya que, si bien se afirma que ciertos insumos o tecnologías no son exclusiones, “un ejemplo de este caso es el de la SILLA DE RUEDAS que no se puede formular por MIPRES si no solo por vía de tutela”.</p> <p>Sobre el PJ 4, no es apropiado mantener el concepto de “incertidumbre”, ya que toda tecnología o servicio debe clasificarse como financiado por UPC, por Presupuestos Máximos, o como exclusión, siendo esta última la razón que justificaría el uso de la acción de tutela. En cuanto al PJ 8, afirmar que “actualmente existen medidas de protección para las personas desempleadas en desconocer que en Colombia aun la salud no es un derecho fundamental, porque la protección laboral tiene límites y no es para siempre. Una vez acabada la protección laboral debe pagar o hacer encuesta Sisbén y de acuerdo con la clasificación deberá pagar o no, y si no puede pagar queda sin derecho a estar en el sistema de salud”.</p> <p>En el PJ 11, limitar el análisis a patologías catastróficas o de alto costo minimiza la magnitud del problema, pues la dificultad para ejercer el derecho al cambio de EPS afecta a todos los usuarios del sistema, no solo a quienes tienen enfermedades graves. Finalmente, respecto al PJ 14, no es adecuado justificar la negativa de las EPS con el argumento de que ciertas tecnologías no están cubiertas por UPC, ya que las modalidades de pago (UPC o Presupuestos Máximos) no determinan el derecho a la prestación de un servicio incluido en el Plan de Beneficios. Asimismo, los PJ 15 y 16 deben unificarse o delimitarse con claridad, “ya que si se presentan tutelas por tecnologías de salud o servicios que no son exclusiones pero que el ministerio no los tiene en el listado de MIPRES como la silla de ruedas”.</p>	
Sobre el 2023	
<p>En relación con las medidas adoptadas frente al PJ 1, se concluye que no se ha tomado ninguna acción concreta para corregir las causas estructurales que generan tutelas; por el contrario, el informe presenta interpretaciones erradas y un evidente desconocimiento del funcionamiento de MIPRES. Las respuestas del Ministerio se limitan a transcribir normativa vigente, sin proponer soluciones efectivas. A pesar de ajustes realizados en la definición de tecnologías cubiertas por UPC y Presupuestos Máximos, persisten zonas grises que obligan a los usuarios a acudir a la tutela, especialmente por tecnologías que no están excluidas, pero tampoco pueden ser recobradas sin orden judicial. Además, no existe un control sistematizado del cobro de copagos ni del cumplimiento de topes anuales, lo cual genera sobrecargos al usuario e induce nuevas tutelas. La falta de un sistema de información interoperable impide abordar problemas como listas de espera, demora en entrega de medicamentos o tiempos de atención. A esto se suma la ausencia de medidas efectivas frente al desabastecimiento de medicamentos y la escasa respuesta institucional ante propuestas concretas de la sociedad civil. Las acciones emprendidas, como la Resolución 1579 de 2023 han sido simbólicas y no han resuelto causas estructurales. Finalmente, preocupa que el informe omita cualquier medida de la Supersalud en su rol de inspección, vigilancia y control, dejando vacíos importantes en la gestión del derecho fundamental a la salud.</p>	
Sobre el 2024	
<p>Manifestó que las acciones tomadas son una revisión de medidas generales, como actualización de TS cubiertas por UPC, y tema de PM, “temas que desde nuestra experiencia no son la causa principal del origen de las tutelas”.</p>	
Defensoría del Pueblo	
Sobre el 2022	
<p>A pesar de los avances normativos y técnicos implementados, como la actualización anual de medicamentos y procedimientos incluidos en los actos regulatorios del PBS–UPC, la definición de criterios para el mecanismo de Presupuestos Máximos (incluyendo servicios, tecnologías, APME (Alimentos para Propósito Médico Especial y servicios complementarios), la publicación de tablas de referencia en MIPRES, el establecimiento de la CUPS (Clasificación Única de Procedimientos en Salud), y la adopción de medidas como la eliminación de autorizaciones para pacientes de alto costo, la excepción de cobros por cuotas moderadoras y copagos, el fortalecimiento de la telemedicina y el avance del SAT (Sistema de Afiliación Transaccional), entre otras, es necesario verificar por qué estas acciones no han impactado el GED ni la reducción del número de tutelas presentadas.</p>	
ACHC	
Sobre el 2023	
<p>Frente a la actualización de las medidas con ocasión a las nuevas problemáticas relacionadas, reconoció que el Ministerio amplió la información respecto de los problemas jurídicos, pues para el informe del 2022 solo presentó las acciones desplegadas frente a los problemas con mayor representatividad (problemas 1,5,9 y 18), no obstante, en el informe 2023 si bien amplió la información no se hace referencia a las medidas de los problemas 10,11, 12, 14, 15, sin que haya explicación al respecto.</p>	
Así Vamos en Salud	
Sobre el 2023	
<p>En su parecer, espera que las medidas adoptadas por el Ministerio de articulación y monitoreo pongan de manifiesto la situación coyuntural del sistema. Es decir que debe permitir la identificación de las problemáticas para realizar las gestiones que correspondan, de forma oportuna, para contrarrestar la radicación de tutelas en salud y mantener y garantizar el acceso a los servicios de salud de la población, sin dejar a un lado decisiones encaminadas a fortalecer las finanzas del sistema de salud, que se constituye un factor inherente para la consecución del acceso en oportunidad y calidad a la prestación de los servicios de salud.</p>	
Sobre el 2024	

<p>Las medidas aún no han sido suficientes, si se contrasta con la tendencia y comportamiento de las tutelas. En este punto, también es pertinente evaluar si las acciones del Gobierno nacional han sido las más adecuadas, eficientes y oportunas para contrarrestar las tutelas en el corto plazo. Es posible verificar la tendencia de acciones de amparo en los últimos años, en donde se observa un incremento en la tasa de tutelas por cada 1000 afiliados y cada 1000 habitantes, como se observa en la tabla 3 del informe. El reto es que el Ministerio identifique los problemas reales y actúe oportunamente para reducir las tutelas y garantizar el acceso efectivo a los servicios, sin descuidar la sostenibilidad financiera del sistema.</p>
CSR
<p>Sobre el 2023</p> <p>Una lectura general de las acciones de mejora planteadas por el Minsalud evidencia que las soluciones frente a la judicialización del sistema se centran en gestiones administrativas y logísticas para garantizar el acceso a los servicios, sin abordar de manera integral las causas estructurales. Si bien la capacidad de respuesta de la red de servicios debe regirse por criterios de oportunidad, celeridad y accesibilidad, la ausencia de seguimiento, vigilancia y sanción efectiva ante el incumplimiento de actores del sistema debilita su impacto. Persisten prácticas como la imposición de barreras administrativas, falta de inversión en zonas rurales, retrasos en pagos a operadores y omisiones frente a los límites de copagos, que fomentan la interposición de tutelas. A ello se suma el uso no racional de la tutela por parte de algunos usuarios, quienes, al percibirla como único mecanismo eficaz, recurren a ella sin agotar las vías administrativas, distorsionando su naturaleza y saturando el sistema judicial. Si bien no se puede desconocer la diversidad de condiciones de los pacientes ni relativizar el derecho a la salud, es fundamental impulsar una reorientación del sistema desde la Gestión del Riesgo en Salud, con criterios técnicos que guíen tanto a las entidades como a la Rama Judicial. El éxito del sistema no debe medirse por la frecuencia del uso de la tutela, sino por su excepcionalidad; su uso sistemático refleja una falla operativa profunda en la garantía del derecho. Por tanto, urge fortalecer los medios administrativos con capacidad de respuesta real, restaurar la confianza institucional y garantizar que la protección judicial sea un último recurso, no la regla general.</p>
Gestarsalud
<p>Sobre el 2023</p> <p>Las medidas adoptadas para reducir las tutelas en salud han tenido resultados variados, dependiendo de factores como la implementación efectiva de estrategias y la capacidad de respuesta del sistema ante nuevos retos. Las EPS han desarrollado acciones como el fortalecimiento de redes de prestadores, la mejora en la gestión administrativa y financiera, la consolidación de la atención primaria, la coordinación con IPS para eliminar barreras de acceso, el uso de herramientas tecnológicas, la representación del usuario y la actualización continua del PBS. Estos esfuerzos, junto con la adaptación normativa frente a problemáticas emergentes, han contribuido a disminuir ciertos tipos de tutelas. Sin embargo, persiste la necesidad de una evaluación constante y de ajustes estructurales que garanticen respuestas oportunas, pues la acción de tutela, como mecanismo de protección de derechos fundamentales, seguirá vigente en tanto subsistan vacíos o fallas en el acceso efectivo a los servicios de salud.</p>

Tabla 7. Información adicional
MSPS
<p>El Ministerio de Salud por intermedio de su Oficina de Calidad, desde la estructuración del proyecto que culminó con la expedición de la Circular Externa No. 004 de 2024 adelantó mesas de trabajo con la Supersalud, con quien socializó el contenido de dicha circular en reunión del 9 de mayo de 2024. Adicionalmente, mediante comunicación núm. 2024140000076181 del 20 de junio de 2024, le trasladó el informe de acciones de tutelas en salud de la vigencia 2023, para las acciones de inspección, vigilancia y control que le pudieran corresponder en el marco de sus competencias.</p>
Pacientes Alto Costo
<p>Relató que una vez más percibieron la calidad del informe baja y como cumplimiento de un requisito y nada más. Manifestó que, a partir de los avances en análisis de datos, se deberían incluir herramientas de inteligencia artificial, ya que todas las tutelas están digitalizadas “facilita este paso y se podría hacer el análisis con todas las tutelas, al igual ayudaría a detectar o redefinir los problemas jurídicos”.</p> <p>Por otra parte, para el 2024 manifestó que “referente al informe del Goce Efectivo del Derecho a la Salud 2024, consideramos que es una descripción de datos y las fuentes usadas para el informe están lejos de medir el goce efectivo del derecho a la salud”. Sostuvo que en “el tema de medicamentos, la información es menos confiable, porque los operadores farmacéuticos no registran los faltantes, las eps no están en línea con estos y el MSPS esta aun mas [sic] perdido en este tema, como lo hemos informado a la Sala en respuestas anteriores, es necesario la implementación total de MIPRES para formular y entregar los medicamentos, proyecto que este gobierno paralizó y dejó al país mas lejos de saber la verdad sobre este tema. En conclusión [sic] consideramos que es la hora de cambiar la historia de estos reportes que no muestran la realidad, no nos permite análisis reales y nos alejan de un camino que lleve a mejorar el sistema de salud”.</p>
CSR
<p>La acumulación de barreras administrativas en la prestación de servicios de salud ha convertido a la tutela en el principal mecanismo de acceso al sistema, al superar a las rutas ofrecidas por entidades como la SNS o las Secretarías. Esta situación provoca que muchas tutelas respondan a trámites que podrían resolverse por la vía administrativa. Por ello, es necesario implementar una estrategia de comunicación que oriente al ciudadano sobre el uso adecuado de la tutela, siempre y cuando existan respuestas claras y oportunas desde los canales administrativos. La desjudicialización del sistema es una prioridad para el Gobierno Nacional, y solo será posible si procesos como la entrega de medicamentos, asignación de citas o acceso a servicios No PBS se garantizan eficazmente por medios administrativos. Además, se requiere una ruta pedagógica conjunta entre la Rama Judicial y el Gobierno para desmontar la tutela como única solución en salud, lo cual exige invertir en el fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional.</p> <p>Luego, agregó que persiste la necesidad de que MSPS y demás entidades del orden nacional actualicen sus portales institucionales en el marco de la política de Gobierno digital, garantizando estandarización, accesibilidad y cumplimiento del principio de publicidad, tal como lo ordena la Sentencia T-760 de 2008. En especial, debe ejecutarse el mandato de visibilizar en el sitio <i>web</i> los informes de medición de tutelas y activar mecanismos de participación</p>

<p>directa para su actualización, articulando información con autoridades territoriales como alcaldes y gobernadores. Para garantizar el acceso a información clara y efectiva en zonas rurales, se recomienda conocer las características de cada comunidad, usar medios alternativos como radio y carteles, capacitar líderes locales, y fortalecer alianzas con organizaciones comunitarias.</p> <p>Igualmente, se sugiere desarrollar contenidos transmedia y pedagógicos²⁰⁵ para cerrar las brechas digitales y facilitar la comprensión de la información pública. Se recomienda tomar como referencia experiencias exitosas como el portal de la Comisión de la Verdad, y realizar encuentros presenciales por regiones con organizaciones sociales, veedurías y pacientes para construir una estrategia de información accesible que permita prevenir el uso excesivo de la acción de tutela en salud y fortalecer la gestión administrativa del derecho a la salud.</p>
Defensoría del Pueblo
<p>El informe de tutelas correspondiente al año 2022, no aparece publicado en la página del ministerio, situación que se confirmó nuevamente a la fecha de realización del presente informe. Para llegar al <i>link</i> donde se visualizan los informes, no es fácil, se debe dar clic a la sección denominada Salud, luego a la dependencia de Calidad de Atención en Salud, posteriormente a Observatorio Nacional de Calidad en Salud, luego se debe seleccionar a Publicaciones e Informes y finalmente, informes tutelas en salud orden 30. Por otra parte, la liquidación de varias EPS por parte de la SNS agudiza el problema de acceso, toda vez que las EPS receptoras deben prestar los servicios a un número mayor de afiliados con la misma infraestructura, incrementando los tiempos de espera para las diferentes tecnologías de salud requeridas.</p>
ACEMI
<p>Aseveró que el análisis podría ampliarse para incluir causales que, si bien no fueron contempladas directamente en la Sentencia T-760 de 2008, sí están relacionadas con la protección de los recursos del sistema. Entre ellas se encuentran las solicitudes de prestaciones que no corresponden al ámbito de la salud, como el pago de servicios públicos o el transporte escolar; el abuso del derecho por parte de algunos usuarios que recurren a la acción de tutela para exigir servicios futuros o inciertos, o para cubrir necesidades que no corresponden al sistema, como el pago de cuidadores para labores domésticas; el desconocimiento del principio de solidaridad, que traslada a las EPS responsabilidades que corresponden inicialmente a la familia como red de apoyo y, finalmente, el desconocimiento general sobre las competencias de otros actores del sistema como las IPS, las entidades territoriales o el INPEC a través de la USPEC, lo que también genera una carga indebida sobre el sistema.</p>
Gestarsalud
<p>Se sugirió una mejora en la metodología del análisis, involucrando a todos los actores del SGSSS en un trabajo conjunto. Esto incluiría una selección más amplia de la muestra de tutelas, con la colaboración del CSJ para obtener una perspectiva más completa del derecho fundamental a la salud. Además, se proponen mesas de trabajo con el aparato judicial para trabajar en conjunto con los actores del sistema, promover la responsabilidad en el manejo de los recursos de salud a través de las decisiones judiciales y capacitar a los involucrados.</p>
ACHC
<p>Consideró que se debe seguir trabajando como sector en la mejora de la data, estructurar metodologías que permitan una mejor captura y análisis, para así evaluar e implementar mecanismos que ofrezcan soluciones, mitiguen el impacto y obligue a los agentes del sistema a pensar en el usuario, en la garantía y acceso efectivo a su derecho fundamental a la salud.</p>
Así Vamos en Salud
<p>Consideró fundamental fortalecer la asistencia técnica a las entidades responsables del reporte de información, mejorando la recolección, calidad y estructura de los datos, especialmente los relacionados con tutelas en salud. Para ello, se requiere estandarizar la información mediante tablas de referencia, capacitar de forma continua a EPS, IPS y entidades territoriales sobre el reporte y uso de herramientas tecnológicas, y garantizar el cumplimiento del reporte mediante mecanismos jurídicos. Además, la interoperabilidad con otras bases de datos como RIPS y BDUA permitirá un análisis más completo, generando recomendaciones normativas, correctivas y preventivas a partir de los hallazgos.</p>

En la **Tabla 8** se instruyen los problemas jurídicos que son objeto de estudio en los informes de medición de tutelas y en los autos de valoración²⁰⁶. En la **Tablas 9, 10 y 11** se traen a colación los datos allegados por la autoridad obligada para cada PJ.

Tabla 8. Problemas jurídicos de la sentencia T-760 de 2008 y auto 590 de 2016
1. ¿Desconoce el derecho a la salud una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios ordenados por el médico tratante, cuando no autoriza a una persona un servicio que requiere y no puede costearlo por sí misma, por el hecho de que no se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud?
3. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle la prestación del servicio requerido cuando fue ordenado por un médico que no está adscrito a la entidad respectiva, pero es especialista en la materia y trataba a la persona?
4. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas al permitir que se mantenga la incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del plan obligatorio de salud, teniendo en cuenta las controversias que esta incertidumbre produce y su impacto negativo en el acceso oportuno a los servicios de salud?
5. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona una entidad que no le autoriza el acceso a un servicio de salud que aquella requiere, hasta tanto no cancele el pago moderador que corresponda reglamentariamente, incluso si la persona carece de la capacidad económica para hacerlo?
6. ¿Desconoce el derecho a la salud, especialmente, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios requeridos, cuando no autoriza a un niño o una niña un servicio que requiere y sus responsables no lo pueden costear, por el hecho de que no se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud o porque la vida o la integridad personal del menor no dependen de la prestación del servicio?
7. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle el acceso a una prestación social derivada de su estado de salud (incapacidades laborales), cuando se niega a autorizarlo porque en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello?

²⁰⁵ Videos, infografías, podcasts, materiales impresos o digitales accesibles.

²⁰⁶ Autos 77A de 2020, 440 de 2021 y 1680 de 2022.

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

Problema jurídico	Tabla 9. Informe 2022 ²⁰⁷	Total
1	Servicios complementarios no financiados por UPC, ni mediante Mipres y tampoco excluidos (411) 13,44 %	17,86 % (546)
	Servicios cuya prescripción no se ordenó a través del aplicativo Mipres (126) 4,12 %	
	Servicio o tecnología no autorizado en el registro sanitario o por la autoridad competente (9) 0,29 %	
3	Servicios, tecnologías e insumos en salud prescritos por un médico particular	0,29 % (9)
5	Exención de cuotas moderadoras o copagos	1,08% (33)
8	Solicitud de continuidad de prestación de servicios en salud cuando se dejó de cotizar al SGSSS	0,03 % (1)
9	Postergación para la práctica de procedimientos médicos autorizados por la EPS (786) 25,71 %	76,45 % (2337)
	Postergación en el agendamiento con médicos especialistas (719) 23,51 %	
	Demora en la entrega de medicamentos ya autorizados por la EPS, de los cuales el prestador manifiesta desabastecimiento (371) 12,13 %	
	Demora en el suministro de los servicios, tecnologías e insumos, prescritos Por Mipres (165) 5,39 %	
	Demora en la entrega de insumos, dispositivos o materiales médicos que se encuentran financiados por la UPC y prescritos por el médico tratante (82) 2,68 %	
	Demora en la prestación de los servicios de salud por falta de convenio con un prestador en salud de la red de prestadores de la EPS (72) 2,35 %	
	Postergación para la práctica de exámenes de laboratorio autorizados por la EPS (67) 2,19 %	
	Tutela por no autorización de prestador de servicios de salud seleccionado por el usuario, el cual no hace parte de la red de prestadores de la EPS (39) 1,27 %	
Demora en la entrega de insumos o materiales quirúrgicos para la práctica de procedimientos autorizados por la EPS (36) 1,17 %		
10	Solicitud de respuesta de derecho de petición relacionado con el funcionamiento y flujo de los recursos para la atención y prestación de los servicios en salud	0,23 % (7)
16	Servicios, tecnologías e insumos expresamente excluidos	1,18 % (36)
17	Reconocimiento y pago de las prestaciones económicas que no han sido autorizadas por inconsistencias en la información del afiliado en las bases de datos de la entidad aseguradora (17) 0,55 %	1,18 % (36)
	Reconocimiento y pago de las prestaciones económicas que no han sido autorizadas por incumplimiento en la documentación requerida por parte del afiliado (13) 0,42 %	
	Reconocimiento y pago de las prestaciones económicas que no han sido autorizadas por incongruencias en las firmas del médico prescriptor (6) 0,19 %	
18	Afiliación a una EPS (21) 0,68 %	1,70 % (52)
	Movilidad o Portabilidad (16) 0,52 %	
	Traslado de EPS a elección del accionante (15) 0,49 %	

Problema jurídico	Tabla 10. Informe 2023	Total
1	Servicios complementarios no financiados mediante Mipres ni excluidos de financiación con recursos públicos de la salud (43086) 21,41 %	26,2 % (52701)
	servicio o tecnología cuya prescripción por el médico tratante no se ordenó a través Mipres (8132) 4,04 %	
	Medicamentos cuyo uso prescrito por el médico tratante no está autorizado por el registro sanitario o autoridad competente (1483) 0,73 %	

²⁰⁷ Los porcentajes en esta columna son analizados por la Corte con base en los datos aportados por el MSPS, aunque se desconoce la veracidad de los mismos y no se ha validado la metodología empleada para su obtención.

3	Servicios, tecnologías o servicios complementarios prescritos por un médico no adscrito a la red de prestadores de servicios de salud de la EPS	0,9 % (1802)
4	Incertidumbre en los servicios y tecnologías que se financian con los recursos de la salud	0,7 % (1451)
5	Excepción de cuota moderadora o copago	0,6 % (1164)
7	No reconocimiento y pago de prestaciones económicas por demora en el pago de los aportes de salud.	7,2 % (14575)
8	No continuidad en la prestación de los servicios en salud cuando se dejó de cotizar al SGSSS	0,2 % (406)
9	Citas médicas (36173) 17,97 %	45,0% (90488)
	Procedimientos y tecnologías (26094) 12,96 %	
	Medicamentos (16763) 8,33 %	
	Exámenes (6287) 3,12 %	
	Insumos, dispositivos, materiales quirúrgicos u otros necesarios para la realización de procedimientos (2354) 1,17 %	
	Libre escogencia de la IPS (638) 0,31 %	
	Otras causas (327) 0,16 %	
Derecho a escoger médico tratante (25) 0,01 %		
10	Falta de respuesta a derecho de petición relacionado con la prestación de los servicios en salud.	1,1 % (2286)
13	Fallas en el aplicativo de prescripción de servicios PBS NO UPC	0,9% (1823)
14	Servicios y tecnologías financiados por el Plan de Beneficios en Salud.	3,4 % (6752)
16	Servicios y tecnologías en salud expresamente excluidos	4,1 % (8181)
17	No reconocimiento y pago de prestaciones económicas (licencias de maternidad, paternidad e incapacidades) sustentado en trámites administrativos de la EPS (13254) 6,58 %	6,9 % (13789)
	No reconocimiento y pago de las prestaciones económicas (licencias de maternidad, paternidad e incapacidades) por inconsistencias en el documento de incapacidad médica (535) 0,26 %	
18	Solicitud de afiliación a una EPS (3915) 1,94 %	2,9 % (5774)
	Solicitud de traslado de EPS (1537) 0,76 %	
	Movilidad o portabilidad (3221) 0,01 %	

Problema jurídico	Número de tutelas	Total	Problema jurídico	Número de tutelas	Total
1	39135	13,6 %	10	3345	1,2 %
2 ²⁰⁸	218	0,1 %	11	311	0,1 %
3	3804	1,3 %	12	562	0,2 %
4	17710	6,2 %	13	6905	2,4 %
5	3839	1,3 %	14	53751	18,7 %
6	294	0,1 %	15	1536	0,5 %
7	5091	1,8 %	16	11244	3,9 %
8	8572	3,0 %	17	11188	3,9 %
9	117625	40,9 %	18	2795	1,0 %

Figuras del Anexo

²⁰⁸ Se advierte que este problema se fusionó con el problema jurídico 1. Se recuerda que el Ministerio informó la fusión de los problemas jurídicos uno y dos identificados en la sentencia estructural, relacionados con la negación de servicios no POS (hoy PBS) y la interpretación restrictiva del plan, que excluía insumos no expresamente mencionados. Con la implementación de la LES y el Auto 590 de 2016, estos problemas fueron replanteados bajo el nuevo sistema de exclusiones explícitas, el cual exige garantizar el acceso integral a todos los servicios no excluidos del PBS. En este marco, el Ministerio creó mecanismos de protección colectiva, financiados por la UPC y presupuestos máximos, y de protección individual, cubiertos con recursos de la ADRES. Por tanto, los problemas jurídicos uno y dos ahora se enfocan en servicios y tecnologías del PBS que no son cubiertos por la UPC.

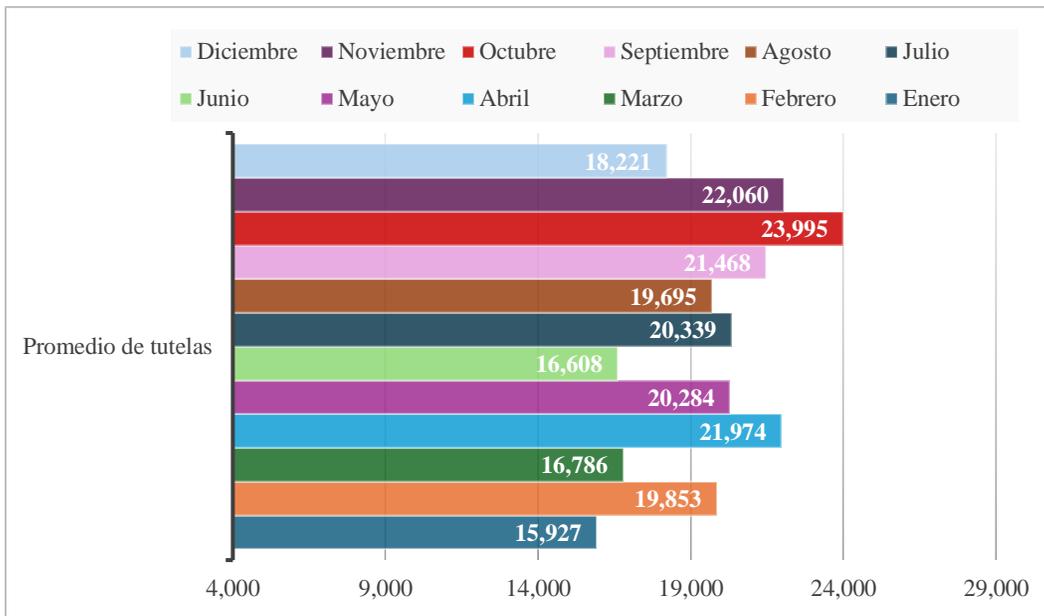


Figura 1. Tutelas por mes en salud para la vigencia de 2022. Datos del MSPS. Elaboración propia

Tipo de identificación	C.C.	64,36%	Pertenencia étnica ²⁰⁹	No aplica	88,65%	Estado de gestante	No	99,18%	
	T.I.	6,84%		No se identifica	9,81%		Sí	0,79%	
	RC	5,10%		Indígena	1,44%	Víctima del conflicto armado	No	69,71%	
	CE	2,91%		Palenquero de San Basilio	0,07%		Sí	30,26%	
	NUIP	0,52%		Gitano	0,03%		Régimen de afiliación	RC	46,16%
Género ²¹⁰	Mujer	52,83%	Situación de discapacidad	Sí	7,13%	RS		43,11%	
	Hombre	47,14%		No	92,84%				
	Persona Jurídica	0,03%		Condición Económica	Sin registro	71,14%		Vinculado	5,63%
Cursos de vida	Vejez	36,24%	Menos 1 SMLMV		19,73%	Sí			
	Adulthood	35,30%	Entre 2 y 4 SMLMV		7,79%				
	No registra fecha	11,61%	Mayor a 4 SMLMV		1,34%	Migrante regular	No	96,27%	
	Juventud	5,17%	Presencia de alguna enfermedad ²¹¹		Sí				0,23%
	Adolescencia	4,32%		No	99,74%				
Infancia	4,15%	Primera infancia							
	3,21%								

Figura 2. Caracterización en la medición de tutelas para el 2022. Datos del MSPS. Elaboración propia

Tipo de identificación	C.C.	85,82%	Pertenencia étnica	No aplica	95,6%
	T.I.	6,58%		Afrocolombiano	3,4%
	RC	6,11%		Indígena	0,7%
	PPT	1,10%		Negro	0,3%
	CE	0,18%		Raizal	0,1%
Género	Mujer	55,9%	Migrante regular	Sí	1,39%
	Hombre	44,1%		No	98,61%
	Indeterminado	0,0%			

²⁰⁹ A partir de ahora, la corte advierte que se reemplazará el término raza por pertenencia étnica en esta categoría, con el fin de adoptar un enfoque más respetuoso, preciso y coherente con los principios constitucionales y los estándares internacionales en materia de derechos humanos.

²¹⁰ A partir de ahora, la Corte advierte que se adoptará el término género en lugar de sexo dentro de esta categoría, con el fin de incorporar un enfoque más inclusivo, respetuoso y acorde con los estándares actuales en materia de derechos humanos y diversidad.

²¹¹ VIH, Cáncer, Diabetes, hipertensión y artritis.

Cursos de vida	Adultez	44,5%	Régimen de afiliación	RC	55,47%
	Vejez	36,4%		RS	44,50%
	Juventud	6,1%		No asegurado	0,02%
	Infancia	4,6%	Estado de gestante	No	97,57%
	Adolescencia	4,4%		No	99,74%
	Primera infancia	4,0%			

Figura 3. Caracterización en la medición de tutelas para el 2023. Datos del MSPS. Elaboración propia

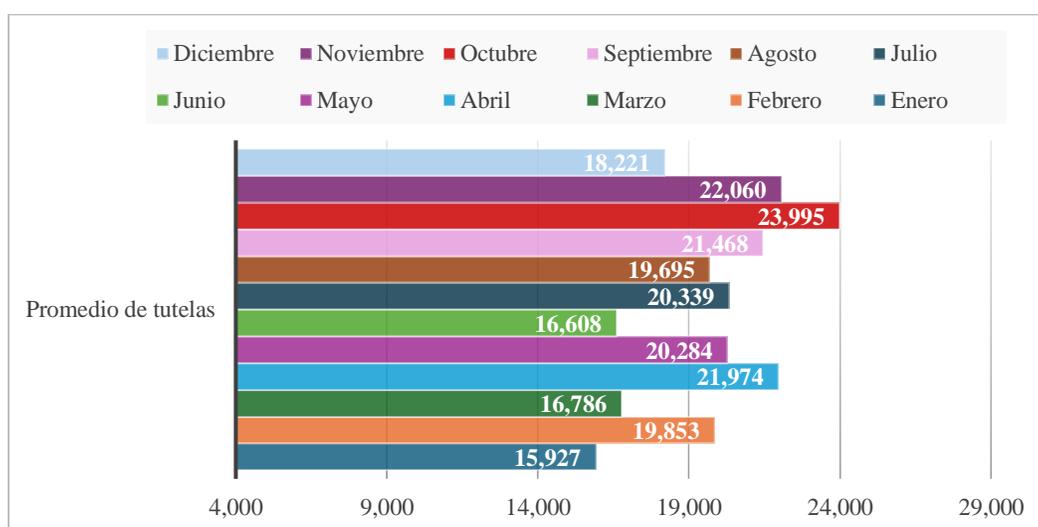


Figura 4. Tutelas por mes en salud para la vigencia de 2023. Datos aportados por el MSPS. Elaboración propia

Pretensiones	Citas médicas	18,6%	Pertenencia étnica ²¹²	Afrocolombiano	9,04%	Estado de gestante	Sí	1,66%
	Procedimientos y tecnologías	15,7%		Indígena	0,88%			
	Otras pretensiones	12,5%		Palenquero de San Basilio	0,07%	Nivel de pobreza	Pobreza moderada	20%
	Medicamentos	11,1%		Raizal	0,07%		Pobreza extrema	27%
	Servicio complementario	9,5%		ROM	0,07%		Vulnerable	18%
Mujer	55,2%	Población Especial ²¹³	Víctimas del conflicto	6,19%		RC	47,00%	

²¹² A partir de ahora, la Corte advierte que se reemplazará el término raza por pertenencia étnica en esta categoría, con el fin de adoptar un enfoque más preciso y coherente con los principios constitucionales y los estándares internacionales en materia de derechos humanos.

²¹³ Entre otros como, un 0,27% pertenece a comunidades indígenas, incluida la población reclusa en centros de armonización. La población habitante de calle representa el 0,12% y la población infantil vulnerable bajo protección de instituciones diferentes al ICBF constituye el 0,07%. Por su parte, un 0,06% corresponde a personas que han dejado de ser madres comunitarias, y un 0,040% a personas incluidas en el programa de protección a testigos. Tanto la población desmovilizada y su grupo familiar como la población privada de la libertad por trastornos mentales en cumplimiento de medidas de seguridad representan cada una el 0,021%. Los adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF en el sistema de responsabilidad penal para adolescentes, 0,020%, y la población infantil abandonada a cargo del ICBF, 0,018%. Un 0,015% corresponde a migrantes colombianos repatriados o deportados, al igual que recién nacidos y menores de edad de padres no afiliados. Las personas en prisión domiciliaria a cargo del INPEC que no pertenecen al régimen contributivo o a un régimen especial constituyen el 0,013%. Las personas con discapacidad en condición de abandono representan el 0,010%, y los voluntarios activos de la Defensa Civil, Cruz Roja, Bomberos y su núcleo familiar el 0,004%. Los veteranos de la Fuerza Pública representan el 0,002%, mientras que los menores desvinculados del conflicto armado bajo protección del ICBF y la población Rrom (Gitano) representan cada uno el 0,001%. Finalmente, un 92,8% de la población no se identificó dentro de ninguna de las categorías especiales anteriores.

Género	Hombre	44,8%	Actor	Adultos mayores con escasos recursos y en condición de abandono	0,29%	Régimen de afiliación	RS	51,4%
	Vejez	41,2%		EPS	87,46%		No asegurados	0,5%
Cursos de vida	Adulthood	39,7%	Presencia de alguna enfermedad ²¹⁵	IPS	11,59%	Migrante regular ²¹⁴	Sí	69,92%
	Juventud	5,2%		ET	0,95%		No	30,1%
	Adolescencia	4,6%		Sistema circulatorio	55,1%			
	Infancia	4,7%		Trastornos mentales	6,1%			
	Primera infancia	4,6%		cáncer (Neoplasias)	8,4%			

Figura 5. Caracterización en la medición de tutelas para el 2024. Datos del MSPS. Elaboración propia

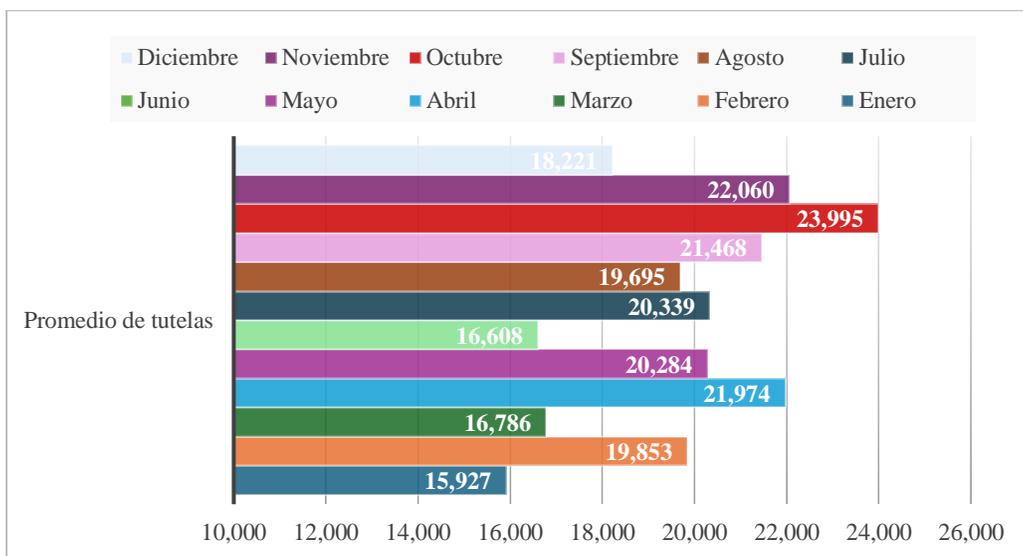


Figura 6. Tutelas por mes en salud para la vigencia de 2023. Datos aportados por el MSPS. Elaboración propia

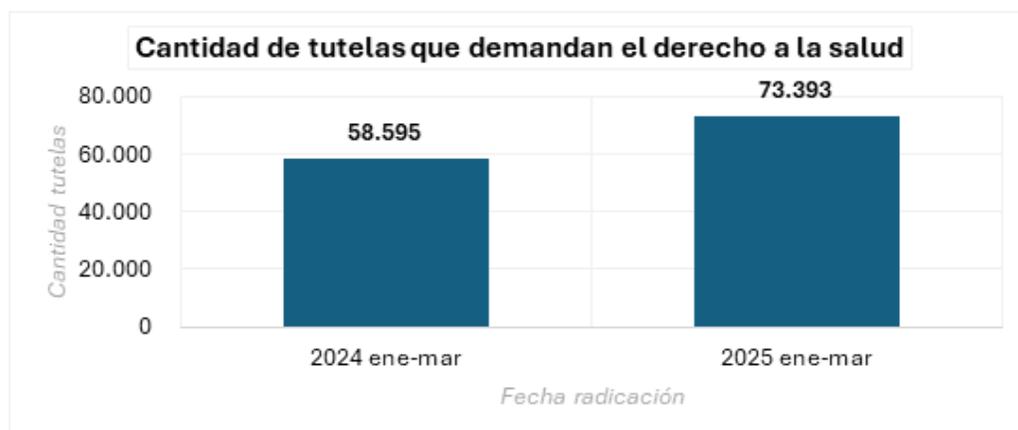


Figura 7. Datos de la Corte Constitucional.

²¹⁴ De esta población los países de origen que ocupan los primeros lugares son: Venezuela, Ecuador, Nigeria y España.

²¹⁵ Se reportaron 527 tutelas de enfermedades huérfanas y raras. Dentro del análisis se contempla un grupo especial de diagnósticos de alto coste que se constituyen como enfermedades huérfanas. En Colombia una enfermedad huérfana es aquella crónicamente debilitante, grave, que amenaza la vida y con una prevalencia (la medida de todos los individuos afectados por una enfermedad dentro de un periodo particular de tiempo) menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra huérfanas y olvidadas. (Ley 1392 de 2010/Ley 1438 de 2011). En este sentido, a pesar de que, estas enfermedades tienen una baja prevalencia en la población, requieren de especial atención, dado que pueden ser “potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo y alto nivel de complejidad. La mayoría de ellas son enfermedades genéticas; otras son cánceres poco frecuentes, enfermedades autoinmunitarias, malformaciones congénitas, o enfermedades tóxicas e infecciosas, entre otras categorías”.

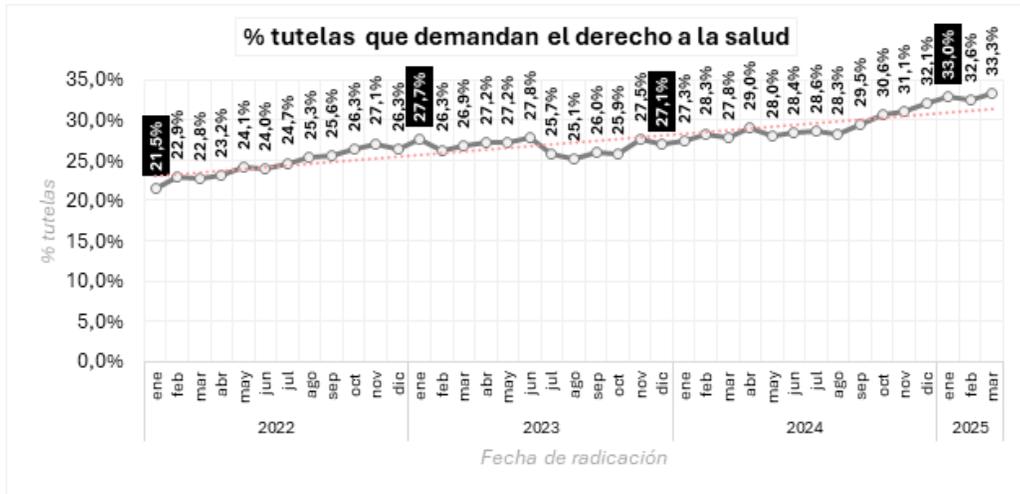


Figura 8. Datos de la Corte Constitucional.

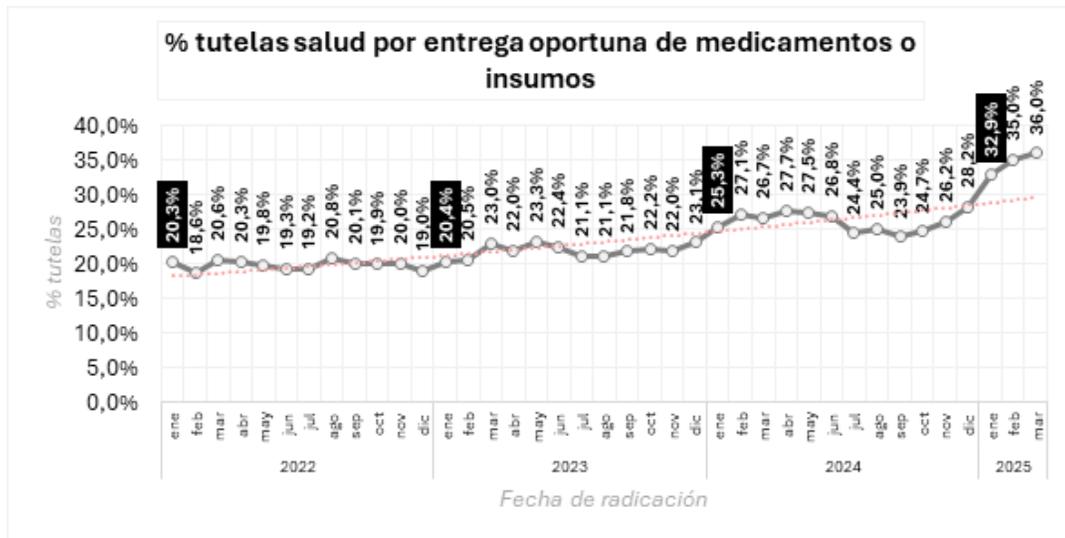


Figura 9. Datos de la Corte Constitucional.

Problema jurídico	2021	2022	2023	2024
1	210	546	52701	39135
3	5	9	1802	3804
4	N/A	N/A	1451	17710
5	17	33	1164	3839
6	N/A	N/A	N/A	294
7	1	N/A	14575	5091
8	N/A	1	2286	8572
9	953	2357	N/A	117625
10	N/A	7	1823	3345
11	N/A	N/A	N/A	311
12	N/A	N/A	6759	562
13	N/A	N/A	N/A	6905
14	N/A	N/A	6759	53751
15	N/A	N/A	N/A	1536
16	8	36	8181	11244
17	22	36	13789	11188
18	66	52	5774	2795

Figura 10. Número de tutela por problema jurídico. Datos del MSPS. Elaboración propia.

2022	
Categoría	Indicador
Acceso a los servicios de salud	Consulta por primera vez por especialista en psiquiatría, consulta por primera vez por psicología, consulta por primera vez por nutrición y dietética, consulta por primera vez por enfermería, tiempo promedio de espera para la atención de cáncer.
Gestión del riesgo	Cobertura de vacunación BCG en recién nacidos, cobertura de vacunación triple viral en niños y niñas de un año de edad, cobertura de vacunación de tercera dosis de polio en menores de un año, pacientes diabéticos e hipertensos controlados.

Promoción y mantenimiento de la salud	Gestantes con captación temprana al control prenatal, gestantes con tamizaje para VIH, proporción de gestantes con tamizaje para sífilis, proporción de gestantes con suministro de micronutrientes, mujeres con toma de mamografía, proporción de mujeres con consulta de planificación familiar, control de placa bacteriana.
Enfermedades de interés en salud pública	MME (Morbilidad Materna Extrema) MM (Muerte Materna temprana), dengue, hipotiroidismo congénito.
2023	
Categoría	subcategoría
Aceptabilidad	Derechos de los pacientes
Accesibilidad	Acceso a la información, acceso a los servicios de salud, acceso a medicamentos esenciales y, cobertura de vacunación
Calidad	Oportunidad, pertinencia y satisfacción de los pacientes
2024	
Categorías a medir	Indicadores
Tecnologías cubiertas	Análisis de la evolución en la cobertura del Plan de Beneficios en Salud.
Servicios de salud disponibles en el país	Camas hospitalarias disponibles en el país
Talento humano en salud	Densidad de profesionales de la salud
Respeto e involucramiento en las decisiones de salud	Tiempo que el profesional dedica para la atención, involucramiento del paciente en las decisiones sobre su salud, suministro de información durante la atención, conocimiento de la historia clínica del paciente, interés del profesional.
Acceso a la información sobre derechos y deberes	Proporción de usuarios que reciben la carta de derechos y deberes, proporción de usuarios que leen la carta de derechos y deberes, proporción de usuarios que reciben asesoría sobre la carta de derechos y deberes.
Acceso a los servicios de salud	Coberturas de afiliación
Acceso a medicamentos	Usuarios que reciben órdenes de medicamentos, usuarios que requieren autorización para medicamentos y les son aprobados, usuarios que reciben los medicamentos
Cobertura de vacunación	Porcentaje de coberturas alcanzadas con los diferentes biológicos.
Oportunidad	Oportunidad de citas de medicina general, oportunidad de citas de odontología general, oportunidad de citas de cirugía general, oportunidad de citas de ginecología, oportunidad de citas de pediatría, oportunidad de citas de medicina interna.
Satisfacción de los pacientes	Satisfacción con diferentes servicios y proporción de quienes recomendarían su EPS

Figura 11. Datos del MSPS sobre los indicadores utilizados en los informes del GEDS en las vigencias de 2022, 2023 y 2024. Elaboración propia.