



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201311300108431

Fecha: 31-01-2013

Página 1 de 1

Bogotá,

Doctora
MARTHA VICTORIA SACHICA DE MONCALEANO
Secretaria General
Honorable Corte Constitucional
Calle 12 No. 7-65 Piso 2 Palacio de Justicia
Bogotá D.C

REFERENCIA: Cumplimiento orden trigésimo
Sentencia T -760 de 2008. Expediente T - 1.281.247 ACCIÓN DE TUTELA
INSTAURADA POR LUZ MARY OSORIO PALACIO CONTRA SALUD COLPATRIA Y
OTROS.

Respetada doctora Martha Victoria:

En cumplimiento de lo dispuesto por los Honorables, Magistrados Jorge Iván Palacio Palacio, Mauricio González Cuervo y Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, me permito remitir el informe anual relacionado con el cumplimiento de la orden Trigésima de la sentencia T - 760 de 2008¹.

Respetuosamente,

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social



¹. "Trigésimo.- 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."

Cra. 13 No. 32-76 Bogotá D.C

PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co



Análisis descriptivo de las tutelas que involucran el servicio de salud en el año 2012

Enfocado en los problemas jurídicos identificados en la Sentencia T760

Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio elaborado por la Universidad de Los Andes bajo Contratos Número 081 y 708 con el Ministerio de Salud y Protección Social. Oscar Bernal, Investigador Principal; Rene Urueña, Nubia Velasco, Francisco Azuero, Co-investigadores; Juan Camilo Forero, Oscar David Barrera, Sofia Catalina Velasco, Johnattan Garcia, Juan Pablo Flechas, Fabián Díaz, Juan Miguel Jiménez Riveros, Santiago Fajardo Peaa; Asistentes de Investigación; Supervisión del contrato: Jaime E. Cardona R., Asesor del Ministerio de Salud y Protección Social

300



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Análisis descriptivo de las tutelas que involucran el servicio de salud y que llegan a la Corte Constitucional Colombiana.

Contenido

1. Marco conceptual.....	6
1.1. Sistema de salud y planes de beneficios	6
1.2. La tutela y la salud.....	7
1.3. Problemas jurídicos identificados en la Sentencia T760	10
2. Metodología	12
2.1. Objetivo general.....	12
2.2. Objetivos específicos.....	12
2.3. Metodología de muestreo propuesta	12
3. Resultados	16
3.1. Análisis descriptivo.....	16
3.2. Análisis de los problemas jurídicos identificados en la Sentencia T760.....	33
3.4. El principio de integralidad en salud	41
3.5. Tendencias con respecto a problemas jurídicos	49
4. Bibliografía	56



Resumen ejecutivo

El objetivo de este estudio es realizar el análisis descriptivo de las tutelas que involucran el servicio de salud en Colombia y que permita al Ministerio cumplir con los requerimientos de la orden trigésima de la sentencia T-760 del año 2008, emitida por la Corte Constitucional. Este análisis cubre los problemas jurídicos descritos en dicha sentencia para el año 2012.

Se calculó una muestra representativa de 1060 tutelas con una confianza del 95% y un error del 3%. Fue recolectada, en campo, información de 1301 tutelas, que corresponden a 2922 solicitudes de servicios de salud de diverso tipo. Se usaron como base los documentos electrónicos de la Superintendencia Nacional de Salud que informan la cantidad de afiliados por EPS y por departamento; existe un documento para cada régimen con corte a Diciembre de 2011. La población de cada departamento fue extraída de las estimaciones del DANE.

Los demandantes son principalmente mujeres con un 51.8%, 49% afiliados al régimen subsidiado, el régimen contributivo corresponde 47.4% de la muestra, en el caso de regímenes especiales es el 0.3% y vinculados solo el 0.1%. El 61% de las demandas revisadas se concentraron en Antioquia, Valle del Cauca, Caldas, Santander y Bogotá, con un 34%, 9%, 8%, 5% y 5% respectivamente. En este mismo sentido se observa que en 14 departamentos se concentran el 89% de las tutelas.

Al comparar los demandantes de tutela con los quintiles de ingreso base de cotización, se encuentra que el 22% de los tutelantes pertenecen al quintil superior, 10% al cuarto y 3% al tercero. El segundo quintil concentra el 31% de las tutelas de la muestra y el primer quintil el 3%. Esto contrasta con la distribución del ingreso en el país, donde solo 3% de la población se encuentra en el quintil superior, mientras 61% está en el inferior.

Las EPS son los entes más demandados con un 74%, seguido por los entes territoriales con un 20%, 3% a las IPS. El 71% de las demandas se concentran en un grupo de 14 EPS, entre ellas, Coomeva EPS, Saludcoop, Caprecom EPS, Nueva EPS, Comfama, Cafesalud, Salud Total, Salud Sura, Comfenalco, Ecoopsos, Asmet Salud EPS, Emssanar, Solsalud EPS y Servicio Occidental de salud; en Comfama se esperan 136,6 tutelas por cada 10.000 afiliados, siendo la tasa más alta de tutelas comparadas con las demás EPS del país.

Se encontró que la prestación de servicios asociados a salud fue el concepto más demandado con 24% de las tutelas, seguido de manejo integral con 23%; el menos demandado fue el concepto de los dispositivos con un 3%.

El 42% de las tutelas solicitan conceptos incluidos en el POS, principalmente por fallas en los tiempos de provisión de los servicios (75%) y 51% demandó conceptos por fuera del plan



obligatorio de salud. El manejo integral fue solicitado en 23% de las tutelas y en nuestro análisis lo consideramos como servicios No POS porque no es claro los servicios que se incluyen.

El 83,3% de las tutelas son concedidas en primera instancia, el 16,7% de las demandas llegan a segunda instancia; con un 95% de confianza se puede afirmar que entre el 89.7% y el 92.7% de los fallos de la segunda instancia son confirmatorios.

El juez, en la mayoría de las tutelas, no se pronuncia sobre la pertenencia al POS. El 91,8% de los expedientes no cuentan con esta información. El 9,1% de los casos se declaran como contenidos en el POS por parte del juez y el 3,9% como no contenidos en el plan de beneficios. En la mayoría de las tutelas no se tiene en cuenta el concepto del comité técnico científico, ya que el 89% del total de los expedientes no cuentan con esta información. Del 11% restante, el 9% de los casos tienen un concepto negativo del CTC y el 2% positivo.

El 32% de los fallos se sustentan en el derecho fundamental a la salud, el 17% en el derecho a la vida, el 15% en el derecho a la protección social y 15% en el derecho a una vida digna y en 79,2% se sustentan en dos o más derechos. Menos del 1% se sustentan en el derecho al mínimo vital.

Respecto a los problemas generales señalados en la Sentencia T-760 que se reclaman con mayor frecuencia, las tutelas en las que se demandan servicios no contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (51%) tienen preponderancia, seguido por tutelas que demandan servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (42%). La ausencia de mecanismo y regulación para acceder a servicios de salud diferentes a medicamentos e incertidumbre en relación con los servicios incluidos representó el 3%. La diferencia entre los planes de beneficios entre el régimen contributivo y subsidiado solo se observó en el 1% de las tutelas.

En cuanto a los problemas específicos señalados en la Sentencia T760, se encuentra un alto porcentaje de las demandas relacionadas con la falla del tiempo de provisión (34.4%), seguido de la negación de servicios No POS cuando la persona los requiere y no puede costearlos (33.3%). La negación de servicios por no pago de la cuota moderadora representó el 8.3%, mientras que la negación de servicios No POS a menores de edad representó el 9.1%. Estas negaciones incluyen servicios No POS, así como exclusiones explícitas del POS definidas por la CRES, como pañales y cosméticos.

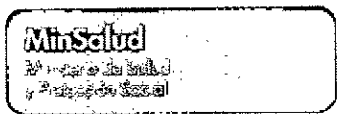
El concepto de "atención integral" es el más demandado. Esto, desde el punto de vista médico implica las acciones preventivas y curativas que reduzcan el riesgo de complicaciones y den continuidad al tratamiento tanto físico, psicológico, de rehabilitación, etc. Desde el punto de vista legal, es una especie de "seguro" que protege el derecho fundamental a la salud; es una

10/10/10
10/10/10
10/10/10
10/10/10



“garantía” de continuidad en el tratamiento del paciente sin necesidad de interponer más tutelas y la EPS podría utilizarlo para hacer múltiples recobros presentes y futuros.

La tutela por medicamentos de marca, merece una atención especial. La norma exige que el médico formule con el nombre del principio activo y la lista del POS se basa en esta denominación internacional. La solicitud explícita de una marca ya clasifica el medicamento en el No POS aunque su producto activo este en el POS.



1. Marco conceptual

Para realizar el estudio descriptivo de las tutelas es necesario tener como referente el funcionamiento del sistema de salud en Colombia así como los planes que se tienen y los beneficios asociados a estos. Por otro lado, es primordial entender cómo el proceso de tutelas está involucrado dentro del sistema de salud.

1.1. Sistema de salud y planes de beneficios

Antes de la década de los noventa, en Colombia el sector salud se encontraba dividido en tres subsectores, el público, el de seguridad social con 23% de los afiliados y el subsector privado con el 10% (Florez, 2002). Este arreglo institucional dejaba sin acceso a los servicios de salud a un porcentaje importante de la población. Con el objeto de corregir esta situación, se promulgó la Ley 100 de 1993, mediante la cual se introdujo un modelo de competencia regulada basada en el aseguramiento, dentro de la cual, los ciudadanos debían afiliarse al régimen contributivo (para empleados y sus beneficiarios) o al subsidiado (desempleados) por medio del aporte de un porcentaje de sus ingresos para el primer grupo y a través de un subsidio estatal para el segundo. Para gestionar las afiliaciones y las redes de prestación de servicios, se crearon administradoras de planes de beneficios.

"Bajo los principios de la universalidad, la solidaridad y la eficiencia" se definieron los planes de beneficios, diferentes para cada régimen, a los que tenía derecho la población. Los ciudadanos no asegurados serían atendidos por la red pública hospitalaria y los miembros de algunas organizaciones (Ecopetrol, Banco de la República, Fuerzas Armadas, entre otras) tenían derecho a planes de servicios diferentes.

Bajo este esquema, la cobertura de aseguramiento aumentó hasta un 96% en 2010 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011) y hay evidencia que mostró un aumento en el acceso, utilización de servicios y protección financiera. Sin embargo, al menos en la etapa inicial de implementación del sistema, algunos estudios encontraron un mayor beneficio del aseguramiento subsidiado en los servicios ambulatorios que en los hospitalarios, ya que estos no están incluidos en el plan de beneficios (Giedion, Diaz, Alfonso, & Savedoff, 2009). Tal como fue planteada la Ley 100, se aceptaba un periodo de transición durante el cual los planes de beneficios serían diferentes, sin embargo, siguiendo el principio de progresividad, los planes se unificarían. A la fecha, los planes de beneficios fueron unificados para toda la población por parte del gobierno nacional.

La encuesta de calidad de vida de 2007 reportó un mayor acceso a primera consulta por parte de la población asegurada que no asegurada; el 79.5% y el 74.4% de los afiliados al régimen contributivo y subsidiado respectivamente consultaron al sentirse enfermos. Los no afiliados solo lo hicieron en un 49.7%. Al analizar la población asegurada, se encontró que persisten



barreras en el acceso a los servicios que afectan especialmente a los afiliados al régimen subsidiado, quienes tenían una menor integralidad y continuidad de servicios producto de las limitaciones en cobertura del POS subsidiado. Adicionalmente, se reportaron barreras al acceso incluso por servicios contenidos en los planes de beneficios. En 2003 se reportó que el 25.6% de los afiliados al régimen contributivo y el 32.4% de los del subsidiado no recibieron las prescripciones formuladas dentro del POS (Yepes, Ramirez, Sanchez, Ramirez, & Jaramillo, 2009).

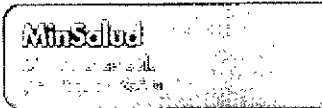
El derecho a la seguridad social y la salud se consagró en los artículos 48 y 49 de la constitución de 1991, que lo clasificó como un derecho social, económico y cultural (Velez Arango, Realpe Delgado, Gonzaga-Valencia, & Castro Castro, 2007). En 2007, el Congreso de la República expidió la Ley 1122 de 2007, la cual ordenó la igualación progresiva de los paquetes de beneficios, con tendencia a igualar el contenido del régimen contributivo; orden que fue ratificada el año siguiente por la sentencia T-760 de 2008 proferida por la Corte Constitucional. En dicho año, la Corte se pronunció con respecto a una serie de problemas jurídicos (que se detallan más adelante) relacionados con el acceso a servicios de salud que fueron negados. En dicha sentencia, se consagró el derecho a la salud como fundamental y se ordenó la toma de medidas para superar el déficit de protección que se evidenció mediante las fallas de regulación constatadas por la Corte.

En 2009 (acuerdos 004 y 005 de la Comisión de regulación en Salud-CRES), en cumplimiento de lo ordenado por la Ley 1122 de 2007 y la sentencia T-760 de 2008, se unificaron los contenidos de los planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado para niños menores de 12 años; posteriormente, en 2010 se extendió este beneficio a los menores de 18 años (acuerdo 011 de la CRES). En 2011 se igualaron los contenidos del POS de los dos regímenes para afiliados mayores de 60 años. En el mes de julio de 2012 se unificó el Plan de Beneficios para el Régimen Subsidiado y Contributivo para la población entre 18 y 59 años (acuerdo 32 de la CRES).

Finalmente, la Ley 1438 de 2011 ordenó una actualización integral del POS para diciembre del 2011, proceso que culminó con los acuerdos 29 y 30 de la CRES. Con esta actualización se pretendió dar una mejor respuesta a las necesidades de servicios de salud por parte de la población y reducir la cantidad de servicios no-POS que se otorgan mediante tutelas.

1.2. La tutela y la salud

Dada la evolución del sector salud colombiano, donde cada vez más personas se encuentran afiliadas al sistema de seguridad social, y al reconocimiento de la salud como un derecho fundamental por parte de la Corte en 2008, sumado a la evolución de los contenidos del POS para ambos regímenes, las vías judiciales para la obtención de servicios han cobrado un gran protagonismo en los últimos años en el país. Si bien en 1994 la Corte conceptuó que la salud no



era un derecho exigible judicialmente de forma directa, sí podía serlo de forma indirecta mediante la conexión con el derecho a la vida y a la vida digna. Posteriormente, con el reconocimiento de la salud como derecho fundamental en 2008, la Corte admitió su protección mediante tutela.

Lo cierto es que desde la promulgación de la Constitución de 1991 y la expedición de la Ley 100 de 1993 las tutelas relacionadas con la salud mostraron un comportamiento ascendente, tendencia que se revirtió a partir de 2008 (Ver Tabla 1). Este aumento llevó a que la salud pasara de ser una causa menor de interposición de tutelas, a representar el 41% de los litigios en 2008 con 142,957 procesos. Cabe mencionar que en general, la cantidad de tutelas se multiplicó por cuatro entre 1999 y 2010; sin embargo, la tasa de aumento de las relacionadas con salud fue más alta que la de las tutelas en general. La tutela se convirtió en el mecanismo por excelencia para acceder a servicios e insumos contenidos en los planes de beneficios o por fuera de estos (Defensoría del Pueblo, 2011).

REGISTRO DE TUTELAS EN COLOMBIA
Período 1999 - 2011

Año	N° Tutelas	Crecimiento anual %	N° de tutelas por cada 10.000 habitantes	Crecimiento anual %	No de Tutelas en Salud	Participación en Salud
1999	86.313		21,72		21.301	24,7%
2000	131.764	52,66	32,71	50,63	24.843	18,9%
2001	133.272	1,14	32,66	-0,15	34.319	25,8%
2002	143.887	7,96	34,82	6,6	42.734	29,7%
2003	149.439	3,86	35,71	2,57	51.944	34,8%
2004	198.125	32,58	46,76	30,95	72.033	36,4%
2005	224.270	13,2	52,29	11,82	81.017	36,1%
2006	256.166	14,22	59,02	12,86	96.226	37,6%
2007	283.637	10,72	64,57	9,41	107.238	37,8%
2008	344.468	21,45	77,5	20,01	142.957	41,5%
2009	370.640	7,6	82,41	6,34	100.490	27,1%
2010	403.380	8,83	88,64	7,56	94.502	23,4%
2011	405.359	0,49	88,04	-0,01	105.947	26,1%
Total	3.130.720				975.551	31,2%

Fuente: Corte Constitucional, Elaboración: Defensoría del Pueblo Informe 2011

Tabla 1: Evolución de la participación porcentual de tutelas en salud

La Ley 1122 de 2007 creó incentivos para los CTC, ordenando que de ser aprobado un servicio por tutela sin tener concepto del CTC, la aseguradora solo podría recobrar el 50% del valor del servicio prestado; esto derivó en una reducción de la cantidad de tutelas relacionadas con la salud. Adicionalmente, esta Ley le otorgó a la SNS facultades jurisdiccionales para resolver algunos de los conflictos relacionados con la prestación de servicios de salud, evitando la interposición de tutelas en algunos casos. A pesar de esto, los recobros por conceptos por fuera del POS han sido una carga financiera importante para el sistema de salud que alcanzó los dos billones de pesos en 2009 y constituye una de las mayores amenazas para la sostenibilidad futura del sistema de salud (Rodríguez Chehade, 2011).



En el informe publicado en 2012 por la Defensoría del Pueblo, se evidenció que en 2011 aumentó levemente la tendencia de disminución de las tutelas relacionadas con la salud, las cuales pasaron de representar el 27.1% del total en 2009 al 23.4% en 2010 (Defensoría del Pueblo, 2011). Adicionalmente, se aseguró que dos tercios de las solicitudes contenidas en las tutelas correspondieron a conceptos que hacen parte del POS; no se aclaró sin embargo, si estas reclamaciones se hicieron por negación de los servicios o por temporalidad en la prestación de estos. En cuanto al análisis regional, Antioquia fue el departamento con una mayor participación del total de tutelas (26.2%), seguido por Valle (10.7%) y Bogotá (9.9%); cabe mencionar, que no hubo homogeneidad en la disminución de la cantidad de tutelas con respecto a 2009 y mientras en algunas regiones disminuyeron, en otras hubo aumentos tal como se muestra en la Tabla 2.

TUTELAS EN SALUD, SEGÚN DEPARTAMENTO					
Período 2009 - 2010					
	2009		2010		Variación n %
	N° Tutelas	Part. %	N° Tutelas	Part.	
Antioquia	28.768	28,6	24.758	26,2	-13,9
Valle	11.070	11,0	10.116	10,7	-8,6
Bogotá D.C	10.893	10,8	9.390	9,9	-13,8
Caldas	5.805	5,8	6.449	6,8	11,1
Santander	5.622	5,6	5.351	5,7	-4,8
Tolima	3.541	3,5	3.843	4,1	8,5
Risaralda	3.813	3,8	3.636	3,8	-4,6
Cauca	3.334	3,3	3.276	3,5	-1,7
Norte de Santander	2.814	2,8	3.313	3,5	17,7
Atlántico	3.248	3,2	2.956	3,1	-9,0
Bolívar	3.558	3,5	2.863	3,0	-19,5
Nariño	1.738	1,7	2.215	2,3	27,6
Cesar	1.994	2,0	2.105	2,2	5,6
Quindío	1.811	1,8	1.591	1,7	-12,1
Huila	1.636	1,6	1.598	1,7	-2,3
Meta	1.170	1,2	1.511	1,6	29,1
Córdoba	1.783	1,8	1.466	1,6	-17,8
Magdalena	2.106	2,1	1.547	1,6	-26,5
Boyacá	1.258	1,3	1.387	1,5	10,3
Cundinamarca	1.414	1,4	1.361	1,4	-3,7
Sucre	886	0,9	1.022	1,1	15,3
Caquetá	491	0,5	619	0,7	26,1
Chocó	450	0,4	505	0,5	12,2
La Guajira	417	0,4	478	0,5	14,6
Arauca	227	0,2	353	0,4	55,5
Casanare	162	0,2	252	0,3	55,6
Putumayo	132	0,1	177	0,2	34,1
Guaviare	81	0,1	86	0,1	6,2
San Andrés	151	0,2	93	0,1	-38,4
Vichada	28	0,0	63	0,1	125,0
Amazonas	54	0,1	62	0,1	14,8
Guainía	31	0,0	47	0,0	51,6
Vaupés	8	0,0	13	0,0	62,5
Total	100.490	100,0	94.502	100	-6,0

Tabla 2: Distribución de las tutelas por departamento para el periodo 2009-2010

Fuente: Defensoría del Pueblo.



De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, el 79.7% de las tutelas fueron concedidas en primera instancia. La mayoría de negaciones se dieron por fallecimiento del actor o por otorgamiento de los requerimientos antes del fallo.

1.3. Problemas jurídicos identificados en la Sentencia T760

A partir de la sentencia T-760, se hizo necesario medir el comportamiento de las tutelas que resuelven los problemas jurídicos planteados en dicha sentencia y su comportamiento en el tiempo. Adicionalmente, se deben observar las dinámicas regionales, así como los conceptos demandados y su pertenencia al plan de beneficios.

Los problemas jurídicos planteados en la sentencia se dividen en generales y concretos, a saber:

Generales:

1. *“¿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?”*
2. *¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas, al permitir que la mayoría de las decisiones judiciales que tutelan 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?*
3. *¿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? ¿Habida cuenta de que el derecho a la salud impone al Estado el deber de avanzar progresivamente hacia la ampliación de los servicios asegurados, la menor cobertura para los niños y niñas del régimen subsidiado puede prolongarse indefinidamente al igual que las diferencias de cobertura respecto de los adultos?*
4. *¿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?”*

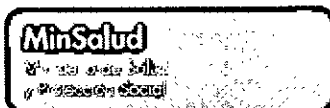
Concretos:

- *“¿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?

- *¿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?*
- *¿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?*
- *¿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?*
- *¿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?*
- *¿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?*
- *¿Desconoce el derecho a la salud una entidad que se niega a afiliar 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?*
- *¿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?*
- *¿Vulnera el derecho a la salud la interpretación restrictiva del POS, según la cual se entienden excluidos los insumos no mencionados expresamente en el POS, y procede en consecuencia su recobro ante el Fosyga cuando son ordenados por un juez de tutela?"*



310.

2. Metodología

2.1. Objetivo general

Realizar un informe que cumpla con los requerimientos de la orden trigésima de la sentencia T-760 del año 2008 de la Corte Constitucional, en el cual se brinde un análisis descriptivo de las tutelas que invocan el derecho a la salud, que lleguen a la Corte Constitucional y se identifique, con base en el análisis descriptivo, la situación de los problemas jurídicos identificados en dicha sentencia.

2.2. Objetivos específicos

- 1 Diseñar un modelo de caracterización de las tutelas que se pueda utilizar para los estudios anuales sobre la tutela y el derecho a la salud.
- 2 Realizar una propuesta para realizar el seguimiento y monitoreo de las tutelas que invocan el derecho a la salud.
- 3 Levantar los datos de una muestra aleatoria representativa de tutelas para el período definido con el objetivo de poder iniciar un análisis de tendencias sobre la base de los problemas jurídicos expresados por la Corte en la Sentencia T-760 y su relación con las políticas implementadas por el gobierno para atenderlos.

2.3. Metodología de muestreo propuesta

2.3.1. Estudio piloto

Esta fase tuvo por objeto hacer una validación de las variables propuestas, así como de la herramienta de recolección de datos. Se estimó tomar una muestra aleatoria del 3% del total de la población. Las tutelas de la muestra fueron clasificadas teniendo en cuenta las variables que iban a ser estudiadas.

2.3.2. Técnica de Muestreo

El objetivo del estudio fue analizar una muestra representativa de las tutelas e inferir características generales, de aquellas interpuestas invocando el derecho a salud. Se definió como población o universo (N) el conjunto de tutelas que llegaron a la Corte durante el año 2012.

Dado que no existe una base de datos que permita conducir un Muestreo Aleatorio Simple (MAS), se propuso usar Muestreo Sistemático. Esta es una aproximación bastante usada en las



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

condiciones de operación disponibles en la Corte y descritas por ellos. Una vez determinado el tamaño de la muestra (n), se analizarán expedientes, seleccionados aleatoriamente, de manera que entre uno y otro existieran $\left\lfloor \frac{N}{n} \right\rfloor$ expedientes.

El tamaño exacto de la población (N) no se conocía, por esta razón y sólo con este propósito, este tamaño fue estimado como la cantidad promedio mensual de tutelas que son interpuestas en un mes, por motivos relacionados a la salud durante el 2011¹. Para garantizar la aleatoriedad del proceso, la técnica fue inicializada a través de un número aleatorio.

2.3.3. Determinación del tamaño de la muestra

Dado que se desconocía el tamaño de la población (N), el tamaño de la muestra se pudo calcular como sigue:

$$n = \frac{Z^2 PQ}{E^2}$$

Donde:

n Es el tamaño de la muestra

P Es la proporción estimada tutelas que cumplen una característica de interés

Q Es el complemento de P : $Q = 1 - P$

E Es el error estimado

Z Está asociado al nivel de confianza definido

Para este estudio se ha definido:

$P = 0.5$, $E = 3\%$ y $Z = 1.96$ (Asociado a un nivel de confianza del 95%)

En conclusión, una muestra de 1.060 tutelas permitirá concluir a cerca de cualquier característica de la población con una confianza del 95% y un error del 3%.

Formato de recolección

Se diseñó un macro en Excel que permitió recoger la información de las tutelas relacionadas con las variables a medir. La tabla 1 muestra el formato de recolección y la información asociada a cada espacio. En este formato, cada una de las numeraciones corresponde a la siguiente información:

1 Código asignado por la Corte

2 El usuario tiene la opción de seleccionar entre M o F según la persona "vulnerada"

3 El usuario selecciona entre: mayores de 18 años o menores de 18, según la persona "vulnerada"

¹ Se usó como base la información de las tutelas de salud interpuestas en 2009 y 2010 tomada del estudio de la Defensoría del pueblo: La tutela y el derecho a la salud.



- 4 El usuario selecciona entre: Contributivo, Subsidiado, Vinculados, Especiales, Sin información
- 5 El usuario selecciona entre: cualquier departamento de Colombia
- 6 El usuario selecciona entre: EPS, IPS, Ente territorial, MPS, Fosyga, Otros
- 7 El usuario selecciona entre: Medicamento, Procedimiento, Servicio, Manejo Integral, Otros, Sin información
- 8 El usuario selecciona entre: Concedido, Negado, No aplica
- 9 El usuario selecciona entre: Concedido, Negado, Sin información
- 10 El usuario selecciona entre: Derecho fundamental a la vida, Derecho fundamental a la salud, Derecho a la salud personas de tercer edad, Derecho de la salud niñez, Otro
- 11 El usuario selecciona entre: POS, No POS, Sin pronunciamiento
- 12 El usuario selecciona entre: Concedido, Negado, No aplica
- 13 El usuario selecciona entre: Si, No, Sin información
- 14 El usuario selecciona entre: POS, No POS, POS y No POS, Difícil clasificación
- 15 El usuario selecciona entre: Incertidumbre en relación a los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos en el POS, Tutelas que demandan servicios ya contenidos en el POS, Diferencias en el contenido del POS subsidiado y POS contributivo o Regulación en la prestación del servicio (Problemas generales de la Sentencia T760)
- 16 El usuario selecciona entre: No afiliación al sistema, POS del contributivo pero no del subsidiado, Ordenado por médico no adscrito, Exclusiones explícitas, Tratamiento no pertinente, Presentación diferente a la contenida en el POS, Existe alternativa terapéutica, POS pero uso no indicado, Se requiere Copago y la persona no tiene capacidad de pago, No hay disponibilidad en el mercado, No hay disponibilidad del servicio en el municipio de residencia, Falla en el tiempo de provisión, Ausencia de formula médica periódica para provisión, Imposibilidad de transportarse al lugar de provisión, No cotización por desempleo, Negación de traslados por periodo de cotización, Organismo considera que no es de su competencia. (Problemas específicos de la sentencia T760).

CARACTERIZACIÓN DE LA TUTELA	Código		1
	Sexo		2
	Edad (años)		3
	Régimen		4
	Interposición		
	Departamento		5
DEMANDANTE	Primer Apellido		
	Segundo Apellido		
	Primer Nombre		
	Segundo Nombre		
ENTE DEMANDADO	Código		6
	Nombre		
	Tipo		7
CONCEPTO 1	Nombre		
	Código		

Tabla 1: Formato de recolección de datos



2.3.4. Ajuste de la metodología

El estudio piloto se realizó con las tutelas que llegan al Ministerio de Salud. Este proceso sirvió para ajustar el formato de recolección presentado en la tabla 1 y para afinar el instrumento. Como resultado de este piloto se estimó que el tiempo promedio de diligenciamiento era de 20 minutos y se incluyeron como campos: Fecha de nacimiento y Documento de identidad (persona vulnerada).

Al momento de iniciar el trabajo en la Corte, el muestreo no se realizó en días consecutivos. Cada uno de los analistas, fue asignado a un despacho. Esta forma de trabajo asignada por la Corte, hizo necesario ajustar el tipo de muestreo, pasando a una metodología de muestreo sistemático. Dado que cada despacho no tenía el mismo número de tutelas entre despacho y entre días, tomamos muestras cada $x/10$ expedientes, donde x fue el número de tutelas que tenía un despacho y 10 correspondía al número de expedientes a registrar por cada analista en un día.

2.3.5. Modelo de análisis

Posterior a un control de calidad de todos los formularios a través de un análisis de su coherencia interna, se definieron algunas categorías como grupos de edad de acuerdo al interés de este estudio (menores y mayores de edad). Posteriormente se realizaron estadísticas descriptivas (frecuencia, media y promedio), histogramas y gráficos de cada una de las variables. El equipo de trabajo analizó los resultados y desarrolló la discusión y conclusiones del presente documento.

2.3.6. Indicadores

Se buscó recoger una serie de indicadores que den respuesta a la orden 30 de la sentencia T 760 y que incluyen los siguientes:

- 1 % tutelas debido a incertidumbre en los servicios incluidos en el POS.
- 2 % tutelas que demandan servicios ya contenidos en el POS.
- 3 % tutelas por diferencias en el POS.
- 4 % tutelas por ausencia de mecanismo y regulación para acceder a servicios de salud.
- 5 Índice de concordancia en la clasificación del POS entre lo definido por el juez y lo que está en los decretos de la CRES.
- 6 Índice de concordancia entre los fallos de primera y segunda instancia.



3. Resultados

Se recolectó la información de 1301 expedientes de tutelas que llegaron a la Corte durante el 2012. Con esta muestra y para un nivel de confianza del 95% se tiene un error del 3%. Es importante aclarar que los tamaños de muestra para cada variable analizada tuvieron ciertas variaciones debidas a la calidad de la información registrada.

Los resultados se presentan en dos secciones, la primera ofrece un análisis descriptivo de las tutelas, en la que se incluyen análisis de los conceptos y entes demandados, la distribución geográfica por departamentos de las tutelas, el porcentaje de tutelas que incluyen conceptos de Comités Técnico Científicos, el porcentaje de tutelas que incluye concepto sobre el POS por parte del juez, la pertenencia al POS del concepto demandado y finalmente un análisis sobre la equidad en el acceso al instrumento de la tutela por quintiles de ingreso de la población que demanda los servicios. La segunda sección expone un análisis de los problemas jurídicos identificados en la Sentencia T760 en el que se mide el número de decisiones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia, lo cual es el foco de este estudio.

3.1. Análisis descriptivo

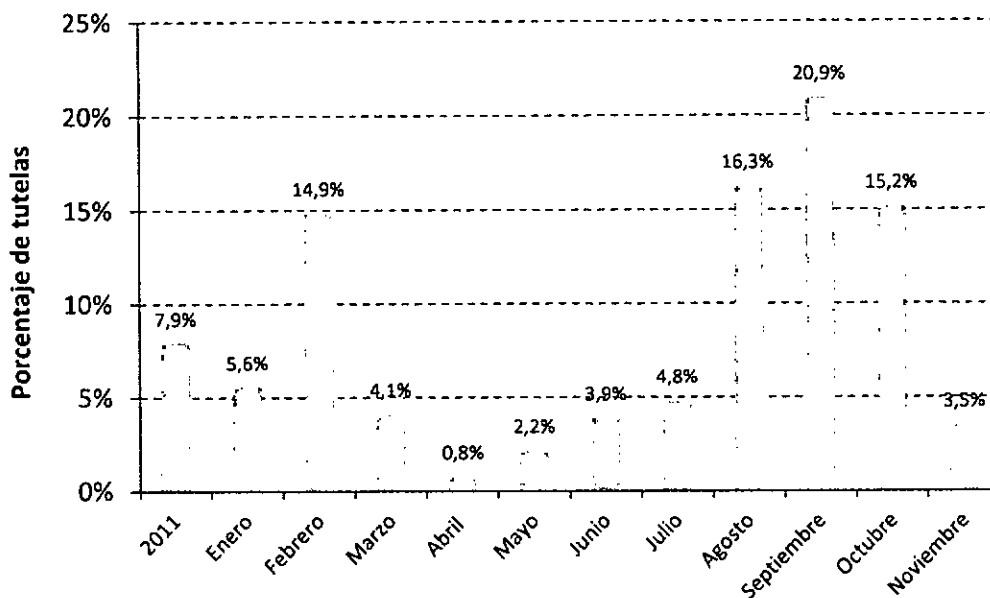
3.1.1. Fecha de admisión de la tutela

El 92.1% de las tutelas fueron instauradas en el año 2012. Las restantes fueron instauradas en el año 2011, pero debido al proceso de apelación o revisión, pasaron por la Corte en el período de recolección de la muestra.² La mayor parte de las tutelas analizadas corresponden al segundo semestre del año (60.7%), tal como consta en la Gráfica 1. El período de recolección de información se concentró en los meses de abril y mayo, y en los meses de octubre, noviembre y principios de diciembre.

² Se estimó en 3 meses el curso de un expediente hasta la Corte, pero en la práctica esto pudo tardar más de un año.



Fecha de admisión de la tutela



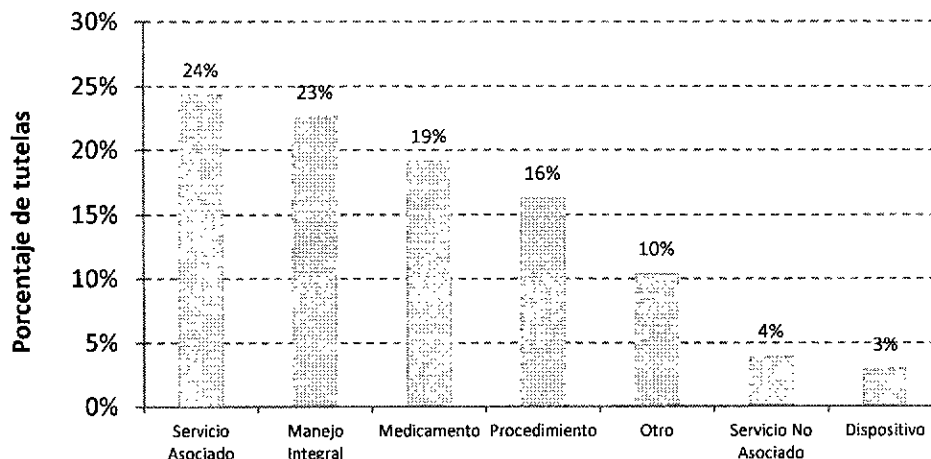
Gráfica 1: Distribución de las fechas de interposición de las tutelas revisadas desde abril hasta diciembre de 2012

3.1.2. Conceptos demandados

Estos conceptos se clasificaron en categorías, a saber: medicamentos, procedimientos, servicios, manejo integral, dispositivos u otros. Se encontró que la prestación de servicios asociados a salud y el manejo integral fueron los conceptos más demandados, 24% y 23% de las tutelas respectivamente; el menos demandado fue los dispositivos con un 3% (Ver Gráfica 2). Cabe mencionar, que en un mismo expediente de tutela se puede demandar más de un concepto. Por otro lado, la demanda puede surgir de una falla en el tiempo de provisión esperado, no necesariamente de la negación explícita del concepto, tal como se detallará más adelante. En la tabla 3 se detallan las categorías que fueron incorporadas en el concepto de "servicio asociado de salud", el cual incluye terapias, diagnósticos, citas y enfermería. En este análisis, el concepto de procedimientos se circunscribe al área quirúrgica.



Conceptos demandados



Gráfica 2: Distribución porcentual de los conceptos demandados

Tabla 3. Ejemplos de servicios NO asociados a salud.

SERVICIOS NO ASOCIADOS A SALUD
Pago de viáticos para desplazarse a la ciudad
Transporte, estadía y acompañamiento
Transporte aéreo a la ciudad de la ciudad de Arauca a Bucaramanga
Transporte
Transporte aéreo a la ciudad de Medellín y hospedaje
Alimentación para el paciente y su acompañante en la ciudad de Medellín
Gastos de traslado aéreo a la ciudad de Medellín para cumplir con la cita de ortopedista infantil
Transporte desde el sitio de residencia
Transporte para tratamientos fuera de la ciudad
Traslado a la ciudad de Neiva
Gastos de traslado y viáticos para el paciente
Viáticos del viaje a Bogotá del paciente y un acompañante
Alimentación del paciente y el acompañante (durante el viaje a bogota)
Transporte para el paciente y un acompañante
Alimentación y alojamiento
Transporte y manutención
Gastos de desplazamiento de Cúcuta a Bucaramanga para la cita de reumatología
Gastos de transporte aéreo de Cúcuta a Bogotá
Gastos de transporte y estadía al municipio de Florencia para realizarse las terapias
Transporte, alimentación y hospedaje del paciente y de su acompañante a la clínica cardio infantil de Bogotá
Servicio de ambulancia para el traslado del paciente
Pasajes interurbanos

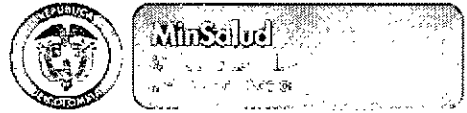


Tabla 3. Cont. Ejemplos de servicios NO asociados a salud.

Viáticos del transporte de Arauca a Bucaramanga para la paciente y un acompañante
Viáticos del traslado a medellin incluyendo alojamiento
Viáticos de transporte y alojamiento del paciente y un acompañante
Viáticos del transporte de Arauca a Bucaramanga para la paciente y un acompañante
Pago de hospedaje y alimentación
Viáticos del traslado a medellin incluyendo alojamiento
Viáticos de transporte y alojamiento del paciente y un acompañante
Gastos del transporte, alojamiento y manutención de la paciente y un acompañante.
Viáticos del traslado de la paciente a armenia
Gastos del traslado, alojamiento, y alimentación de la paciente y un acompañante.
Gastos de transporte aéreo y estadía para acompañante y paciente a la ciudad de Bogotá para valoración genética clínica
Gastos de transporte aéreo y estadía para acompañante y paciente a la ciudad de Medellín para cita oftalmológica
Transporte , alojamiento y alimentación a la ciudad de Cali para consulta por oftalmología pediátrica
Transporte, viáticos y acompañamiento
Gastos de transporte y alimentación a Bogotá
Traslado a la ciudad de Bogotá para realizarse una cirugía de mastoidectomia radical.
Viáticos del traslado del paciente y un acompañante
Viáticos para el transporte del paciente y un acompañante
Viáticos de transporte del paciente y un acompañante
Viáticos del transporte del paciente y un acompañante
Transporte del paciente y un acompañante
Servicio de transporte del paciente y un acompañante
Pasajes de avión a Bogotá para el paciente y un acompañante
Viáticos del viaje del paciente y un acompañante
Viáticos de viaje del paciente y un acompañante
Traslado a la ciudad de la paciente y un acompañante
Transporte interciudad
Hospedaje
Viáticos
Transporte aéreo
Alimentación
Alojamiento para acompañante
Alojamiento
Alojamiento para acompañante
Transporte
Transporte y alojamiento del accionante junto con su acompañante
Transporte terrestre yopal-bogota / bogota-yopal



Tabla 4. Algunos ejemplos de servicios asociados a salud.

SERVICIOS ASOCIADOS A SALUD
Sesiones de terapia psicológica
Curaciones
Gammagrafía de tiroides
Doppler continuo bidireccional periobitario arterial o venoso de mmss aorta, arterias ilíacas y venas cava en miembros inferiores
Cita con fisioterapeuta
Cita psicología
Enfermería domiciliaria
Valoración por especialista de rodilla
Rehabilitación neuropsicológica (3 sesiones)
Cambio de bolsa colostomía , galleta colostomía, pinza bolsa colostomía
Rm de cráneo
Naso laringoscopia
Biopsia endoscópica
Electromiografía
Rmn simple de columna
Valoración de ortopedia y traumatología
Atención médica domiciliaria
Exámenes de hemograma iv hemoglobina, hematocrito, recuento de plaquetas, índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma método automático
Rehabilitación fonoaudiología
Terapia ocupacional
Terapia de neurodesarrollo
Terapias psicológicas neuropedagógicas
Acuaterapia
Colangiografía
Cita oftalmología
Imágenes diagnósticas
Cita ginecólogo
Examen de histocompatibilidad, antígeno Dr. Dq(calseii) por pcr-ssp
Examen de arteriografía coronaria con cateterismo izquierdo
Que se le asigne una enfermera personal a la niña
Que el síndrome de Down sea tratado mediante musicoterapia, acuaterapia, terapia asistida con perros, psicomotricidad y equinoterapia
Laparoscopia diagnóstica biopsia hepática, tp y ttp.
Gastos día y vuelta y hospedaje al lugar que el médico tratante prescriba
Consulta de neurología
Enfermería 8 horas
Valoración de cirugía vascular



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

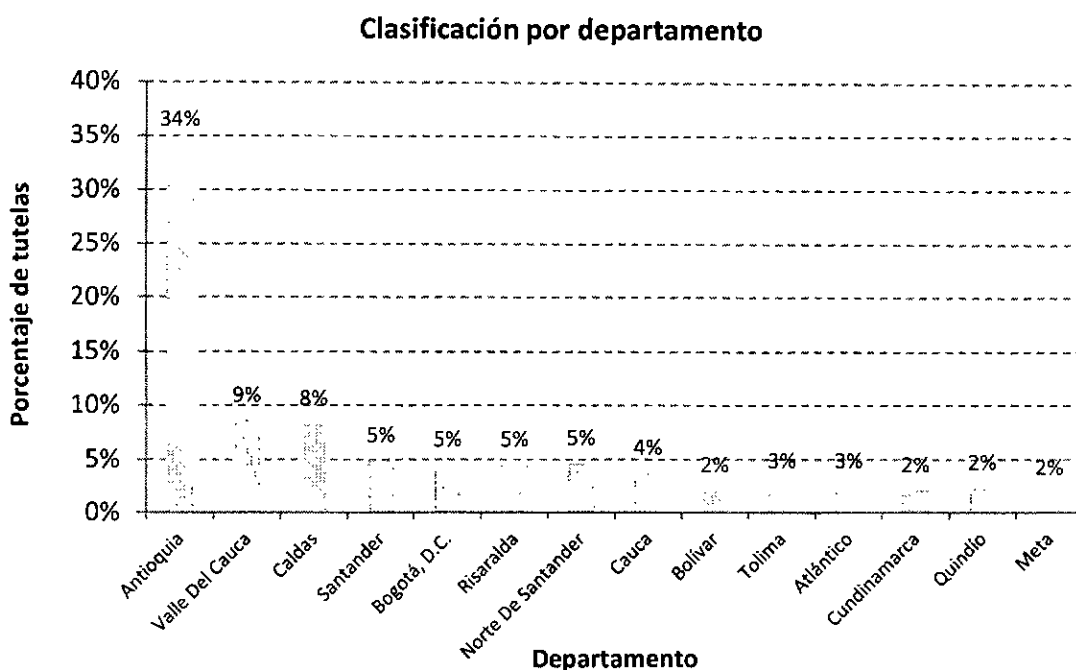
Tabla 4. Cont. Algunos ejemplos de servicios asociados a salud.

Quimioterapias
Continuidad de tratamientos de oftalmología
Continuidad ortoptica
Continuidad optometría
Valoración por especialista en reumatología
Manejo intrahospitalario por reumatología
Tratamiento farmacodependencia
Terapias físicas de rehabilitación
Cita neurocirugía
Revisión interna
Cita especializada articulaciones
Mielograma
Se autorice la continuidad de la consulta en hospital psiquiátrico universitario del valle grande
Cariotipo en medula ósea
Citometría de flujo en medula ósea y hierro medular
Examen de arteriografía cerebral
Cita oftalmología
Valoración integral por autismo
Cita endocrino
Cita psiquiatría
Cita mastología
Cita endocrino
Cita cirujano plástico
Cita con hematólogo
Neuropsicología
Examen electromiografía laríngea



3.1.3. Análisis por departamentos.

Para este análisis se presentan los resultados en distribución porcentual en la Gráfica 3. Se evidencia que el 61% de las demandas revisadas se concentraron en Antioquia, Valle del Cauca, Caldas, Santander y Bogotá. En este mismo sentido se observa que en 14 departamentos se centralizan el 89% de la tutelas. Es importante aclarar, que estos departamentos tienen una alta concentración de población y adicionalmente tienen un mayor número de centros de atención de alta complejidad, por lo que habitantes de todo el país viajan en busca de atención a estas regiones.



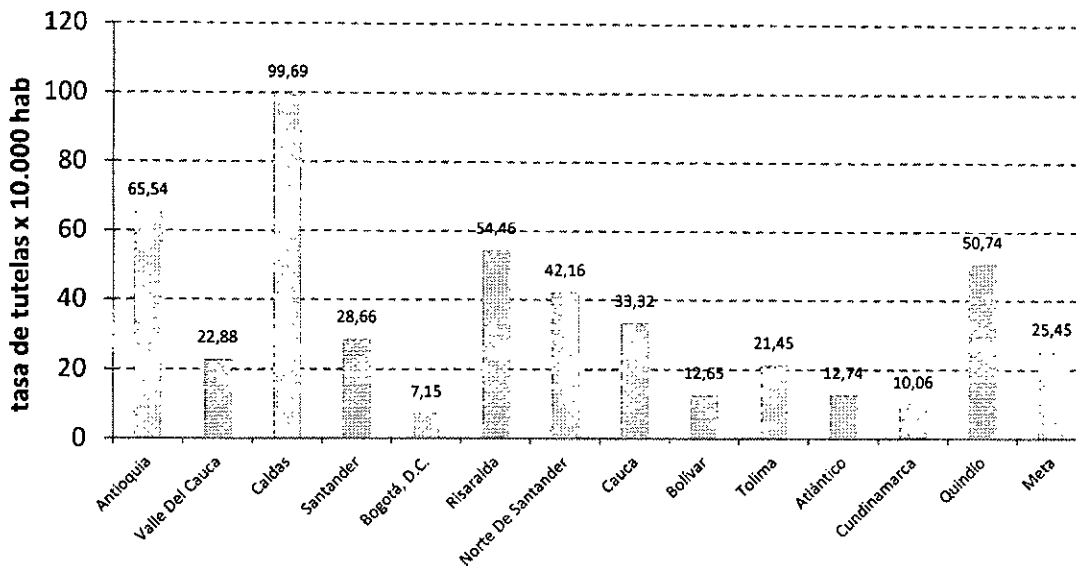
Gráfica 3: Distribución porcentual de las tutelas por departamento

En la gráfica 4 se observa la tasa de tutelas por departamento. En esta se observa que en Caldas se esperan 99.69 tutelas con cada 10.000 habitantes, seguido de Antioquia en la que se esperan 65.54 tutelas por cada 10.000 habitantes. La menor tasa la tiene Bogotá con 7.15 tutelas por 10 mil habitantes³.

³ El resultado para Bogotá es menor al observado en otros estudios, lo cual se debe a que durante parte del estudio hubo un represamiento de las tutelas principalmente en Bogotá debido al paro judicial de finales del año 2012.



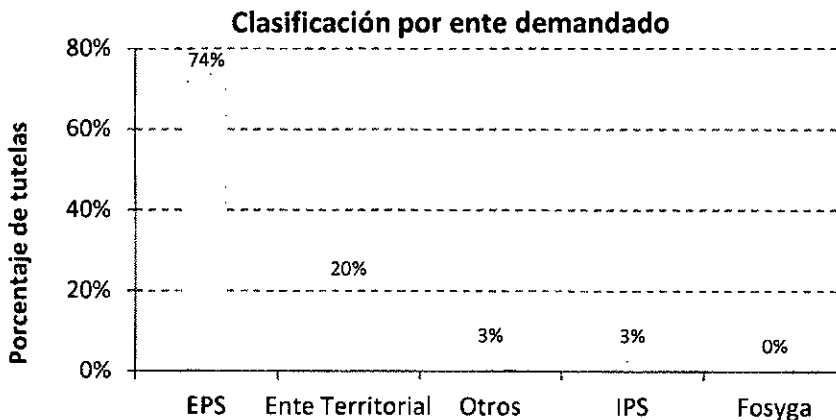
Clasificación por departamento



Gráfica 4: Tasa de las tutelas por 10.000 habitantes por departamento

3.1.4. Entes demandados

Las EPS fueron los entes más demandados en la muestra analizada; el 74% de los expedientes tuvieron a estas organizaciones como accionado, tal como se aprecia de la grafica 5. Un expediente de tutela puede tener más de un ente demandado. Después de las EPS, los siguientes entes más demandados fueron los entes territoriales, los cuales frecuentemente fueron vinculados en las demandas de individuos no asegurados o los pertenecientes al régimen subsidiado. El ente menos demandado fue el Ministerio de Protección Social, actual Ministerio de Salud y Protección Social.



Gráfica 5: Distribución porcentual de las tutelas por ente(s) demandado(s)

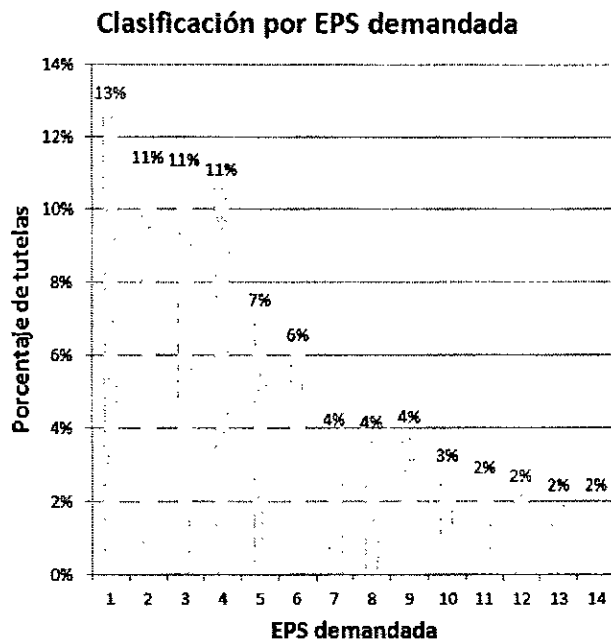


3.1.5. Análisis por EPS

Se encuentra (Gráfica 6) que el 82% de las demandas se concentran en un grupo de 14 EPS, entre ellas, Coomeva EPS, Saludcoop, Caprecom EPS, Nueva EPS, Comfama, Cafesalud, Salud Total, Salud Sura, Comfenalco, Ecoopsos, Asmet Salud EPS, Emssanar, Solsalud EPS y Servicio Occidental de salud. Es importante detallar que Coomeva EPS, Saludcoop, Caprecom EPS y Nueva EPS concentran el 46% de las tutelas, lo cual es coherente con el elevado número de afiliados que tienen esas EPS.

Para analizar la concentración de tutelas por EPS, corrigiendo el sesgo por población afiliada, se observa (gráfica 7) tasa de demandas por EPS por cada 10.000 afiliados. En esta se encuentra que Comfama se esperan 134.6 tutelas por cada 10.000 afiliados, siendo la tasa más alta de todas la EPS del país, seguido por Comfenalco, Ecoopsos y Coomeva.

Código	EPS
1	Coomeva EPS
2	Saludcoop
3	Caprecom EPS
4	Nueva EPS
5	Comfama
6	Cafesalud
7	Salud Total
8	Salud Sura
9	Comfenalco
10	Ecoopsos
11	Asmet Salud EPS
12	Emssanar
13	Solsalud EPS
14	Servicio Occidental de salud

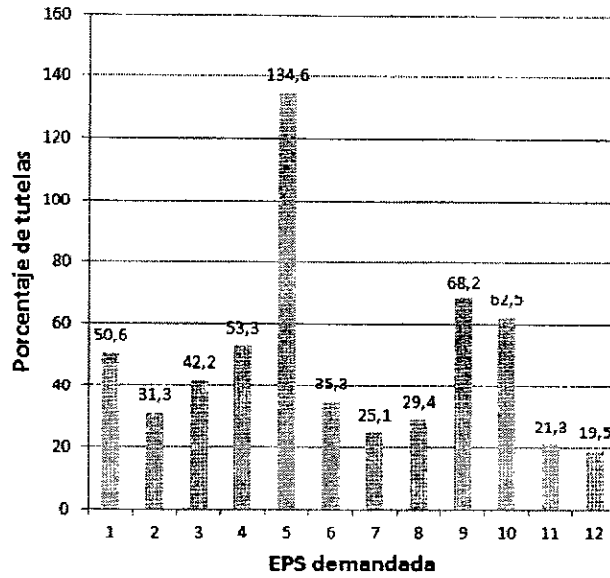


Gráfica 6: Participación de las EPS demandadas



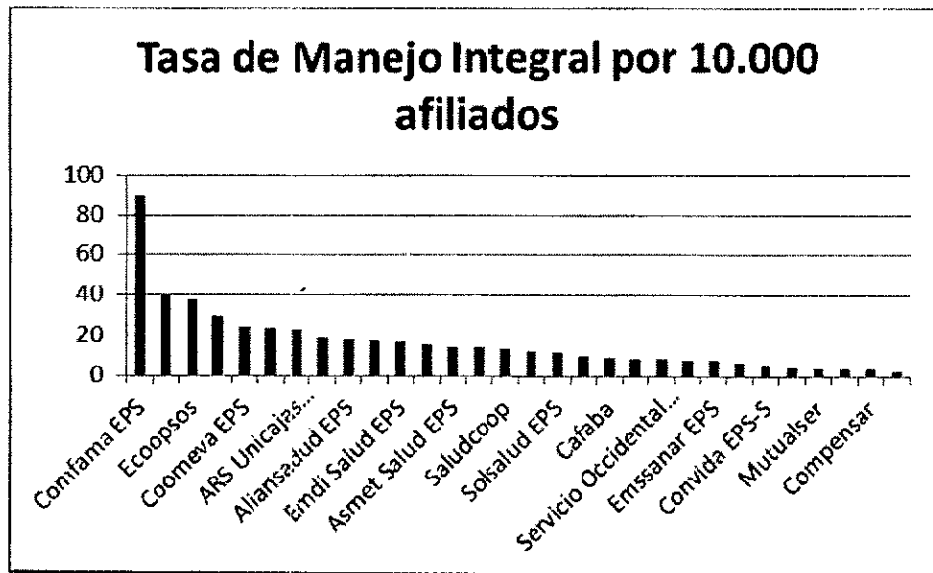
Clasificación por EPS demandada

Código	EPS
1	Cooameva EPS
2	Saludcoop
3	Caprecom EPS
4	Nueva EPS
5	Comfama
6	Cafesalud
7	Salud Total
8	Salud Sura
9	Comfenalco
10	Ecoopso
11	Asmet Salud EPS
12	Emssanar
13	Solsalud EPS
14	Servicio Occidental de salud



Gráfica 7: Tasa de participación de las EPS demandadas por 10.000 afiliados

Si observamos las demandas por tratamiento integral por cada 10.000 afiliados, las EPS con mayor demanda han sido Comfama, Ecoopso, Coomeva y ARS Unicajas (gráfica 8).



Gráfica 8: Tasa de manejo integral por 10.000 afiliados

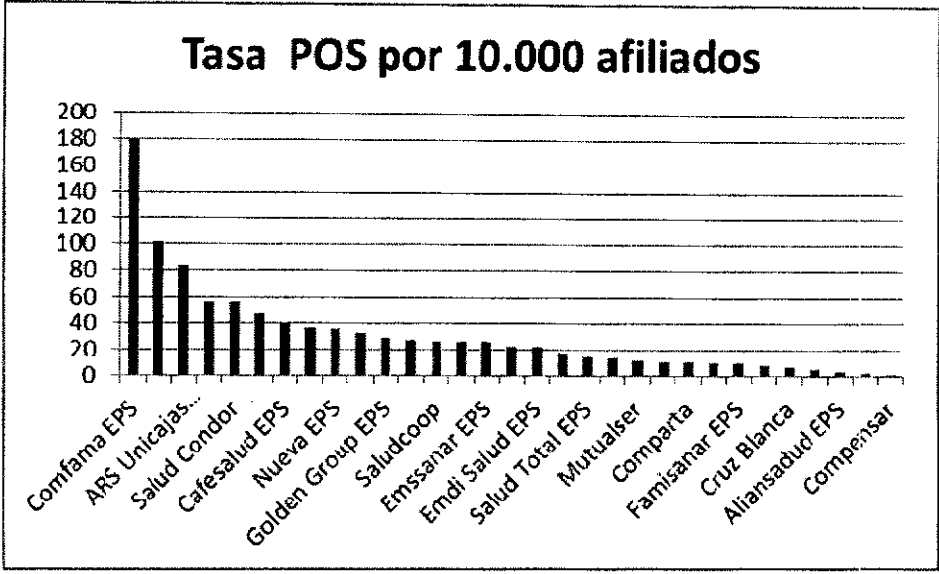


Tabla 5. Tasa de Manejo Integral por 10.000 afiliados.

EPS	Tasa de Manejo Integral por 10.000 afiliados
Comfama EPS	89,4
Salud Condor	40,1
Ecoopsos	37,4
Comfenalco EPS	29,5
Coomeva EPS	24,1
Nueva EPS	23,5
ARS Unicajas Comfacundi	23,0
Cafesalud EPS	18,6
Aliansadud EPS	17,9
Caprecom EPS	17,2
Emdi Salud EPS	16,8
Salud Sura EPS	15,4
Asmet Salud EPS	14,4
Golden Group EPS	13,9
Saludcoop	13,7
Salud Total EPS	12,2
Solsalud EPS	11,8
Humana Vivir EPS	10,0
Cafaba	9,4
Comfamiliar	8,8
Servicio Occidental de Salud	8,8
Comparta	8,1
Emssanar EPS	7,7
Cruz Blanca	6,6
Convida EPS-S	5,6
S Mallamas	4,5
Mutualser	4,3
Sánitas EPS	4,3
Compensar	3,9
Famisanar EPS	2,9

Gráfica 8: Tasa de participación de las EPS demandadas por 10.000 afiliados

Las EPS que más han negado servicios POS, medido por las tutelas por cada 10.000 afiliados, son Comfama, Unicajas, Salud Condor y Cafesalud.



Gráfica 9: Tasa de participación de las EPS demandadas por 10.000 afiliados

Tabla 6. Tasa de EPS que más han negado servicios POS por 10.000 afiliados.

EPS	Tasa POS por 10.000 afiliados	EPS	Tasa POS por 10.000 afiliados
1. Comfama EPS	180,2	17.Emdi Salud EPS	22,1
2. Ecoopsos	101,9	18.Servicio Occidental de Salud	16,9
3. ARS Unicajas Comfacundi	83,5	19.Salud Total EPS	15,1
4.Caprecom EPS	56,6	20.Convida EPS-S	14,4
5.Salud Condor	56,4	21.Mutualser	11,1
6.Comfenalco EPS	46,7	22.Comfamiliar	11,0
7.Cafesalud EPS	40,7	23.Comparta	10,4
8.Humana Vivir EPS	36,5	24.Cafaba	9,7
9.Nueva EPS	35,6	25.Famisanar EPS	9,7
10.Coomeva EPS	32,9	26.Sánitas EPS	7,7
11.Golden Group EPS	28,9	27.Cruz Blanca	6,8
12.Asmet Salud EPS	26,8	28.S Mallamas	4,6
13.Saludcoop	26,3	29.Aliansadud EPS	3,1
14.Solsalud EPS	26,2	30.Capital Salud	2,2
15.Emssanar EPS	25,6	31.Compensar	1,3
16.Salud Sura EPS	22,5		



Las EPS que más han negado servicios por ser prescritos por profesionales no adscritos a su red son Salud Condor, Comfama, Cruz Blanca y Sanitas.



Gráfica 10: Tasa de participación de las EPS demandadas por 10.000 afiliados

Tabla 7. EPS que más han negado servicios por ser prescritos por profesionales no adscritos a su red.

EPS	Tasa profesionales no adscritos por 10.000 afiliados
Salud Condor	8,6
Comfama EPS	6,6
Cruz Blanca	5,0
Sánitas EPS	3,2
Comfenalco EPS	3,1
Nueva EPS	2,6
Saludcoop	2,5
Coomeva EPS	2,1
Humana Vivir EPS	1,7
Solsalud EPS	1,6
Caprecom EPS	1,4
Compensar	1,3
Emdi Salud EPS	1,1
Cafesalud EPS	1,0
Emssanar EPS	0,8
Famisanar EPS	0,7
Salud Sura EPS	0,7



Si le damos un puntaje de 1 a 10 dependiendo de las tasas a cada uno de los problemas analizados y luego se suman, encontramos que las EPS desempeño bajo son Salud Condor, Comfama, Comfenalco, Ecoops y Coomeva.⁴

Tabla 9. Ordenamiento de EPS por tutelas de negación de servicios.

POS	Puntaje	Integral	Puntaje	Transporte	Puntaje	No adscritos	Puntaje	EPS	Total
Comfama EPS	10	Comfama EPS	10	Salud Condor	10	Salud Condor	10	Salud Condor	35
Ecoopsos	9	Salud Condor	9	Coomeva EPS	9	Comfama EPS	9	Comfama EPS	29
ARS Unicajas Comfacundi	8	Ecoopsos	8	Nueva EPS	8	Cruz Blanca	8	Comfenalco EPS	24
Caprecom EPS	7	Comfenalco EPS	7	Saludcoop	7	Sánitas EPS	7	Ecoopsos	22
Salud Condor	6	Coomeva EPS	6	Comfenalco EPS	6	Comfenalco EPS	6	Coomeva EPS	19
Comfenalco EPS	5	Nueva EPS	5	Ecoopsos	5	Nueva EPS	5	ARS Unicajas Comfacundi	12
Cafesalud EPS	4	ARS Unicajas Comfacundi	4	Caprecom EPS	4	Saludcoop	4	Caprecom EPS	12
Humana Vivir EPS	3	Cafesalud EPS	3	Comparta	3	Coomeva EPS	3	Cruz Blanca	10
Nueva EPS	2	Aliansadud EPS	2	Cruz Blanca	2	Humana Vivir EPS	2	Cafesalud EPS	7
Coomeva EPS	1	Caprecom EPS	1	Solsalud EPS	1	Solsalud EPS	1	Humana Vivir EPS	5

3.1.6. Concepto del Comité Técnico Científico

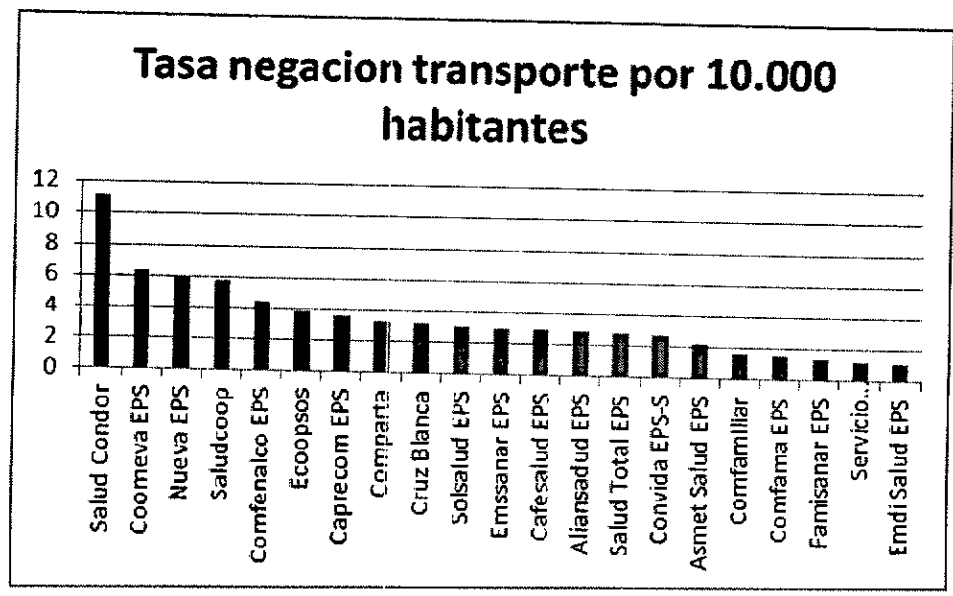
El CTC es el organismo adscrito a las aseguradoras en Colombia que se encarga de dar un concepto técnico a las solicitudes que se encuentra por fuera del plan de beneficios. Una de las utilidades potenciales de este concepto es que le ayude al juez para la toma de decisiones acerca de la pertinencia de los conceptos demandados. Teniendo en cuenta esta utilidad, se busca identificar qué porcentaje de tutelas presenta el concepto del CTC.

Es importante tener en cuenta que el concepto del CTC no es un documento obligatorio en los expedientes y que no en todos los expedientes es pertinente un concepto por parte del CTC, demandas por conceptos contenidos en el POS o puestas por personas no aseguradas, por ejemplo.

⁴ Estas variables también fueron utilizadas para el cálculo del ordenamiento de EPS entregado a la Corte en respuesta al Auto 260 de 2012.



Las EPS que más negaron transporte fueron Salud Condor, Coomeva, Nueva EPS y Saludcoop.



Gráfica 11: Tasa de participación de las EPS demandadas por 10.000 afiliados

Tabla 8. Tasa negación transporte por 10.000 habitantes

EPS	Tasa negación transporte por 10.000 habitantes	EPS	Tasa negación transporte por 10.000 habitantes
1.Salud Condor	11,1	12.Cafesalud EPS	2,9
2.Coomeva EPS	6,3	13.Aliansadud EPS	2,9
3. Nueva EPS	5,9	14.Salud Total EPS	2,8
4.Saludcoop	5,8	15.Convida EPS-S	2,7
5.Comfenalco EPS	4,5	16.Asmet Salud EPS	2,2
6.Ecoopos	3,8	17.Comfamiliar	1,7
7.Caprecom EPS	3,6	18.Comfama EPS	1,6
8.Comparta	3,3	19.Famisanar EPS	1,4
9.Cruz Blanca	3,2	20.Servicio Occidental de Salud	1,2
10.Solsalud EPS	3,1	21.Emdi Salud EPS	1,1
11.Emssanar EPS	3,0	22.Salud Sura EPS	0,7



Se encuentra información de ingreso base de cotización para 662 de los accionantes de las tutelas de la muestra, la Tabla resume los hallazgos. Al comparar los demandantes de tutela con los quintiles de ingreso para el país, se encuentra que el 22% de los tutelantes pertenecen al quintil superior, 10% al cuarto y 7% al tercero. El segundo quintil concentra el 31% de las tutelas de la muestra y el primer quintil el 3%. Esto contrasta con la distribución del ingreso en el país, donde el 3% de la población se encuentra en el quintil superior, mientras 61% está en el inferior.

Tabla 10: Distribución de las tutelas por quintiles de ingresos mensuales per cápita

QUINTILES	IBC_PROM	PERSONAS	%
0*	NULL	181	27%
1	\$ 508.380,70	20	3%
2	\$ 572.772,00	206	31%
3	\$ 783.747,10	45	7%
4	\$ 1.114.159,60	63	10%
5	\$ 7.031.000,00	147	22%
		662	100%

Fuente: *ENCV 2010 **RUAF

La mayor concentración de demandantes en los quintiles superiores de ingreso (39%) se puede relacionar con la mayor cantidad de tutelas en la muestra puestas por afiliados al régimen contributivo e indica que las personas de menores ingresos enfrentan algún tipo de barrera para el acceso a este tipo de herramientas para la garantía de sus derechos, ya que entre los quintiles uno y dos de ingreso se encuentran el 34%. De igual forma, las tutelas se centran en las 4 principales ciudades y la tasa de tutelas en zonas con menos recursos como la costa pacífica o el sur de país son bajas.

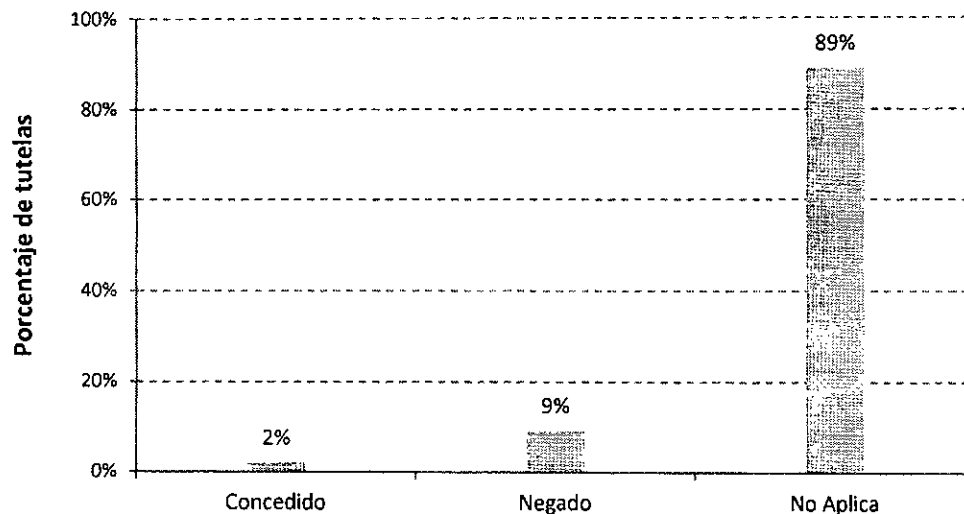
Si bien con la información que se tiene para el desarrollo de este trabajo no se puede hacer un diagnóstico de por qué los quintiles de menores ingresos tienen una menor representatividad en las tutelas, se puede proponer como hipótesis que puede deberse a dificultades de acceso a los organismos judiciales o a desconocimiento de los derechos y los mecanismos establecidos para solicitar la garantía de los mismos. En cualquier caso, se debe considerar la importante concentración de tutelas en los dos quintiles superiores de ingreso, que constituyen el 32% de las tutelas, lo que lo hace un tema que amerita investigaciones más profundas, ya que es una expresión de la inequidad en el sistema de salud.

Para la construcción de los quintiles de ingreso se utilizó un trabajo no publicado del Ministerio de Salud y Protección Social en el que se observa como los recobros se concentran en los quintiles superiores (3, 4 y 5) con un 78%.



Considerando lo anterior, se identifica que el 89% de los expedientes no contaban con concepto del comité y del 11% restante, el 9% de los casos tenían un concepto negativo del CTC y el 2% positivo, como se aprecia en la gráfica 12.

Concepto del comité técnico científico



Gráfica 12: Concepto del CTC

De los conceptos negados por el CTC (14%), se encuentra que el 93% de estos son concedidos por el fallo de tutela en primera o segunda instancia.

3.1.7. Recobros por tutelas.

Con el propósito de identificar los recobros causados por estas tutelas, se cruza la información de cada expediente con la base de datos de recobros generados por tutelas del Fosyga, y se encontraron 207 personas que realizaron recobros en el 2012 que coinciden con los tutelantes (16,8%). El total de solicitud de recobro fue de 2127, para un promedio de 10 solicitudes de recobros por persona y un valor promedio de \$ 451.734 pesos.

3.1.8. Equidad

El objetivo de este análisis es identificar las características económicas y sociales de la población que utiliza la tutela para solicitudes relacionadas con salud, para esto se cruza las tutelas de la muestra con los datos de afiliación del Registro Único de Afiliados del Ministerio de Salud y Protección Social.



Tabla 11: Distribución de los recobros por quintiles de ingresos mensuales per cápita.

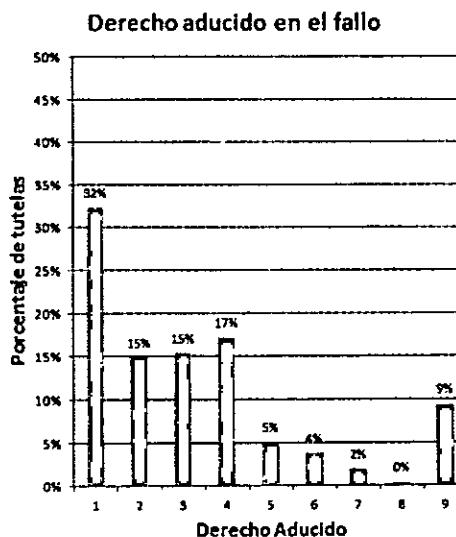
QUINTILES	IBC_PROM	PERSONAS	RECOBROS	%
0*	NULL	48.966	272.139	5%
1	\$ 508.380,70	119.147	806.483	16%
2	\$ 572.772,00	15.895	107.368	2%
3	\$ 783.747,10	82.838	568.325	11%
4	\$ 1.114.159,60	193.032	1.282.744	25%
5	\$ 3.946.805,90	319.503	2.165.955	42%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Calidad.

3.2. Análisis de los problemas jurídicos identificados en la Sentencia T760

Para este análisis se tienen en cuenta tres elementos; el primero busca clasificar las tutelas de acuerdo con los derechos que demandan, el segundo identifica el problema jurídico general asociado, finalmente se clasifican los problemas categorías específicas.

Código	Motivo
1	Derecho Fundamental a la salud
2	Derecho a una vida digna
3	Derecho a la protección social
4	Derecho Fundamental a la vida
5	Derecho a la salud en conexidad con la vida
6	Derecho a la salud de la niñez
7	Derecho a la salud de personas de tercera edad
8	Derecho al mínimo vital
9	Otros



Gráfica 14: Derechos vulnerados que motivan el fallo de las tutelas

Las tutelas que se escogieron para el análisis corresponden a aquellas que previamente se habían asociado al derecho de la salud y protección social. Sin embargo, cabe analizar con mayor detalle los diferentes elementos que caben dentro de este derecho. Así, se podrían clasificar las tutelas de acuerdo como se observa en la gráfica 14: derecho fundamental a la salud, a la vida, a la protección social, a la vida digna, a la salud de la niñez, a la salud de personas de tercera



edad, a la salud en conexidad con la vida, al mínimo vital y otros. De la Gráfica se aprecia que el derecho fundamental a la salud (32%) y la vida (17%) fueron los más tutelados, seguido del derecho a una vida digna y el derecho a la protección social, con un 15% respectivamente. Y las demás categorías corresponden al 20%.

Luego de clasificar las tutelas relacionadas con reclamaciones sobre aspectos del sistema de salud por el tipo de derecho que se reclama, se procedió a clasificarlas por tipo de problema general de acuerdo con los siguientes criterios:

Problema general 1.- Incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del plan obligatorio de salud: Se incluyen solicitudes de medicamentos, servicios, insumos que no aparecen claramente en las listas del POS o en la lista de exclusiones. También medicamentos que sí están en el POS pero con presentaciones diferentes.

Problema general 2.- Tutelas que demandan servicios ya contenidos en el Plan Obligatorio de Salud: Se incluyen solicitudes de medicamentos, servicios, insumos que aparecen claramente en las listas del POS y no están en la lista de exclusiones.

Problema general 3.- Diferencias en los planes de beneficios de los dos regímenes, a pesar del deber de progresividad en los servicios: Se incluyen solicitudes de medicamentos, servicios, insumos que aparecen en las listas del POS del régimen contributivo pero no en el régimen subsidiado.

Problema general 4.- No haber fijado y regulado un procedimiento mediante el cual la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio, diferente a medicamentos, garantice el acceso efectivo al mismo: Se incluyen problemas de oportunidad en la asignación de las citas o procedimientos, deficiencias en la red de prestación o barreras de tipo administrativo para prestar los servicios.

En el estudio se ha agregado un quinto problema general. Problema general 5.- Tutelas que demandan servicios NO contenidos en el Plan Obligatorio de Salud: Se incluyen solicitudes de medicamentos, servicios, insumos que NO aparecen claramente en las listas del POS o están en la lista de exclusiones.



Tabla 12. Ejemplos de casos considerados como incertidumbre

INCERTIDUMBRE
Kit de aseo
Enfermería domiciliaria
Transporte guadalupe-garzón-neiva
30 Jeringas para insulina
Enfermedad desconocida
Transporte aéreo de la ciudad de Arauca a Bucaramanga
Enfermedad pulmonar oclusiva crónica
Risperidona tableta dispensable 5 mg
Enfermería permanente
Cita de neuropediatría con el médico anterior
Asignación de cama hospitalaria
Asistencia de enfermería
Visita domiciliaria idz
Curaciones diarias domiciliarias

Tabla 13. Problemas generales demandados en las tutelas 2012.

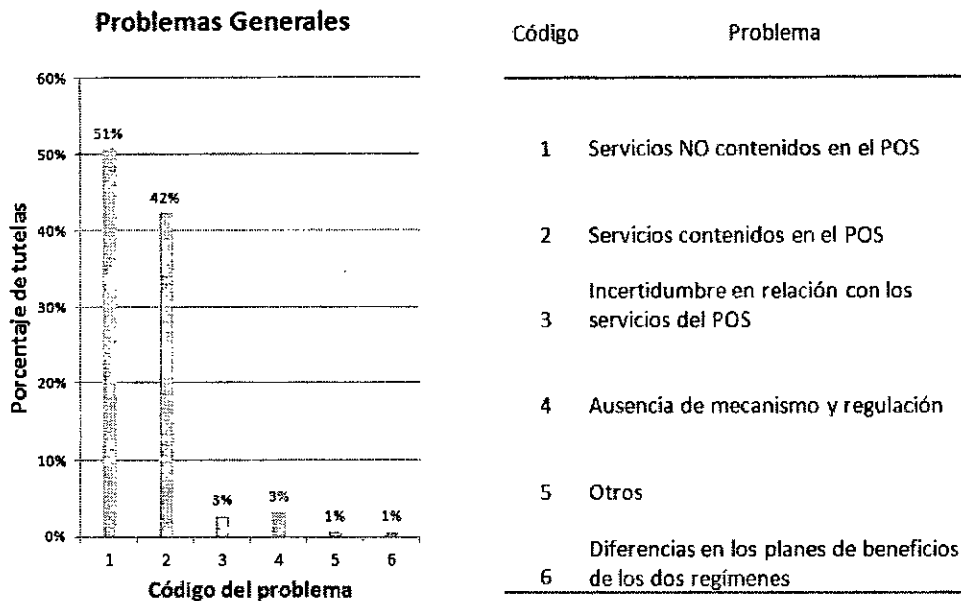
Problemas Generales	Solicitudes	%
Incertidumbre en relación con los servicios del POS	77	2,60
Servicios contenidos en el POS	1228	42,02
Diferencias en los planes de beneficios de los dos regímenes	19	0,65
Ausencia de mecanismo y regulación	93	3,18
Servicios NO contenidos en el POS	1488	50,92
Otros	17	0,58
Total	2922	100

Problemas generales.

El problema general que se reclama con mayor frecuencia es tutelas que demandan servicios NO contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (51%), seguido por tutelas que demandan servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (42%). Ausencia de mecanismo y regulación para acceder a servicios de salud diferentes a medicamentos representó incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del plan obligatorio de salud representaron el 3% cada uno y es principalmente por solicitudes de transporte o alojamiento. Las diferencias en los planes de beneficios de los dos regímenes, representó solo el 1% de las solicitudes. Es importante anotar que para el momento del levantamiento de la información se



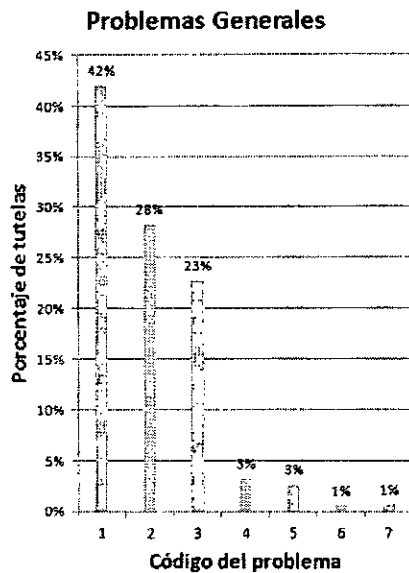
encontraba vigente la unificación del Plan de Beneficios para menores de 18 años y para mayores de 60 años.



Gráfica 15: Problemas generales

En este análisis se consideró la solicitud de tratamiento integral como No POS ya que no es claro los medicamentos o procedimientos que se solicitan y en la lista del POS no está el manejo integral. Esta clasificación es contraria a la defensoría del pueblo que lo consideró dentro del POS.

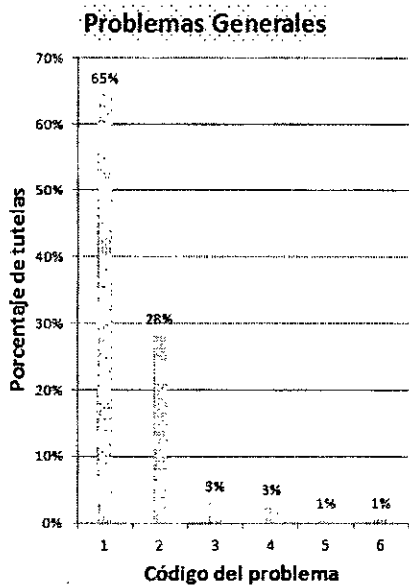
Si separamos el manejo integral como una categoría aparte, los servicios contenidos en el POS representan el 42% y los no contenidos en el POS representarían el 28%, mientras que manejo integral aparte representaría el 23% de los conceptos demandados.



Código	Problema
1	Servicios contenidos en e POS
2	Servicios NO contenidos en el POS
3	Manejo Integral
4	Incertidumbre en relación con los servicios del POS
5	Ausencia de mecanismo y regulación
6	Otros
7	Diferencias en los planes de beneficios de los dos regímenes

Gráfica 16: Problemas generales separando manejo integral como una nueva categoría.

Si el manejo integral lo incluimos en los servicios POS obtendríamos unas cifras muy similares a las presentadas por la Defensoría del Pueblo.



Código	Problema
1	Servicios contenidos en e POS
2	Servicios NO contenidos en el POS
3	Incertidumbre en relación con los servicios del POS
4	Ausencia de mecanismo y regulación
5	Otros
6	Diferencias en los planes de beneficios de los dos regímenes

Gráfica 17: Problemas generales sumando manejo integral al POS..

Se debe manifestar que el hecho de clasificar una tutela bajo uno de los problemas jurídicos no significa que, por ejemplo, el Ministerio reconozca que existe para ese caso específico "incertidumbre" en la definición del Plan de Beneficios o falta de una "regulación" o



“procedimiento”. Más bien, se refiere a que el juez reconoce la reclamación hecha por el demandante que considera que no hay claridad en la norma o hay incertidumbre, por lo cual la tutela queda catalogada bajo ese problema jurídico.

Problemas específicos

Para el análisis de los problemas específicos se tomó cada solicitud en las tutelas y se determinó si ésta cae dentro de alguno de los problemas específicos definidos por la Corte Constitucional en la Sentencia T760. Al hacer el análisis se encontró que un gran porcentaje de las tutelas cae dentro de una categoría diferente a las señaladas por la Corte en la Sentencia, como el caso de las tutelas derivadas de la “oportunidad en el servicio”. En este sentido, se procedió a clasificar las tutelas de acuerdo con los problemas específicos de la sentencia T760 y bajo “otros” problemas específicos.

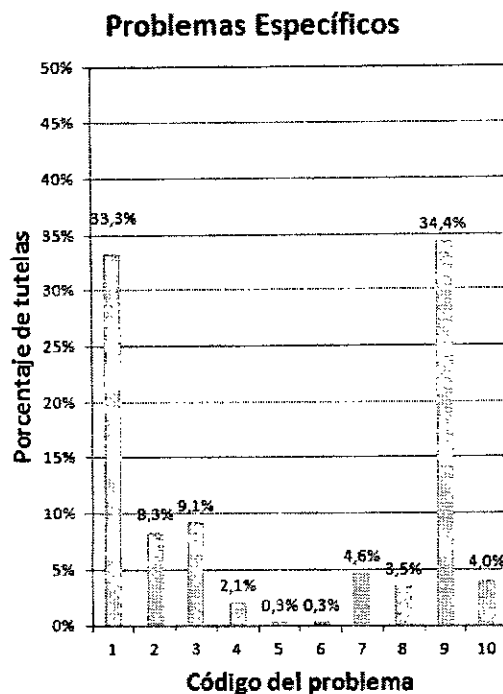
El análisis de los problemas específicos arroja un alto porcentaje de las demandas relacionadas con la falla en el tiempo de provisión (34.9%), seguido de la negación de servicios No POS (32.9%). La negación de servicios por no pago de la cuota moderadora representó el 8.6%, mientras que la negación de servicios No POS a menores de edad representó el 9.2%. Estas negaciones incluyen servicios No POS, así como exclusiones explícitas del POS definidas por la CRES, como pañales y cosméticos.

Tabla 14. Problemas específicos.

Problema Específicos	Solicitudes	%
Negación de servicios No-POS cuando la persona los requiere y no puede pagarlos	974	33,33
Acceso a los servicios condicionando a cancelación de pago moderador que corresponda legalmente	243	8,31
Negación de servicios No-POS a niñas y niños cuando sus responsables no los pueden costear o su vida no depende de ello	267	9,13
Negación de servicios ordenados por profesionales no suscritos	62	2,12
Negación de prestaciones sociales por pago inoportuno	8	0,27
Interrupción de suministro de servicios por desempleo	9	0,30
Negación de traslado a personas o grupos familiares	135	4,62
Negación a responder de fondo una petición para remover un obstáculo	102	3,49
Fallo en el tiempo de provisión	1004	34,36
Otros	118	4,03
Total	2922	100



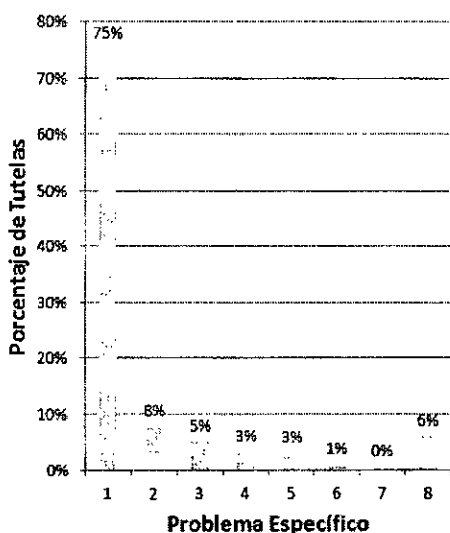
Código	Problema Específico
1	Negación de servicios No-POS cuando la persona los requiere y no puede costearlos
2	Servicios condicionados a cancelación de pago moderador que corresponda reglamentariamente.
3	Negación de servicios No-POS a niñas y niños cuando sus responsables no los pueden costear o su vida no depende de ello.
4	Negación de servicios ordenados por especialistas que no están adscritos
5	Negación de prestaciones sociales por pago inoportuno de aportes
6	Interrupción de suministro de servicios de salud después de un mes de dejar de cotizar por situación de desempleo
7	Negación de traslado a personas o grupos familiares cuyos miembros padecen enfermedades catastróficas y, por tanto, debería esperar más tiempo para poder trasladarse.
8	Negación a responder de fondo una petición para remover un obstáculo en uno de los trámites necesarios para asegurar el adecuado flujo de los recursos
9	Fallo en el tiempo de provisión
10	Otros



Gráfica 18: Problemas específicos

Cuando se miran los problemas específicos solo con los conceptos POS, se encuentra que el 75% de los conceptos tutelados son por fallo en el tiempo de provisión, los demás problemas se encuentran por debajo del 10%.

Clasificación de los conceptos POS



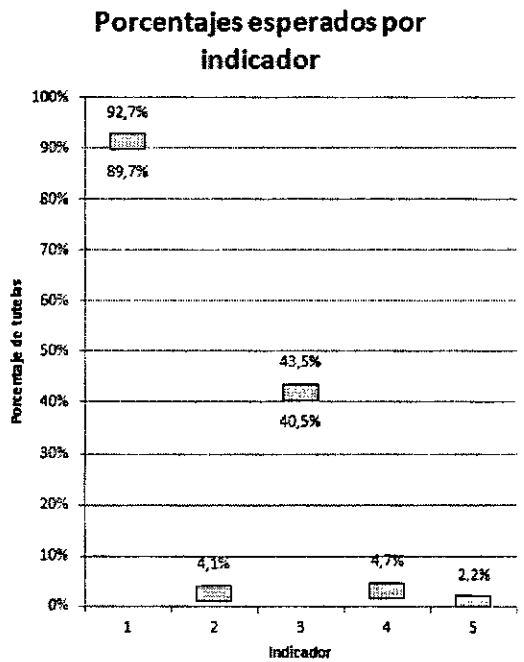
Código	Problema Específico
1	Fallo en el tiempo de provisión
2	Servicios condicionados a cancelación de pago moderador que corresponda reglamentariamente.
3	Negación a responder de fondo una petición para remover un obstáculo
4	Negación de traslado a personas o grupos familiares cuyos miembros padecen enfermedades catastróficas
5	Negación de servicios ordenados por especialistas que no están adscritos
6	Interrupción de servicios por desempleo
7	Negación de prestaciones sociales por pago inoportuno de aportes
8	Otros



Gráfica 19: Problemas específicos por conceptos POS

3.3. Análisis de indicadores.

A partir de estos resultados se construyen indicadores sobre los problemas jurídicos generales de la Sentencia T760, incluyendo el margen de error para cada indicador. Se puede afirmar con un nivel de confianza del 95% que para las tutelas admitidas en el país en un mes, hubo una concordancia entre el fallo de primera instancia y el de segunda de entre el 92.7% y el 89.7% de los casos. De ellas, entre el 0% y el 4.1% de las tutelas fueron por incertidumbre en cuanto al contenido del POS; entre el 43.5% y el 40.5% de las demandas fueron por conceptos ya contenidos en el plan de beneficios; entre el 0% y el 4.7% son por ausencia de mecanismos de regulación para acceder a servicios de salud y solo entre el 0 y 2.2% de las tutelas son por diferencias en el POS subsidiado y el contributivo. Es importante aclarar, que para el periodo analizado, ya se encontraban unificados los planes de beneficios para los menores de edad y los mayores de 60 años.



Código	Indicador
1	Índice de concordancia de los fallos de primera y segunda instancia
2	Porcentaje de tutelas debido a la incertidumbre en los servicios incluidos en el POS
3	Porcentaje de tutelas que demandan servicios incluidos en el POS
4	Porcentaje de tutelas debido a la ausencia de mecanismos y regulación para acceder a servicios de salud
5	Porcentaje de tutelas debido a diferencias en el POS

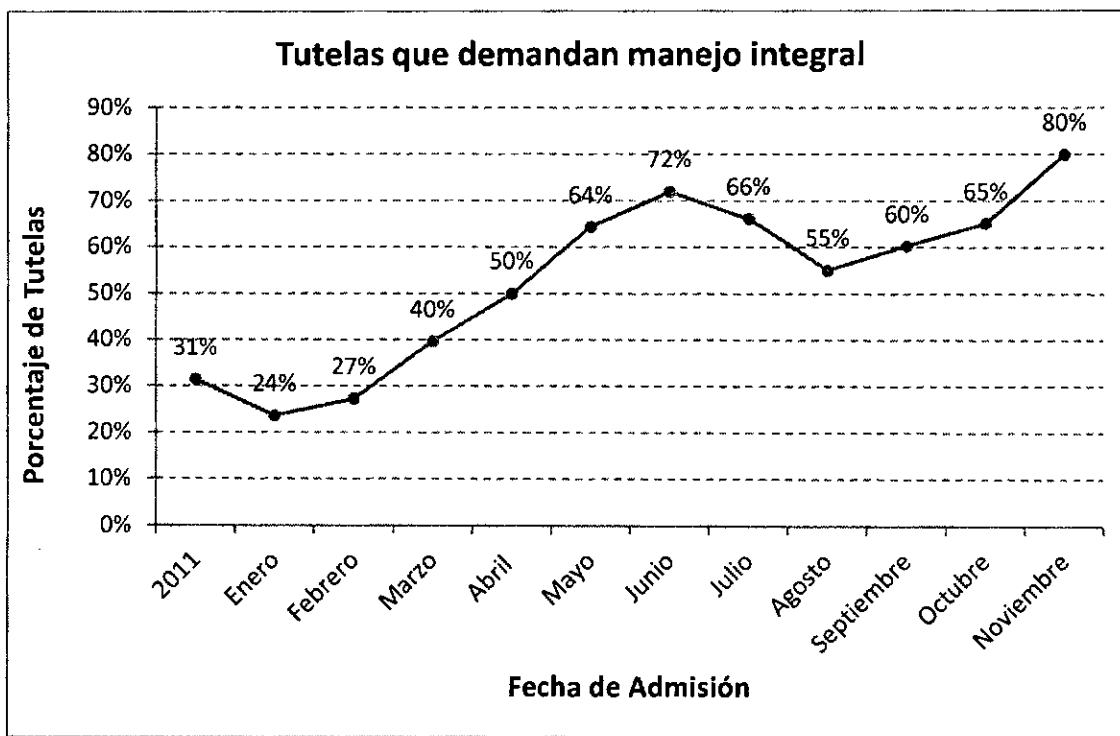
Gráfica 20: Resultado de los indicadores



3.4. El principio de integralidad en salud

Un elemento de interés que surgió en la revisión de los procesos de tutela en la Corte Constitucional, tiene que ver con la cantidad de acciones que solicitaban el manejo integral o tratamiento integral de su enfermedad. Los contenidos y efectos del desarrollo del principio de integralidad en salud es un elemento que merece un análisis especial como bien lo reconoció la Corte en la Sentencia T-760/08.

En el trabajo se hace una identificación del comportamiento de las demandas por concepto de manejo integral. Se observa que el porcentaje de tutelas estudiadas que incluyen manejo integral varía entre el 31 y el 80% (ver grafica 16).



Gráfica 21: Tendencia de tutelas que demandan manejo integral.

3.4.1. La atención integral como deber del Estado con grupos en situación de vulnerabilidad.

Aunque el principio de integralidad en salud se desprende de los principios rectores del Sistema de Seguridad Social en Salud, como lo veremos, es útil recordar que la Corte Constitucional empezó utilizará el concepto de "atención integral" como un mecanismo de protección especial del Estado para personas con un grado especial de vulnerabilidad manifiesta. Así parece



desprenderse de la sentencia T-401/92, cuyo magistrado ponente fue el Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz. En la sentencia se reconoce el derecho a la libertad de tres reclusos que se encontraban privados de su libertad con medidas de seguridad de internación psiquiátrica en manicomio criminal. Según la sentencia “el Estado debe proteger y atender de manera especial a las personas con debilidad manifiesta por su condición económica, física y mental. Los convictos inimputables sujetos a una injusta y prolongada privación de su libertad, cesado el motivo de la correspondiente medida de seguridad, deben ser objeto de la protección integral por parte del Estado si se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta”. Es decir, que el Estado tiene la especial obligación de proteger a aquellos ciudadanos que por ciertas circunstancias, incluidas su salud física y mental, requieren una atención integral para el manejo de su vulnerabilidad.

Para la Corte, esas circunstancias “transforma(n) la obligación genérica del Estado frente a las personas débiles o marginadas, en obligación específica y hace nacer el correlativo derecho a exigir las prestaciones correspondientes por parte de las personas en quienes concurren las circunstancias de debilidad manifiesta”, un concepto que ella misma relaciona directamente con el Derecho a la Salud, por eso ordena al Gobierno, para que a través de los Ministros de Justicia y Salud, “presente los programas de atención y protección integral de las personas que serán beneficiadas con la cesación de las medidas de seguridad y que, en consecuencia, se reintegrarán a la sociedad en circunstancias de debilidad manifiesta”.

Otro claro ejemplo del uso que hace la Corte del concepto de “atención integral” para referirse a la obligación del Estado de atender grupos marginados, es el caso de la personas víctimas del desplazamiento forzoso. En la sentencia T-602/03 establece que “la atención a los desplazados debe ser integral, esto es, debe consistir en un conjunto de actos de política pública mediante los cuales se repare moral y materialmente las personas en situación de desplazamiento y, más allá, se produzca el restablecimiento de las mismas, en consonancia con el ordenamiento constitucional y los Principios Rectores”. Más tarde, en la sentencia T-025/04 y sus autos de seguimiento al declarar el estado de cosas inconstitucional para esta población va a referirse a la obligación del Estado de brindar a dichas personas atención integral, incluso ya se habla del Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada, cuyos objetivos van a estar definidos en la Ley 387 de 1997 y el Decreto 173 de 1998.

3.4.2. Contenidos de la atención integral en los servicios de salud.

Al estudiar el caso de un niño recién nacido que “presenta una parálisis facial y malformación de los dos piecitos en los cuales le faltan tres dedos y en las manos sus dedos se encuentran unidos por una tela de piel”, la Corte Constitucional en sentencia T-953/03, reconoce la protección especial de los niños y de las mujeres durante el embarazo y después del parto. Garantiza la atención integral en salud de las gestantes en concordancia con el artículo 166 de la Ley 100 de 1993 que incluye “dentro del plan obligatorio de salud para los menores de un año la



educación, la información, el fomento de la salud y de la lactancia materna, la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, la prevención de las enfermedades - incluyendo inmunizaciones -, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencia - incluidos los medicamentos esenciales -, además de la rehabilitación, cuando hubiere lugar”.

Con decisiones como ésta el concepto de “atención integral” quedó directamente asociado con la prestación de servicios de salud. Un claro ejemplo de ello es la Sentencia T-1138/08 en la que se señaló que cuando se presenta un accidente de tránsito, los establecimiento hospitalarios o clínicos “tienen la obligación de prestar la atención médica en forma integral a los accidentados, desde la atención inicial de urgencias hasta su rehabilitación final, lo cual comprende hospitalización, suministro de material médico, quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamiento y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y rehabilitación”, en consonancia con la sentencia T-959 de 2005.

En la Sentencia T-699/08, al estudiar el caso de un paciente de cáncer, consideró la Corte que el tratamiento integral es inherente al derecho fundamental a la salud. Establece que pese a que se está prestando el servicio debido a las complicaciones que se pueden presentar en el manejo de su enfermedad y la necesidad de nuevos controles para el tratamiento de la misma, “se hace necesario que se le garantice una atención integral en salud (entiéndase consultas médicas, exámenes, procedimientos quirúrgicos, suministro de medicamentos, hospitalización, etc.), que le brinde una adecuada recuperación, conforme a las prescripciones que los médicos adscritos a la entidad accionada efectúen para tal fin”.

El término “tratamiento integral” también fue usado por el Tribunal Constitucional para referirse al desarrollo del principio de integralidad en salud. La sentencia T-213/06, dijo la Corte, “se puede concluir que la atención integral en salud para los portadores de VIH/SIDA no sólo es un derecho fundamental, exigible a través de la acción de tutela, sino también es una obligación del Estado, en virtud de su posición de garante de la salubridad y el orden público”.

Otro ejemplo es la sentencia T-824/10 que se refirió al tratamiento integral para menor con síndrome de KINSBOURNE. También se pueden encontrar las expresiones “manejo integral” (Sentencia T-862/07), “servicios integrales” (T-524/07) o “terapia integral” (T-824/10), entre otras.

Otro ejemplo del uso del concepto de “atención integral” en servicios de salud se encontró en la sentencia T-1025/02. Al estudiar la vulneración de derechos a un niño intersexual, la Corte aclaró que “la ley de seguridad social en concordancia con la Carta Fundamental dispone que la efectividad del derecho a la seguridad social exige también la aplicación del principio de integridad, según el cual, la cobertura del servicio debe comprender todo aquello que resulte necesario para atender adecuadamente la contingencia en salud”.



3.4.3. Contenidos del principio de integralidad en salud.

Todas estas sentencias estaban orientadas a desarrollar el principio de integralidad en salud. En la sentencia T-518/06 se hizo un análisis de los fundamentos de dicho principio. Amparados en la consagración constitucional de los derechos a la seguridad social y la salud, artículos 48 y 49 de la C.P. respectivamente, señaló que el principio de integralidad ordena todo el sistema de salud desde el preámbulo de la Ley 100 de 1993 para asegurar la calidad de vida para la cobertura integral, luego el literal d. de su artículo 2 lo definió como “la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley”. Más tarde en el numeral 3° de su artículo 153 habló de protección integral en los siguientes términos: “El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud”. A su vez, el literal c- de su artículo 156 expresó que “Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominada el plan obligatorio de salud”.

También se describe la guía de atención integral, definida por el artículo 4° numeral 4 del Decreto 1938 de 1994 como: “el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad; en la que se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial de éstos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada; y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el sistema de seguridad social y por los afiliados al mismo”. Este mismo análisis normativo se contiene en las Sentencias T-179/00, T-133/01, T-062/06 y la T-589/08.

Señaló la sentencia T-518/06 que según la jurisprudencia de esta Corporación el principio de integralidad implica que el derecho a la atención y el tratamiento de los usuarios del sistema de salud son integrales y por tanto incluyen “todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones” en concordancia con la Sentencia T-136/04. A lo



que agregó que “el tratamiento integral debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”. Para concluir la Corte que “el alcance del servicio público de la seguridad social en salud es el suministro integral de los medios necesarios para su restablecimiento o recuperación, de acuerdo con las prescripciones médicas aconsejadas para el caso, ya conocidas, pronosticadas o previstas de manera específica, así como de las que surjan a lo largo del proceso”.

La Sentencia T-589/08 además de esta perspectiva del principio de integralidad en salud directamente relacionado con el servicio, encontró otra complementaria a partir de la concepción constitucional del derecho a la salud “como el disfrute del nivel más alto posible de salud, entendida no solo como la ausencia de enfermedad, sino como la posibilidad de gozar de un bienestar integral, concepto que se relaciona con la posibilidad de llevar una vida digna. Esta concepción del derecho a la salud, resulta de vital importancia para determinar la afectación por conexidad de la dignidad humana y del derecho constitucional a la salud”. En esa misma vía, la Sentencia T-062/06 agregó que este principio de integralidad está directamente relacionado con la noción de vida que ha desarrollado dicha Corporación que “se halla fundada en el principio de dignidad humana y por tanto, el derecho a la vida debe interpretarse en un sentido integral de ‘existencia digna’ conforme con lo dispuesto en el artículo 1º Superior”, que al establecer que la República se funda “en el respeto de la dignidad humana” genera en el Estado “la obligación de respetar y de proteger la vida humana no solo desde una simple consideración de carácter formal, sino a través de todos aquellos medios sociales y económicos que le permitan a la persona vivir conforme a su propia dignidad”.

3.4.4. Continuidad del servicio

Otro argumento que se complementa con el principio de integralidad, es el de continuidad, que se refiere a la protección del derecho a la salud sin ningún tipo de interrupciones. Un claro ejemplo de esta complementariedad se encontró en la Sentencia T-201/07, en la que se lee como con fundamento en el principio de integralidad se debe garantizar la prestación de todo cuidado en los términos antes vistos y agrega que adicionalmente, el cumplimiento efectivo del derecho a la salud “conlleva el deber de continuidad en la práctica de tratamientos para la recuperación de su salud. Por consiguiente, no es admisible constitucionalmente interrumpir el tratamiento de salud que requiere un menor por motivos de índole económica o administrativa, so pena de incurrir en la vulneración de derechos fundamentales de aquéllos”.

La Sentencia T-122/09 aclaró que la continuidad es uno de los principios rectores del Sistema General de Seguridad Social Integral diseñado en la Ley 100 de 1993 y señaló que sobre la salud y la seguridad social “la jurisprudencia ha precisado que la continuidad en su prestación garantiza el derecho de los usuarios a recibirlo de manera oportuna y prohíbe a las entidades responsables realizar actos u omitir obligaciones que afecten sus garantías fundamentales”.



Estableciendo que "las razones de índole administrativo o aquellas relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones de los empleadores o empresas contratantes con las EPS; o en los casos en que la persona deja de tener una relación laboral, no son aceptables para negar la atención médica ya iniciada" en concordancia con las Sentencias T-262/00 y T-829/99.

Relacionadas con el principio de continuidad en la prestación del servicio, entre muchas otras, pueden verse las Sentencias: T-059/97, T-515/00, T-746/02, C-800/03, T-685/04, T-858/04, T-875/04, T-143/05, T-305/05, T-306/05, T-464/05, T-508/05, T-568/05, T-802/05, T-842/05, T-1027/05, T-1105/05, T-1301/05, T-764/06, T-662/07, T-690A/07, T-807/07, T-970/07 y T-1083/07.

3.4.5. La atención integral como derecho a cargo del Estado.

Otro elemento interesante de la mencionada sentencia T-401/92, es que la Corte reconoció que la "atención integral" es en sí misma un derecho, por eso en la parte resolutive aseguró "el derecho a cargo del Estado a la atención integral", para la debida protección suya y de la sociedad, en favor de los peticionarios, "de conformidad con los programas que para el efecto deberán presentarse y los cuales se diseñarán teniendo en cuenta las condiciones económicas, físicas, síquicas, familiares y de todo orden de las personas nombradas".

Considerar la "atención integral" como un derecho a cargo del Estado, va a tener una implicación directa en la garantía del derecho a la salud de enfermedades de alto costo como el Sida. En la sentencia T-1283/01, la Corte, estableció que debido al carácter de la enfermedad, las personas que viven con ella no solo gozan de iguales derechos que las demás sino que el Estado tiene la obligación de brindarles una protección especial con el fin de proteger su dignidad y evitar que sean objeto de un trato discriminatorio, a lo que le agrega que "(e)ste deber constitucional asegura que el enfermo de (Sida) reciba atención integral y gratuita a cargo del Estado, a fin de evitar que la ausencia de medios económicos le impida tratar la enfermedad y aminorar el sufrimiento, y lo exponga a la discriminación".

Otra implicación directa va estar en las sentencias que reconocen la "atención integral" sin condicionarlas al pago de copagos o cuotas moderadoras, en tanto éstas, no pueden constituir una barrera para el acceso a los servicios de salud cuando el usuario no está en la capacidad de sufragar su costo. Algunos ejemplos de ello son las sentencias T-563/10, T-589/09 y T-934/08, entre otras.

La sentencia T-563/10 identificó dos reglas jurisprudenciales para determinar los casos en que es necesario esa exoneración del pago de copagos o cuotas moderadoras: i) cuando la persona necesita con urgencia un servicio médico y carece de la capacidad económica para asumir el valor de estos pagos y (ii) cuando la persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad



económica para asumirlo, pero tiene problemas para pagarlas antes de que éste sea suministrado, en estos casos, "la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio". Según lo señalado en las sentencia T-743/04 y T-330/06.

En todo caso concluyó T-563/10 que "la exigencia reglamentaria de reclamar el pago de cuotas moderadoras no es contraria a la Constitución pues, a través de ellos se busca obtener una contribución económica al Sistema en razón a los servicios prestados. Sin embargo, aquél no podrá exigirse cuando de su aplicación surja la vulneración a un derecho fundamental". Es decir, que el cobro de estas cuotas no pueden poner en riesgo la garantía de derechos fundamentales como en el caso de la "atención integral" en salud.

3.4.6. La atención integral desde la medicina

La solicitud de atención integral de patologías abre la puerta a la solicitud indiscriminada de servicios, es un recurso interpuesto por los pacientes para obtener todo lo que pudiere necesitar en el futuro para el manejo de su enfermedad. El concepto de atención integral está íntimamente ligado con el de atención primaria en salud. Este concepto se desarrolló en la conferencia de Alma-Ata en la década de los 70 del siglo pasado y buscaba crear una atención más equitativa y centrada en un contexto biopsicosocial que entendiera a los pacientes como seres con necesidades integrales en las esferas mental y biológica, así como su necesidad de desempeño social.

En la conferencia mencionada, se definió la atención primaria en salud como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (Organización Mundial de la Salud, 1978). La atención primaria se refiere entonces a la atención transversal, a diferentes niveles de complejidad, con intervenciones de prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria así como la promoción de la salud (Kuehle, Sghedoni, Visentin, Gérvas, & Jamouille).

Este concepto de abordaje integral de los problemas de salud, no es entonces la provisión indiscriminada de servicios, sino que obedece a criterios técnicos, de derechos, de



determinantes de la salud, así como a la sostenibilidad del sistema de salud. Desde la medicina se entiende la integralidad como una forma de atención en la cual el paciente se aborda desde una perspectiva social y en la cual se busca darle la mejor solución a las necesidades y expectativas del paciente teniendo en cuenta su contexto psíquico, biológico y social.

3.4.7. Algunas hipótesis sobre los impactos de la atención integral como garantía del derecho a la salud.

Los impactos que este marco jurisprudencial sobre el principio de integralidad en salud va a tener sobre la interposición de acciones de tutela para la garantía del derecho a la salud, bien vale la pena estudiarlos. Sin embargo desde ya pueden lanzarse algunas hipótesis preliminares.

La primera que surge es que solicitar el tratamiento integral en las pretensiones o concederlo en la sentencia, constituye una especie de seguro para el usuario de: (i) seguir recibiendo el tratamiento que necesita sin interrupciones y (ii) obligar a la entidad hospitalaria o médica de brindar los servicios, medicamentos o tratamiento sobrevinientes a la enfermedad, sin necesidad de presentar una nueva acción de tutela.

Esta especie de seguro, también actúa a favor de las empresas prestadoras de los servicios de salud que podrán repetir contra el Fosyga cuando lo consideren necesario, en tanto una sentencia que reconoce el derecho a la atención integral puede incluir procedimientos, servicios o medicamentos que están por fuera del POS.

A su vez, el juez encuentra una fórmula segura de proteger el derecho fundamental a la salud de los ciudadanos de una manera eficaz, oportuna y sin dilaciones en consonancia con el mandato constitucional. Por lo que no es extraño encontrar sentencias que conceden este derecho aunque el accionante no lo solicite.

Otro análisis interesante debe provenir de las implicaciones para el sistema de seguridad social en salud y la garantía del derecho fundamental a la salud de las sentencias que autorizan la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, para entender quiénes son los verdaderos ganadores de la responsabilidad estatal en la garantía de este derecho en el marco del actual modelo de intermediación financiera en salud.



3.5. Tendencias con respecto a problemas jurídicos

En esta sección se buscará identificar las tendencias que han tenido en el tiempo los principales problemas jurídicos identificados por la Corte Constitucional en la Sentencia T760. Para llevar a cabo este análisis se partirá de la información recopilada por el Ministerio de Salud y Protección Social desde el año 2008 al 2011 y se proyectarán los resultados obtenidos en el primer trimestre del año 2012, resaltados en el presente estudio. Antes de proceder a mostrar los resultados se deben hacer algunas consideraciones metodológicas desde el punto de vista estadístico.

El Ministerio de Salud y Protección Social tiene acceso a un número importante de tutelas ya que en muchos casos los jueces remiten copia de los expedientes para que el Ministerio se pronuncie frente a los hechos tutelados. Esta información ha sido clasificado año a año, a partir de la Sentencia T760 de acuerdo con los principales problemas jurídicos allí definidos. Se debe enfatizar que esta muestra no supone un ejercicio aleatorio por lo cual no se podría decir que es una muestra representativa del universo de tutelas. Teniendo esto en mente, se realizarán proyecciones del número total de tutelas al año por tipo de problema jurídico para identificar las posibles tendencias a lo largo del tiempo. Para proyectar el número total de tutelas por tipo de problema jurídico, se toma el total de tutelas al año publicadas por la Defensoría del Pueblo (ver sección 1.2) y se multiplica por el porcentaje correspondiente clasificado por el Ministerio. Para el año 2012 se realizará una proyección a partir de la información recopilada en el primer trimestre del año y se supondrá que el número de tutelas permanece constante frente al año 2011. Estos son ejercicios de proyección que sirven para identificar posibles tendencias, pero deberán ser corroborados por el levantamiento de información de acuerdo con la metodología definida en el capítulo 2 de este informe. Luego de estas aclaraciones, se procede a analizar los resultados de las proyecciones realizadas.

→ no es cierto

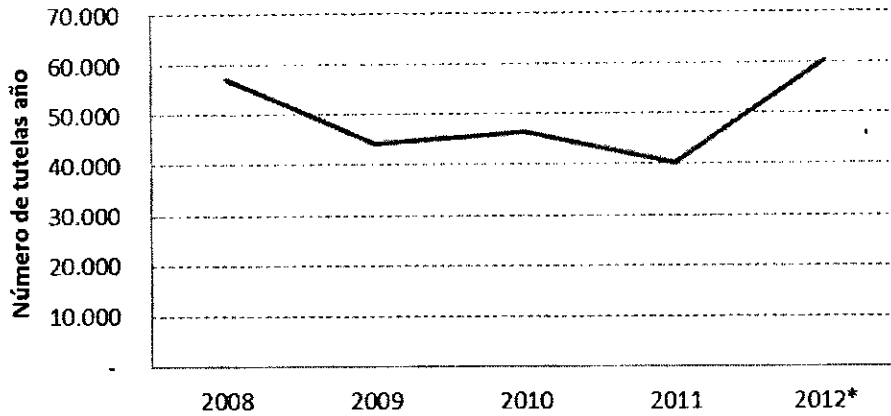
El número de tutelas que se derivan de la negación de servicios (medicamentos o procedimientos) que están contenidos en el POS se encuentra en declive desde la promulgación de la Sentencia T760 (problema jurídico general número 2 analizado en la sección anterior) y presenta un aumento en el año 2012 (Si bien es cierto que la metodología de análisis ha cambiado como se describió en los párrafos anteriores). Como se analizó en este documento, el 75% de las tutelas por servicios que se encuentran en el POS se deben a problemas en la oportunidad de su prestación.

Este gobierno ha anunciado medidas, algunas de ellas materializadas en el Decreto Ley – 019, para promover la atención oportuna de servicios contenidos en el Plan de Beneficios encaminadas a mejorar esta situación.



Gráfica 22. Negación de servicios contenidos en el POS-

Negación de servicios contenidos en el POS



Fuente: 2008-2011 Proyección a partir de datos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social. 2012 proyección a partir de Estudio de Tutelas en Salud 2012. *En este año hubo cambio de metodología, por lo cual el resultado no necesariamente es comparable con los años anteriores.

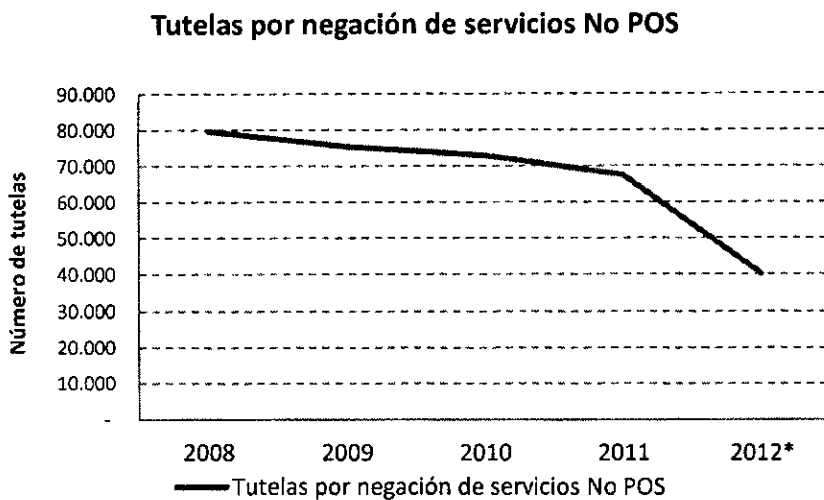
Las tutelas derivadas de la negación de un servicio no contenido en el POS han una tendencia decreciente, lo cual se ha evidenciado a partir de los datos administrativos del Ministerio y se ha confirmado bajo esta nueva metodología. Esta tendencia es congruente también con datos del FOSYGA, que han registrado una reducción significativa del número de recobros provenientes de las tutelas, a la vez que se ha registrado un aumento significativo del número de recobros provenientes de aprobaciones de los Comités Técnico Científicos de las EPS. En la gráfica 19 se observa que el número total de tutelas por negaciones de servicios No POS se ha reducido en aproximadamente 30.000 tutelas en el 2012, lo cual representó pasar del 55,8% al 36,7% de las tutelas del año 2008 al 2012 (proyectado a partir de datos del primer trimestre del año). Esta reducción coincide con la entrada en vigencia de la actualización del POS realizado por la CRES en diciembre de 2012. En esta actualización se incluyeron 197 tecnologías de salud al POS de los cuales 128 correspondieron a medicamentos en su denominación común internacional, 62 procedimientos y 7 dispositivos.

Adicionalmente, la medida que ha favorecido esta reducción ha sido la consolidación del mecanismo del Comité Técnico Científico para analizar, y si es del caso aprobar, las solicitudes de servicios No POS. Sin embargo, esta política ha traído otras consecuencias al sistema de salud. Si bien los ciudadanos tienen un mecanismo claro y definido para acceder a los servicios que requieren con necesidad, sin necesidad de recurrir a la tutela en la mayoría de los casos, este mecanismo ha sido utilizado con poco control sobre la calidad de las decisiones. El incentivo



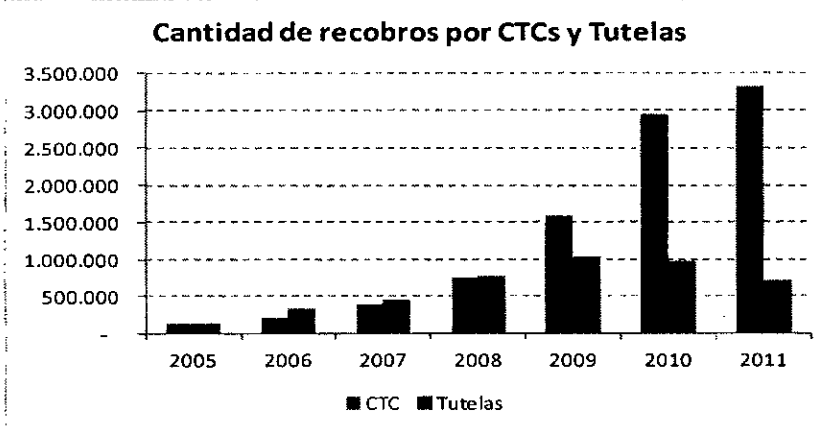
que se tiene por parte de los CTC está orientado a aprobar la mayoría de solicitudes, ya que si se niegan por esta vía, y el usuario luego requiere por medio de tutela el servicio y este es aprobado, se tenía una penalización en el valor del recobro del 50%, hasta principios del año 2011. Este efecto cuadruplicó el número de solicitudes por CTC desde el año 2008 hasta el 2011 y se redujo el número de recobros derivados de las tutelas en salud en el valor observado en el anterior párrafo (ver gráfica 24). El Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra en proceso de reglamentar las Juntas Técnico Científicas de Pares de la Superintendencia de Salud, para lograr que las solicitudes No POS sean atendidas en la medida en que sea técnica y científicamente requeridas de acuerdo con criterios de pertinencia médica.

Gráfica 23. Negación de servicios NO contenidos en el POS.



Fuente: 2008 – 2011 Datos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social. 2012 proyección con base en el levantamiento de la muestra de tutelas en la Corte Constitucional en el primer trimestre del 2012.

Gráficas 24. Cantidad de recobros por CTCs y Tutelas.



Fuente: Base de datos Fidufosyga 2005; SAYP 2011.



Por último en las gráficas 25-29 se pueden observar las tendencias de las tutelas en Salud relacionadas con cinco de los problemas específicos (los que se tienen datos completos desde el 2008 en la base de datos administrativa del Ministerio de Salud y Protección Social) que relaciona la Corte Constitucional en su Sentencia T760.

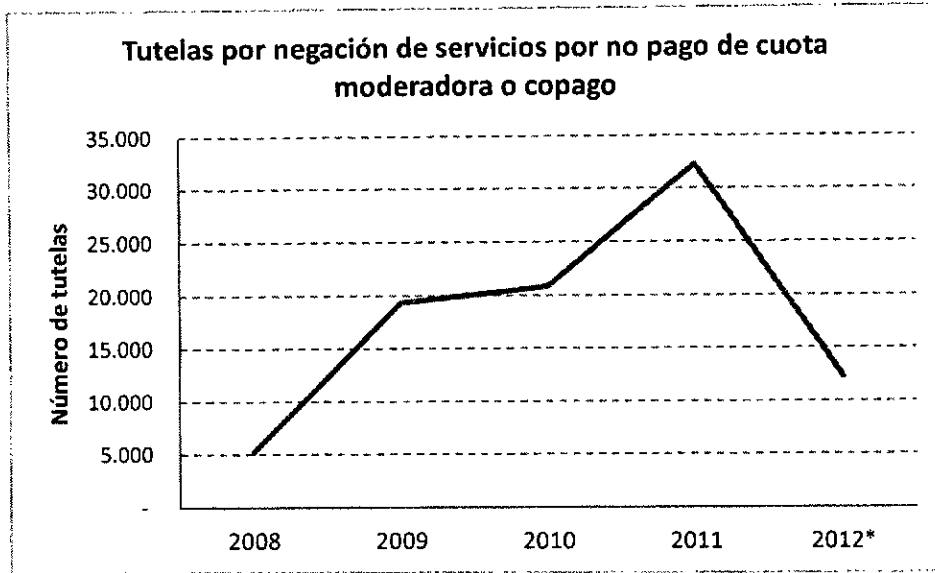
En primer lugar vale la pena recordar que tal y como se observó en los resultados del levantamiento de información realizado en el primer trimestre del año 2012, estos problemas específicos tienen una prevalencia relativamente baja a comparación con las negaciones de servicios POS, No POS y la oportunidad en la prestación del servicio. Estos casos individualmente representan menos del 2% de las tutelas, a excepción de las tutelas por negación de servicios por no pago oportuno de la cuota moderadora o copagos, que representa el 5,2%. Por lo anterior, y debido a que el rango de error es cercano al 4%, las fluctuaciones en el indicador son difíciles de interpretar.

Con estas aclaraciones, las tendencias parecen indicar una reducción en las tutelas por negación de las incapacidades laborales derivadas de incumplimientos en el pago oportuno de los aportes, así como de las tutelas por negación de servicios de salud por el no pago o pago inoportuno de la cuota moderadora y/o copagos.

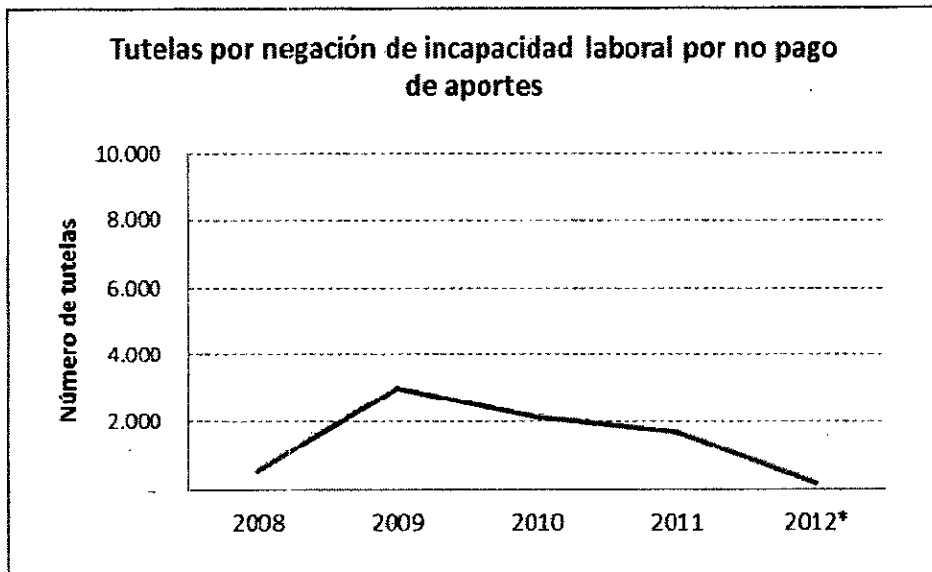
En cambio, las tutelas por negación de servicios derivadas de que el médico especialista que prescribió el servicio no se encuentra adscrito a la red de prestadores de la EPS correspondiente, parece que ha aumentado (pasando del 0.5% al 2.9% de las tutelas). Lo mismo sucede, aunque en menor medida, con las tutelas por negación de traslado de personas o grupos familiares cuyos miembros tiene enfermedad catastrófica, que en los datos administrativos del Ministerio no se tiene registro (0%) y en la muestra tomada de la Corte Constitucional se identifica un porcentaje pequeño de 0.6%. Una tendencia similar, a la alza, se da con las tutelas relacionadas con la interrupción de suministro de servicio por no pago de aportes en razón de estar desempleado. En los datos administrativos del Ministerio aparece este problema jurídico en el 0.3%, mientras que en el análisis de la muestra aleatoria aparece en el 1.3% de los casos. Si bien el porcentaje es muy bajo y no es significativa la diferencia si se tiene en cuenta un margen de error del 4.2% (ver sección 2), el Ministerio revisará posibles fuentes de aumento en el número de tutelas que se derivan de estos problemas jurídicos.



Gráfica 25. Negación de servicios por no pago de la cuota moderadora

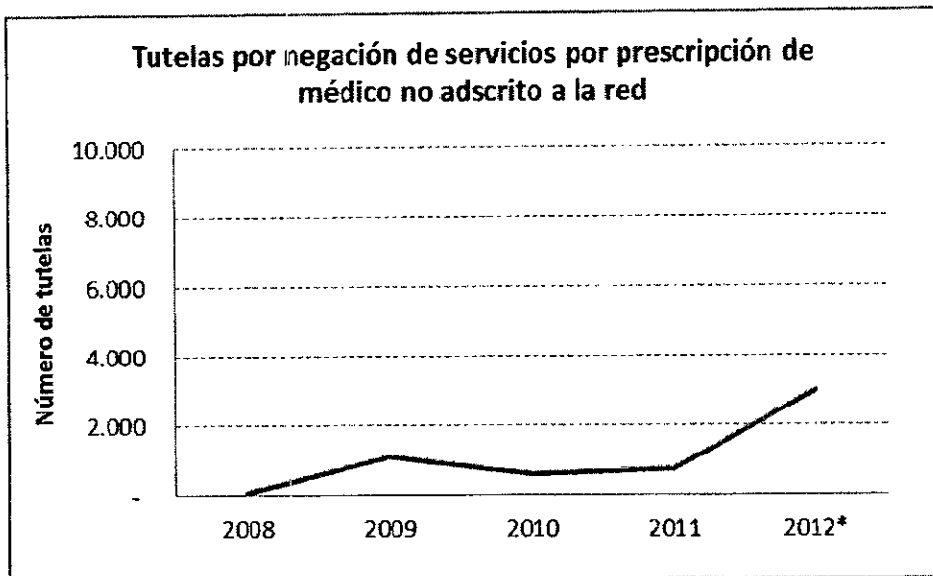


Gráfica 26. Se niega incapacidad laboral por no haber pagado aportes en el plazo establecido

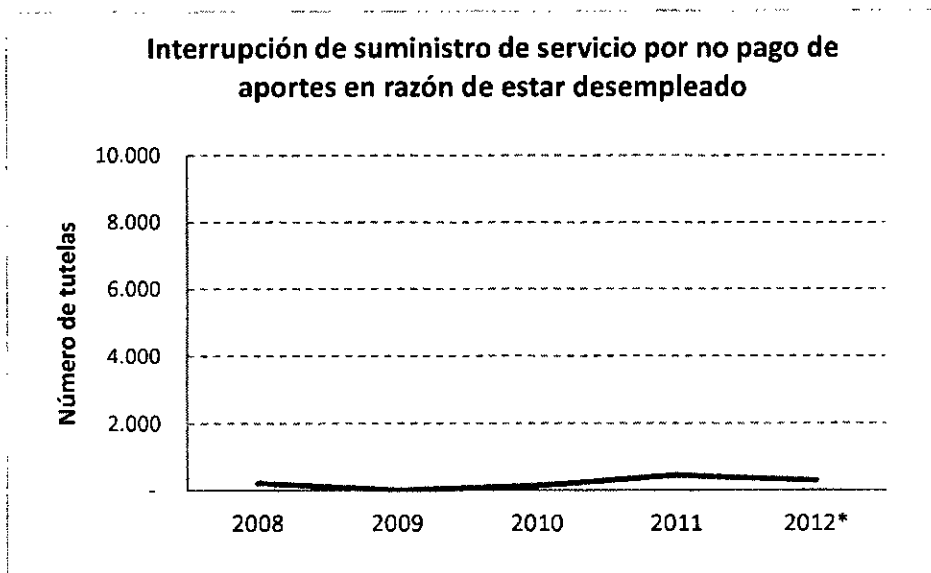




Gráfica 27. Negación de servicios ordenados por especialistas no adscritos a la red de la EPS



Gráfica 28. Interrupción de suministro de servicio por no pago de aportes en razón de estar desempleado

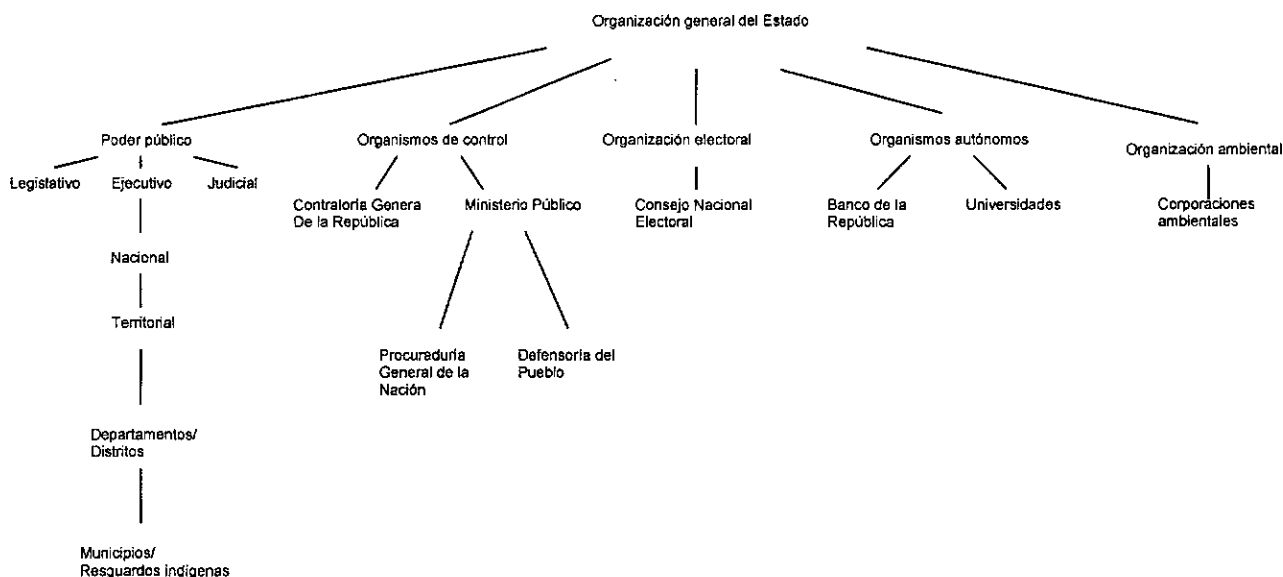


El futuro administrador público deberá ser capaz de identificar los principales rasgos de la organización general del Estado colombiano e investigar sobre su dinámica.

Objetivos

- Profundizar en el conocimiento que hasta el momento ha tenido sobre la organización general del Estado colombiano.
- Identificar los principales rasgos de la división del poder público y el surgimiento de los organismos de Control, sus relaciones con los poderes públicos, las entidades autónomas, el consejo electoral, etc.
- Describir, analizar e investigar los principales problemas analíticos, políticos y sociales que conlleva la actual organización del Estado colombiano.
- Identificar las fuentes de información disponibles sobre la estructura general del Estado colombiano
- Reconocer el trabajo en grupo en el proceso de aprendizaje de la temática.
- Identificar el valor de la división del poder público como principio de la organización política nacional

Mapa conceptual



Lección 1. La estructura general del Estado colombiano a partir de 1991

Preguntas de inicio:

¿Cuál es mi conocimiento sobre la estructura general del Estado colombiano luego de 1991?

¿Qué cambios se produjeron en la organización del Estado colombiano a partir de 1991?

¿Qué cambios tuvo la organización general del Estado en los últimos años?

¿Qué son las tres ramas del Poder Público?

Desarrollo

La sociedad colombiana empezó su vida independiente a partir de 1819, a lo largo de estos casi 200 años ha tenido varias formas políticas generales y territoriales para atender sus múltiples tensiones y desarrollo.

A partir de 1991 se define una estructura nacional general del Estado más compleja pues involucra: las tres Ramas del Poder Público –Legislativo, Ejecutivo, Judicial-, los Órganos de Control –Contraloría General de la República, Ministerio Público –Procuraduría General de la Nación y Defensoría del Pueblo- y los Organismos Autónomos –, Auditoría General de la República, Banco de la República, Organización Electoral, Corporaciones Autónomas Ambientales, Entes Universitarios Autónomos-

Gráfica. Estructura del Estado colombiano



Tomado de: DNP-CAF, 2005 "El Estado y su organización", pág. 27.

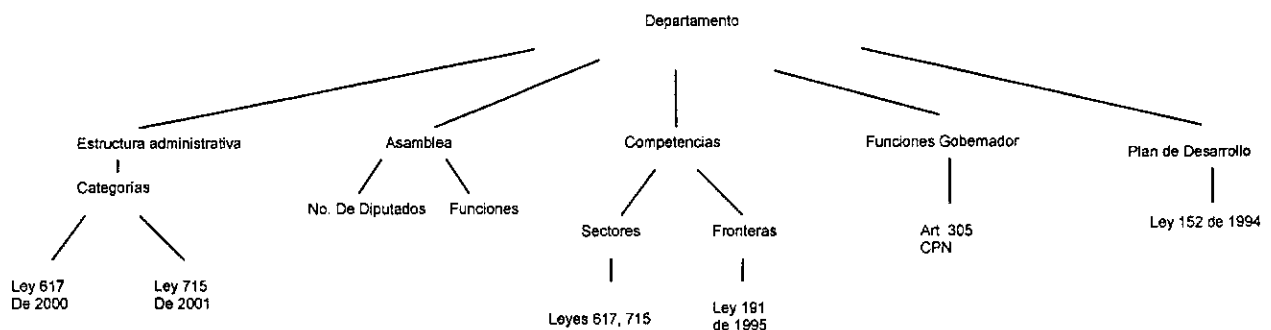
Con esta estructura general se fortalece la función pública de control a los poderes públicos y se concede independencia a la organización electoral con el propósito

departamentales según la Constitución y las Leyes vigentes, la planeación departamental, las relaciones del departamento con los municipios y con la Nación, entre otros problemas.

Contenidos de la unidad

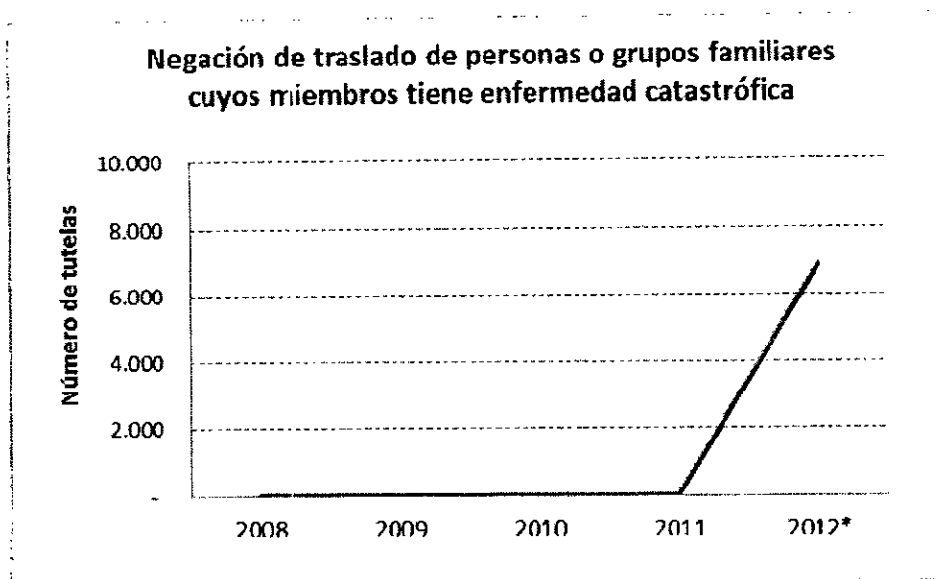
En esta unidad usted se encontrará con siete lecciones que lo aproximarán a un conjunto de temas-problemas sobre el departamento colombiano. Estos temas son Estructura de la Administración Departamental (clasificación y categorías), Asamblea departamental y relación con el Gobierno Departamental, Relaciones del Departamento con la Nación y el Municipio, Competencias departamentales en zonas de frontera, Elección popular de gobernador y diputados, Plan de desarrollo Departamental, Presupuesto departamental (composición, ingresos y gastos). En la última lección se hará un presentación general debido a que en los módulos del núcleo de economía de lo público se profundizará en el presupuesto territorial.

Mapa conceptual





Gráfica 29. Negación de traslado de personas o grupos familiares cuyos miembros tiene enfermedad catastrófica



Fuente: 2008 – 2011 Datos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social. 2012 proyección con base en el levantamiento de la muestra de tutelas en la Corte Constitucional en el 2012.



Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Guía para la implementación de Estrategias de Medicamentos Genéricos en los países de América Latina y El Caribe como mecanismo para mejorar el Acceso a Medicamentos*. Retrieved 2012 йил 28-5 from http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/MT_OPSTGenericos_consulta_102510.pdf

Rodríguez Chehade, A. (2011 йил 2). Aspectos financieros de la reforma al sector de la salud - Ley 1438 de 2011. *Presentación realizada por el Ministerio de la Protección Social*. Bogotá.

Rodriguez, C. (2012). La judicialización de la salud: síntomas, diagnóstico y prescripciones. In O. Bernal, & C. Gutierrez, *La salud en Colombia: Logros, retos y recomendaciones*. Bogotá: Ediciones Uniandes.

Superintendencia Nacional de Salud. (2012). *Régimen contributivo, afiliados EPS 2011*. Retrieved 2012 йил 28-5 from <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=%2BKBySTMZGNU%3D&tabid=93&mid=1291>

Superintendencia Nacional de Salud. (2012). *Régimen subsidiado, afiliados EPS 2011*. Retrieved 2012 йил 28-5 from <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=jZLRVsxazNo%3D&tabid=93&mid=1291>

Velez Arango, A., Realpe Delgado, C., Gonzaga-Valencia, J., & Castro Castro, A. (2007). Acción de Tutela, Acceso y Protección del Derecho a la Salud en Manizales, Colombia. *Rev. salud pública*, 9 (2), 291-307.

Yamada, M. W. (2011). Generic Substitution of Antiepileptic Drugs: A Systematic Review of Prospective and Retrospective Studies. *Ann Pharmacother* (45), 1406-1415.

Yepes, F., Ramirez, M., Sanchez, L. H., Ramirez, M. L., & Jaramillo, I. (2009). *Las reformas de la salud en Colombia, una evaluación integral*. Bogotá: Asociación Colombiana de la Salud-Assalud, Facultad de Economía, Universidad del Rosario.



4. Bibliografía

- Angulo, M., & Mosquera, S. (2008). *Diseño de una estrategia para la exportación de medicamentos genéricos a los Estados Unidos, desde una compañía farmacéutica colombiana a través del apalancamiento de un socio comercial Americano*. Retrieved 2012 йил 28-5 from <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/10584/126/1/32653027.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2011). *La tutela y el derecho a la salud 2010*. Bogotá.
- Dentali, F. M. (2011). Brand name versus generic warfarin: a systematic review of the literature. *Pharmacotherapy*, 31 (4), 386-93.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2011). Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Bogotá.
- Federación Médica Colombiana. (2012). *Carta dirigida al dr. Jorge Iván Palacio*. Retrieved 2011 йил 27-5 from Auto 78 de 2012. Catástrofe informática en registro magnético de recobros: <http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/lesmesfederacionmedicacolombiana.pdf>
- Florez, C. E. (2002). *La equidad en el sector salud: Una mirada de diez años*. Bogotá: Fundación Corona.
- Fondo de Solidaridad y Garantía. (2012). *Glosario de Términos*. Retrieved 2012 йил 28-5 from <http://www.fosyga.gov.co/AcercadelFOSYGA/GlosariodeT%C3%A9rminos/tabid/324/Default.aspx>
- Giedion, U., Diaz, B. Y., Alfonso, E. A., & Savedoff, W. (2009). The Impact of Subsidized Health Insurance on Health Status and on Access to and Use of Health Services. In A. Glassman, M. L. Escobar, A. Giuffrida, U. Giedion, A. Glassman, M. L. Escobar, A. Giuffrida, & U. Giedion (Eds.), *From few to many, 10 years of health insurance expansion in Colombia* (pp. 47-74). Washington: Interamerican Development Bank.
- Hassali, M. A. (2009). Consumers' views on generic medicines: a review of the literature. *Int J Pharm Pract.*, 17 (2), 79-88.
- Hoen, E. J. (2011). Driving a decade of change: HIV/AIDS, patents and access to medicines for all. *J Int AIDS Soc.* (27), 14-15.
- Kuehle, T., Sghedoni, D., Visentin, G., Gérvas, J., & Jamouille, M. (n.d.). *Prevención cuaternaria, actividad del médico general*. Retrieved 2012 йил 28-5 from <http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2010/11/quaternart-prev-espanol-2010-final.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Política farmacéutica nacional, Documento Conpes Social. Proyecto para discusión*. Retrieved 2012 йил 28-5 from <http://www.minsalud.gov.co/Políticas%20Farmaceuticas/Pol%C3%ADtica%20farmac%C3%A9utica/Documentos%20soporte/23042012%20CONPES%20POLIITCA%20FARMACEUTICA%20PROYECTO.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma Ata*. Retrieved 2012 йил 28-5 from <http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/almaata.pdf>