



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

MB



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300338071

Fecha: 14-03-2014

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: Orden 30 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:

La orden 30 de la Sentencia T- 760/2008 ordena "**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." En consecuencia adjunto a este el informe correspondiente al año 2013.

-Cordialmente,


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

Cra. 13 No. 32-76 Bogotá D.C

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



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

INFORME DE CUMPLIMIENTO

La tutela en salud

Análisis comparativo 2010-2013

Orden 30

Corte Constitucional

Sala Especial de Seguimiento Sentencia T – 760 de 2008

Marzo de 2014

Ministerio de Salud y Protección Social

I. Antecedentes

En cumplimiento de lo dispuesto por la orden trigésima de la Sentencia T-760 de 2008, el Ministerio de Salud y Protección Social debe presentar anualmente un informe “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 presente informe recoge y contextualiza los principales resultados del estudio realizado por la Universidad de los Andes a las bases de datos de la Honorable Corte Constitucional 2010 al 2013 y de la Defensoría del Pueblo 2010 al 2012, dónde faltaría por incluir la base de datos de la Defensoría del Pueblo 2013, la cual será entregada en Abril del 2014. La entrega tardía del período 2013 se explica en el hecho de que la Defensoría del Pueblo recauda manualmente la base de datos y la consolida en el primer trimestre de la anualidad siguiente por lo que esta estará lista sólo en marzo de 2014. Estas razones fueron expuestas ante la Sala Especial de seguimiento que el pasado 19 de febrero mediante el Auto 040 de 2014 negó la ampliación del plazo para la entrega del informe completo. No obstante, por existir una limitación material en la información disponible se hace imposible entregar el informe completo.

Al respecto es importante aclarar que el Ministerio no cuenta con una fuente de información propia para construir la muestra de tutelas que se requiere para el cumplimiento de la orden 30. De un lado, la base de datos de tutelas con la que cuenta la dirección jurídica está conformada por aquellos procesos en los que esta entidad es vinculada por los jueces de instancia, que corresponde aproximadamente al 50%-60% del total de las tutelas interpuestas. Estas además no cuentan con copia completa del expediente, pues los jueces no son consistentes en las piezas procesales que remiten para la intervención. De hecho, esta fuente de información fue utilizada en los primeros informes y fue rechazada por la Corte Constitucional pues la misma tenía un sesgo que impedía construir una muestra representativa.

En el año 2012 el Ministerio recaudó directamente información en la Corte creando una muestra propia, pero el desarrollo de esta tarea enfrentó numerosas barreras. Por esa razón se decidió usar la muestra de la Defensoría del Pueblo que cuenta con acceso a los datos de la Corte y que elabora una muestra que goza de amplia legitimidad. En este caso el objetivo era usar dicha muestra para realizar cálculos y análisis propios y cruzar esos datos con otros internos con los que cuenta el Ministerio. No obstante, como se dijo, la consolidación de estos datos tiene un rezago de un trimestre frente a la anualidad respectiva.

Ahora bien, el análisis comparativo de las tutelas en salud entre 2010 y 2013 permite tener una mejor idea de su evolución en el tiempo, que aporta evidencia sobre posibles cambios en su volumen y motivaciones y que podrían ser el resultado de las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para controlar este fenómeno.

Con este tipo de estudio se busca superar la objeción presentada por los grupos de seguimiento sobre la no comparabilidad entre las cifras presentadas por el Ministerio en los diferentes informes de cumplimiento de la orden 30, pues de este modo se puede observar la evolución de un conjunto de variables en el período 2010-2013.

Por otra parte, la decisión de usar la base de datos de la Defensoría del Pueblo para realizar los análisis propios buscaba superar las objeciones sobre la recolección de la muestra, pues la de la Defensoría no sólo cuenta con amplia legitimidad sino que ha sido usada por la Corte Constitucional como fundamento de sus decisiones incluidas las adoptadas en la sentencia T-760 de 2008. Si bien esta base de datos ha sido de gran utilidad para avanzar en la comprensión de la tutela en salud, como se verá más adelante la misma tiene limitaciones que es necesario superar para los informes futuros. Como se demuestra en diferentes apartes de este documento, sería necesario contar con acceso al expediente completo de las tutelas para poder realizar análisis más profundos, que permitan entender de mejor manera sus características y con base en ello construir medidas de solución más precisas. Sin ello será muy difícil avanzar en diseñar soluciones que sirvan para resolver efectivamente el problema de la tutela en salud.

II. Resultados

Los principales resultados de este análisis comparativo se describen a continuación:

a. Panorama general

Los datos sobre tutela en salud incluidos en la siguiente tabla indican que se ha mantenido el desaceleramiento en el crecimiento del litigio en esta materia y que por lo menos no existe ya la tendencia al crecimiento constante que existía en 2008. En efecto en ese año se alcanzó el pico más alto en el litigio en salud y fueron interpuestas 142.957 acciones que representaron el 41,5% de las tutelas interpuestas en el período. Estas equivalían a una tasa de 3,2 tutelas por cada 1000 habitantes. En este contexto, si bien el desaceleramiento en el crecimiento de las tutelas en salud ha sido más acentuado en algunos meses que en otros, en todo caso muestra una tendencia.

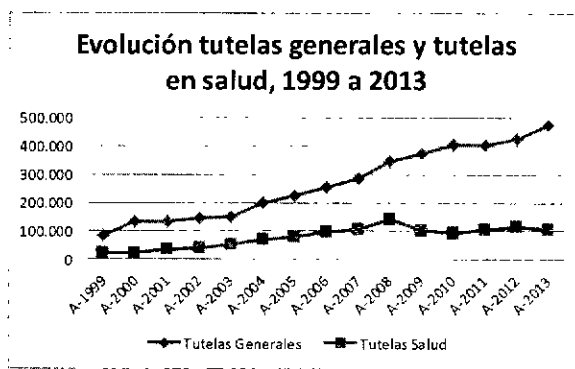
Tasa de solicitudes en las tutelas de 2010 al 2013.		
AÑO	TUTELAS	TUTELAS POR 1000 HABITANTES
2010	89.840	1,97
2011	105.787	2,29
2012	113.947	2,44
2013	104.297	2,21

Fuente: Cálculos Universidad de los Andes

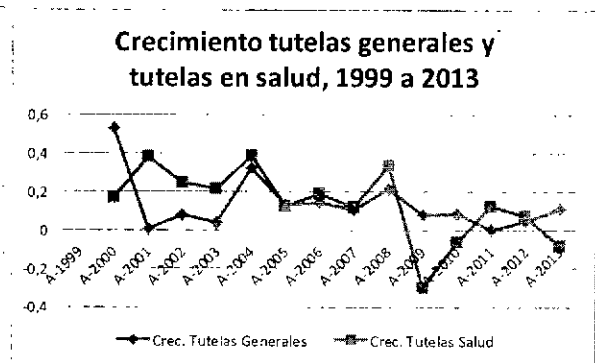
Esta tasa es aún menos acentuada si se usa como referente el número de afiliados al sistema y si se compara con la situación que existía en el momento en que fue adoptada la

sentencia T-760 de 2008. En efecto, mientras en 2008, 39 de cada 10.000 afiliados acudía a los jueces para acceder a servicios, en 2012 esta cifra se redujo a 27 por cada 10.000¹.

La grafica siguiente aporta igualmente indicios para afirmar que la tutela en salud es un fenómeno que está llegando a su punto de quiebre, en especial cuando se compara con la tutela en general. Como puede observarse la tutela ha disminuido su tasa de crecimiento en relación con la de las tutelas en general y ha disminuido su representatividad como proporción de las mismas alejándose cada vez más del primer puesto que tuvo durante varios años entre las causas de litigio. De conformidad con los datos de la Defensoría del Pueblo² mientras que en 2008 la tutela en salud, como se dijo antes, representaba el 41,5% de las tutelas y había crecido a una tasa de 33,32, en 2012 representaron el 26,49% de las tutelas en general y la tasa de crecimiento fue de sólo 7,9.



Fuente: Minsalud y Defensoría del Pueblo



Fuente: Minsalud y Defensoría del Pueblo

Si además de lo anterior se ponen en perspectiva los servicios de salud a los cuales se accede a través de este recurso, en relación con los servicios totales que provee anualmente el sistema, es claro que se trata de un mecanismo marginal de acceso y que el sistema cuenta con una capacidad robusta para proveerlos de manera directa.

En efecto, en el gráfico a continuación se observa la magnitud de la tutela como medio para acceder a servicios de salud la cual no superó en ninguno de los períodos analizados más del 1% del total de los servicios proveídos.

Comparación del total de servicios prestados y los servicios solicitados por tutela, Colombia 2010 – 2012.

Año	Eventos realizados por el SGSS	Eventos solicitados por tutela	%
2010	316.810.367	197.648	0,062%
2011	342.709.776	222.153	0,065%
2012	352.327.715	227.894	0,065%

Fuente: Base de datos de Suficiencia. Minsalud Febrero del 2014.

¹ Cálculo propio a partir de: Defensoría del Pueblo (2013) La tutela y el Derecho a la Salud 2012. Bogotá. P, 136 y datos sobre afiliación del Ministerio de Salud y Protección Social:

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelR%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>

² Defensoría del Pueblo (2013) La tutela y el Derecho a la Salud 2012. Bogotá. P, 136

Los datos anteriores muestran que ha habido una disminución de las tutelas en salud y de su importancia en las tutelas en general. No obstante, el derecho a la salud sigue siendo una causa recurrente de litigio y la tutela se mantiene como un medio a través del cual muchos colombianos acceden a servicios de salud. Por esta razón, a continuación se analizan algunos aspectos detallados de la misma para entender cuáles son las posibles fallas en la regulación que persisten y que pueden ser resueltas con las facultades regulatorias del Ministerio de Salud o de otros órganos del sistema.

b. Análisis detallado de las tutelas en salud.

Evolución de las tutelas según el tipo de servicios solicitados

En cuanto al tipo de servicios a los que más se acude por la vía de la tutela es evidente que servicios como cirugías, exámenes y medicamentos muestran una tendencia a disminuir, mientras sucede lo contrario con las citas médicas, insumos y terapias.

Este es un punto importante porque muestra una transformación sustancial del litigio en salud pues en 2008, la mayoría de las tutelas por no POS se refería a servicios muy importantes, muchas veces servicios básicos, que no estaban cubiertos porque el POS llevaba más de una década sin actualización integral. Actualmente, las tutelas se refieren menos a servicios básicos no cubiertos por la desactualización del POS (puesto que en los últimos 5 años ha habido 3 actualizaciones integrales) y se refieren más a servicios que están en la frontera con las necesidades de otros sectores o a problemas más complejos que se visibilizan en el sector salud. Entre los servicios que actualmente se solicitan mediante acción de tutela se encuentra por ejemplo el cuidado domiciliario de enfermos en casos en los que las familias deben enfrentar la necesidad de acompañamiento permanente de un miembro del núcleo familiar, sin que se requiera atención del personal de salud. También ocupa un papel protagónico la solicitud de terapias ABA en casos en los que muchas veces más que la atención en salud se busca resolver las dificultades de que exista una persona en situación de discapacidad en el núcleo familiar, y las necesidades de cuidado y atención que ello genera. También son comunes las solicitudes de pañales y pañitos húmedos y transporte para llegar a las citas médicas o a los tratamientos.

Las diferencias en las solicitudes por "Tratamiento Integral" no son estadísticamente significativas lo que podría ser interpretado como un quiebre en su crecimiento. Lo anterior es un indicio de la efectividad de las medidas adoptadas y de otro lado de un cambio en los motivos por los cuales se acude a este medio.

Tasa de solicitudes en las tutelas de 2010 al 2013.

CONCEPTO	2010	2011	2012
Cirugías	11,9%	11,8%	10,1%
Citas Médicas	10,8%	11,1%	12,3%
Exámenes	13,8%	14,9%	12,2%
Insumos	6,2%	6,2%	7,2%
Medicamentos	21,6%	18,9%	17,7%
Trámites	10,4%	12,1%	13,2%
Terapias	10,1%	9,6%	11,4%
Tratamiento Integral	15,3%	15,4%	16,0%

Fuente: Cálculos Universidad de los Andes

Evolución de la tutela por trámites y razones administrativas, sociales y económicas

En concordancia con lo explicado arriba, al analizar los trámites más demandados, estos incluyen transporte, alojamiento y viáticos, representando el 32% de todas las tutelas para el 2010, 30% en el 2011 y 31% en el 2012. Estas cifras demuestran el crecimiento constante de estos motivos, los cuales en 2005 no superaban el 8,7%. Las tutelas solicitando cambio de EPS representaron el 7% en el 2010, 6.2% en el 2011 y 4% en el 2012. En cuanto a las tutelas solicitando exoneración de pagos, representaron el 4% en el 2010, 3.7% en el 2011 y 7% en el 2012. En relación a las tutelas solicitando cambio de EPS, representan un 5% de los trámites de este tipo en los tres años, sin observarse un aumento de las mismas. En las solicitudes por no pago o pago inoportuno de prestaciones sociales, representaron menos del 2% de los trámites administrativos. El crecimiento observado en este tipo de tutelas señala un cambio en los motivos por los cuales se acude a la tutela, y contribuye a explicar porqué su número total no disminuye.

Evolución de las tutelas según distribución geográfica

En cuanto a la distribución geográfica de las tutelas, los departamentos con más solicitudes por cada millón de habitantes para el 2010 fueron Caldas con 6.321, Antioquia con 3.930, Risaralda con 3.807 y Quindío con 2.754 por cada millón de habitantes. Estos mismos departamentos ocupan los primeros cuatro puestos de las tasas más altas de tutelas en 2011, 2012 y 2013. En este mismo sentido, los departamentos que en 2010 obtuvieron el menor número de tutelas por cada millón de habitantes están Vaupés con 289, Guajira con 481, Putumayo con 503 y Cundinamarca con 535, manteniéndose un comportamiento similar en los últimos lugares en el 2011, 2012 y 2013.

Los anteriores resultados indican que existe una paradoja en el litigio en salud pues las tutelas solicitando servicios de salud se siguen concentrando en departamentos de alto desarrollo y en los que los indicadores en salud son más positivos. Es decir, los mayores beneficiarios de la tutela son quienes mejores condiciones e infraestructura de salud tienen. Por el contrario, aquellos departamentos en los que las necesidades son más apremiantes tienen una tendencia mucho más moderada a acudir a los jueces de tutela. Este resultado se corroborará más adelante cuando se revise la relación entre el IDH y la tasa de litigio por departamento.

Evolución de las tutelas en cuanto a las entidades más demandadas

En cuanto al tipo de entidades frente a las que más se utiliza la tutela en salud durante el 2012, fueron las EPS con 73% de las solicitudes seguido por los entes territoriales con 8%. De las tutelas a las EPS, contra Salud Cándor se interpusieron 115,6 tutelas por cada 10.000 afiliados en el 2012 y 60,8 en el 2013, seguida por Golden Group con 44,4, COOMEVA con 44,4 y Nueva EPS con 41,3 por cada 10.000 afiliados. Las EPS con menos solicitudes en el 2012 fueron COMFASUCRE con 3,7; UNICAJAS con 3,6; Pijao Salud (Tolima) con 3,5; y COMFACHOCÓ con 1,8 tutelas por cada 10.000 afiliados. Es de

mencionar que estas últimas EPS están ubicadas en los departamentos con menor tasa de tutelas.

Evolución de tutelas por incertidumbre de si el servicio es o no POS

En cuanto a la incertidumbre generada en relación con los servicios incluidos, no incluidos y excluidos del plan obligatorio de salud, ha venido disminuyendo progresivamente. El número de solicitudes por medicamentos que no pudieron ser clasificados como POS o No POS ha sido inferior al 2% en los 3 años analizados. En el 2010 fue de 1.7% y de 0,2% en el 2012.

Este cambio muestra la importante incidencia que han tenido los tres procesos de actualización del POS – Acuerdo 08 de 2009, Acuerdo 029 de 2011 y Resolución 5521 de 2013 – que han estado orientados expresamente a aclarar y especificar los contenidos de modo que sea claro qué está cubierto y qué no está cubierto.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social en Diciembre de 2012 emitió la Resolución 4251 mediante la cual definió de forma definitiva las tecnologías cubiertas por el plan obligatorio de salud, para efectos del saneamiento de cuentas por recobros, de conformidad con lo establecido en el artículo 122 del decreto-ley 19 de 2012. Lo que permitió aclarar cualquier tipo de controversia entre las EPS y el Ministerio.

Finalmente, con la expedición de resoluciones que aclaran el significado y manejo de las divergencias recurrentes en la interpretación del POS y del manejo de los recobros (Resolución 3778 de 2013 y Resolución 4752 de 2011) se creó un espacio para que se resuelvan los conflictos sobre la interpretación conceptual de la cobertura, en la que los propios recobrantes tienen la facultad de plantear conflictos.

Evolución de tutelas por servicios incluidos en el POS

En el cuadro siguiente se muestra el comportamiento de las tutelas interpuestas para solicitar servicios contenidos en el POS. Se observa una disminución en las cirugías, insumos, medicamentos y terapias y un aumento en las citas médicas y en los exámenes. No obstante, con la información disponible no es posible saber en qué casos se está frente a una verdadera negación de un servicio ya contenido en el POS, o en cuales se acude a la tutela por razones de oportunidad en el servicio solicitado o cuando a pesar de que un medicamento es POS, el uso para el cual fue expedido el registro en el INVIMA no corresponde a la patología del paciente. Este es un aspecto fundamental pues permite distinguir los casos de negligencia de aquellos que se explican en razones estructurales del sistema. Con el objetivo de superar este obstáculo, y de avanzar en la comprensión de las tutelas en esta área el Ministerio espera poder recaudar información directamente de la Corte Constitucional en el año 2014.

Porcentaje de solicitudes en las tutelas clasificadas como POS 2010 al 2012.

CONCEPTO	2010	2011	2012
Cirugías	85,4%	80,9%	79,0%
Citas Médicas	85,2%	78,1%	89,8%
Exámenes	84,5%	92,9%	86,5%
Insumos	62,2%	49,6%	49,4%
Medicamentos	44,1%	42,5%	33,4%
Terapias	66,6%	82,6%	59,0%

Fuente: Cálculos Universidad de los Andes

Evolución de la tutela según servicios negados por los CTC

De otro lado, el análisis de servicios negados, basado en el informe preparado por el Ministerio de Salud en 2013, evidencia que en el Régimen Subsidiado el 75,1% de las negaciones no tramitadas ante el CTC y que probablemente terminan luego siendo solicitados por tutelas, son por la causa "Servicio No POS que debe ser tramitado, autorizado y pagado por el ente territorial con subsidios de oferta". En cuanto a las solicitudes negadas por el CTC un 33,7% son por las causas "No hay evidencia de riesgo para la vida del paciente" (17,1%) y la "La solicitud es incompleta o mal diligenciada" (16,6%).

En el Régimen Contributivo, el 65,5% de las negaciones no tramitadas ante el CTC son por la causa "La solicitud es incompleta/mal diligenciada"; y de las negadas por el CTC un 68,5% se da por las causas "No hay pertinencia médica en lo ordenado" (34,8%), "El servicio es experimental o no cuenta con autorización para su uso en el país" (18,7%) y "La solicitud es incompleta o mal diligenciada" (15,0%)." No obstante lo anterior, en casi el 90% de los casos el juez desconoce las razones esgrimidas por los Comités Técnico Científicos para no conceder estos servicios.

Evolución de la tutela según régimen de afiliación

No hay una diferencia significativa entre la tasa de solicitudes en los dos regímenes de afiliación. En el régimen contributivo la tasa de solicitudes ha aumentado, pasando de 2 por cada 1000 afiliados en el 2010 a 2.4 por 1000 afiliados en el 2012. Lo mismo ha ocurrido en el régimen subsidiado, pasando de 2 por cada 1000 afiliados en el 2010 a 2.5 por 1000 afiliados en el 2012.

Evolución de las tutelas por servicios no incluidos en el POS

Como se observa en la gráfica abajo, los servicios No incluidos en el POS que son demandados por la vía de la tutela, vienen disminuyendo de manera significativa, especialmente en solicitudes como citas, que pasan del 12,6% en el 2010 a 5,6% en el 2012 y en exámenes pasando del 15,2% en el 2010 a 9,3% en el 2012. Los medicamentos muestran un aumento, pasando de 50% en el 2010 a 61,4% en el 2012. Si bien es

necesario profundizar en el análisis de las tutelas por medicamentos – lo cual será posible con la metodología que será implementada para el recaudo de información en 2013 – hay indicios que muestran que buena parte del litigio en esta área esta relacionada con dos problemas. De un lado, la inflexibilidad que tenía el POS antes de la Resolución 5521 de 2013. Esta inflexibilidad fue explicada en la exposición de motivos del proyecto de ley ordinaria que actualmente cursa en el Congreso y en el que precisó que el litigio en esta área se explica en parte en que los actores del sistema han concentrado sus esfuerzos en identificar mecanismos para recobrar medicamentos y acceder a recursos adicionales. El siguiente ejemplo ilustra esta afirmación. Actualmente el acetaminofén en jarabe hace parte de POS pero el acetaminofén en gotas es No POS. La efectividad de las dos formas farmacéuticas es idéntica. Sin embargo, la posibilidad de recobrar el acetaminofén en gotas incentiva su prescripción. De hecho, si se cruza la base de datos CUMS del INVIMA y el Acuerdo 29 de la CRES, se encuentra que el POS actual contempla 442 principios activos, de los cuales 372 tienen concentraciones o formas farmacéuticas no incluidas en el POS, esto es, potencialmente existen maneras de “recobrar”, como sustancias activas No POS, 84,2% de las sustancias activas POS. Frente a este incentivo, el Ministerio adoptó medidas en la resolución 2251 de 2013 que serán explicadas más adelante.

De otra parte, el litigio por medicamentos se explica también en la presión tecnológica ha hace que todos los días haya nuevos medicamentos para el tratamiento de las enfermedades cuya efectividad muchas veces ni siquiera es clara. Como explicó también en la mencionada exposición de motivos el Ministerio, en 2010 la mitad de los medicamentos de mayor participación en el valor total de los recobros, que en conjunto concentraron el 60% de los recobros totales, coincidía con los medicamentos de mayor venta en el mercado mundial, todos ellos, innovaciones de reciente introducción^{3,4}. Aumentos en la carga de enfermedad y en las tasas de nuevos diagnósticos de enfermedades como el cáncer o las enfermedades autoinmunes, no son proporcionales a la demanda reflejada. También se explicó que las dinámicas de innovación terapéutica y diagnóstica son factores que influyen sobre el gasto en salud, tanto de las prestaciones POS como de las prestaciones del No POS. Por ejemplo, en Colombia, un promedio de 20 de nuevos principios activos entran al mercado cada año, según cifras del INVIMA. Estos principios activos aparecen rápidamente en el top del perfil de los recobros sin mediar procesos de evaluación técnica sobre su beneficio, excepto los conceptos de los Comités Técnico Científicos. De hecho, 10 principios activos que entraron al mercado colombiano en los últimos cinco años representaron más de 30% del valor de los recobros totales en 2012 y solo 16 principios activos de origen biotecnológico representan el 80% de los recobros para el mismo año (FOSYGA 2012).

De otra parte, en algunos casos, es difícil catalogar el servicio como NO POS, como ocurre con las cirugías de mama, bien sea como parte del tratamiento de cáncer de mama o como un procedimiento estético, en cuyo caso estaría excluido. Si se cruzan las diferentes cirugías de mama con los diagnósticos, se encuentra que solo el 20% se deben a cáncer de mama, mientras que el 80% deben ser analizados más en detalle para descartar un uso

³ IMS HEALTH pharmaceutical intelligence (2010). Official website: <http://www.imshealth.com/portal/site/ims>

⁴ Zapata J., et al. FEDESARROLLO (2012). Hacia una política integral de medicamentos biotecnológicos en Colombia. Anexo 18.

estético, para lo cual se requiere información adicional que aún no se encuentra disponible y que dependerá del acceso a expedientes en la Corte Constitucional.

Servicios No-POS solicitados en tutelas.

CONCEPTO	2010	2011	2012
Crugías	11,5%	19,1%	12,9%
Citas Médicas	12,6%	15,4%	5,6%
Exámenes	15,2%	2,7%	9,3%
Insumos	37,8%	50,4%	46,8%
Medicamentos	50,0%	54,9%	61,4%
Terapias	31,3%	15,4%	37,5%

Fuente: Cálculos Universidad de los Andes

Evolución de las tutelas en menores de edad

Analizando las solicitudes de tutelas interpuestas para menores de edad señaladas en la gráfica más abajo, se encuentra que estas van en aumento. La tasa de solicitudes en menores de edad pasó de 13,2 en el 2010 a 20,1 en el 2012 por cada 100.000 niños. No se dispone de información que permita interpretar mejor este comportamiento. No obstante, cuando se analizan las coberturas de aseguramiento en los menores de edad, están son inferiores a las reportadas para los demás grupos de población (casi 10 puntos menos, 86,9% frente a casi 96% para toda la población), lo que en parte se explica por la carencia de documentos idóneos para su identificación que generan permanentes conflictos entre las EPS y el Ministerio de Salud y Protección Social en el reconocimiento de las UPC respectivas, en especial por el riesgo en el que se incurre de autorizar un pago por alguien que no está adecuadamente identificado. Adicional a que muchos niños carecen del documento idóneo que los identifique, se agrega la dificultad que tiene el Ministerio de Salud y Protección Social para realizar el cruce de bases de datos con la Registraduría Nacional, al no existir una base sistematizada de los menores de edad que facilite su identificación rápida.

No obstante, si se analiza su composición se puede identificar un cambio sustancial en el tipo de problemas que se presentan ante los jueces. Este cambio muestra un descenso en las tutelas relacionadas con el acceso a servicios básicos, acompañado de un incremento a servicios que tienen menos este carácter, especialmente terapias ABA. En efecto, las terapias tipo ABA son los servicios con un mayor crecimiento pasando de 34,7 en el 2010 a 58,9 en el 2012 por cada 100.000 niños. Como ya se ha explicado antes a la Sala Plena de la Corte Constitucional muchos de los servicios que se ordenan bajo el descriptor de "terapias ABA" corresponden a servicios cubiertos en el POS – como psicoterapia o integración sensorial –pero la falta de precisión sobre los mismos cuando se ordenan por el médico tratante y por los jueces de tutela, impide hacer claramente estas distinciones. En muchos de estos casos, se trata de menores que están recibiendo efectivamente tratamiento – pues la cobertura del POS en este punto es robusta – pero quieren que éste se realice en una entidad específica, durante una jornada completa y con un enfoque técnico específico. En este sentido, aunque se trata de un debate de la mayor importancia, las tutelas por terapias ABA que son las más importantes en el caso de menores de edad,

no buscan el acceso a servicios básicos sino – como ocurría con la mayoría de tutelas en 2008 – sino a enfoques específicos y servicios adicionales o que involucran otros sectores.

Tutelas interpuestas para menores de edad

Concepto	2010	2011	2012
Cirugía	6,9	7,2	8,7
Citas Médicas	11,4	14,9	18,8
Exámenes	8,6	12,1	12,7
Insumos	8,2	7,5	10,4
Medicamentos	15,1	21,9	16,0
Tramites de la EPS	7,3	14,4	14,2
Terapias	34,7	46,9	59,8
Promedio	13,2	17,8	20,1

Fuente: Cálculos Universidad de los Andes

Evolución de las tutelas por insumos médico quirúrgicos

En cuanto a las tutelas interpuestas para solicitar insumos médico quirúrgicos, se observa una disminución importante en el número de tutelas por insumos, como es el caso de los lentes Intraoculares LIO, que pasaron de 367 solicitudes en el 2010 a 72 en el 2012. La legislación expedida desde 2011 indica que este tipo de insumos están incluidos en el POS y deben ser garantizados sin necesidad de una sola tutela.

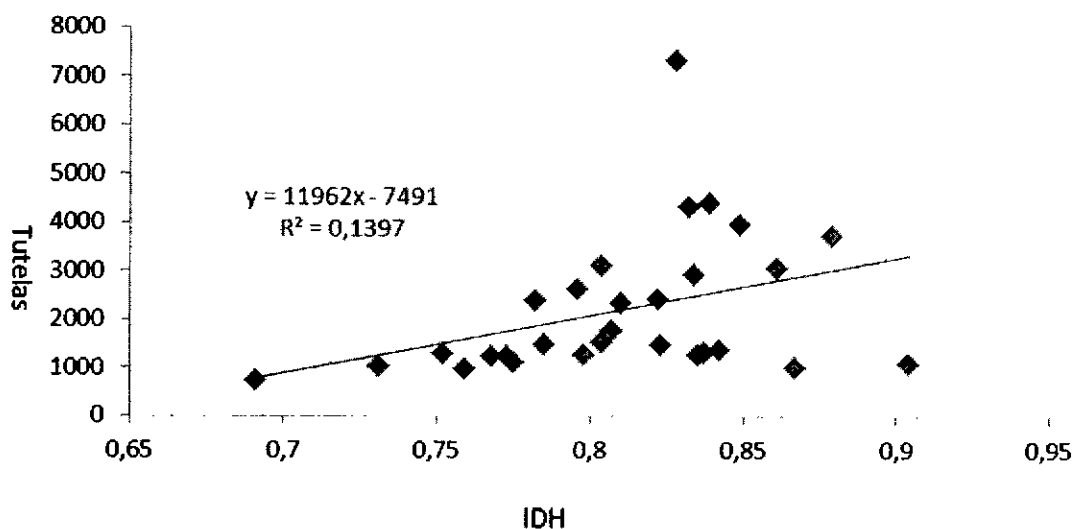
Evolución de tutelas que no es posible analizar con la información disponible.

Con la información de que se dispone actualmente, no es posible conocer el comportamiento de tutelas relacionadas con problemas tales como negación a responder de fondo una petición para remover un obstáculo, negación de servicios ordenados por profesionales no suscritos y por interrupción de suministro de servicios por desempleo. En estos casos es preciso contar con el expediente completo de la tutela, a la identificación precisa del solicitante y de esta manera poder acceder a otras bases de datos.

c. Regresividad, IDH y calidad.

Si bien la acción de tutela ha sido un valioso instrumento en la protección de los derechos individuales de los ciudadanos, existe alguna evidencia que indica que sus efectos agregados pueden ser regresivos. En primer lugar, el estudio realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2013, el cual demuestra que el 22% de los recobros originados en tutelas van a parar al quintil más rico de la población que solo representa el 3% del total de la población. En cambio apenas el 3% de los recobros por esta vía terminan en el quintil más pobre, que representa el 69% de la población total del país. Esto significa que la acción de tutela estaría favoreciendo a quienes cuentan con mayores recursos y no a los más vulnerables.

En segundo lugar, al hacer la comparación entre la tasa de tutelas por cada millón de habitantes con el Índice de Desarrollo Humano para cada departamento en 2011, se observa un índice de correlación positivo y estadísticamente significativo de 0,374. La correlación explica cómo un fenómeno se comporta con relación al otro, y no necesariamente que el uno sea la causa. En este caso la correlación indica que a mayor IDH mayor número de tutela, y a menor IDH menor número de tutelas.



Estos son indicios que sugieren que el volumen de tutelas que se presentan en una determinada región, está también asociado a factores sociales y económicos y no solamente al fenómeno salud enfermedad ni a una actitud deliberada de negación de la atención. Lo anterior señala también el efecto regresivo de la tutela en salud -a mayor desarrollo hay un mayor número de tutelas-, que es contrario a lo que la lógica que haría pensar que es más fácil se vulnere el derecho a la salud donde hay menor desarrollo y menor calidad de los servicios.

d. Avances.

Del análisis de resultados presentado en el punto anterior que mira comparativamente el comportamiento de las tutelas entre 2010 y 2013, se destacan como avances importantes los siguientes:

- No se puede afirmar que su tendencia sea a seguir creciendo, y probablemente se estaría frente a un punto de quiebre en su evolución. No obstante si se comparan servicios iguales, excluyendo las nuevas causas de tutelas interpuestas por servicios y trámites administrativos y sociales, si habría una disminución en las tutelas.
- Las principales causas por las que antes se acudía a la tutela como son las cirugías, exámenes y medicamentos vienen disminuyendo, y no hay una tendencia al crecimiento en las denominadas solicitudes por "tratamiento integral", lo mismo que en las tutelas por temas que no son claramente

[Firma manuscrita]

servicios básicos e incluso no son necesariamente sectoriales. Entre otros, ejemplos en este sentido son las tutelas solicitando la cobertura del transporte, pañales y pañitos húmedos o terapias ABA.

- De hecho, las tutelas por trámites, razones sociales, administrativas y económicas representan hoy más del 30% del total mientras que en 2005 eran el 8,7%. Esto evidencia un cambio en sus causas que explica el hecho de que éstas no disminuyan.
- Este patrón es aún más acentuado en el caso de los niños pues aunque las tutelas no han disminuido ha habido un cambio profundo en su composición, de modo que se han reducido las relacionadas con servicios básicos y han aumentado las relacionadas con terapias ABA. Estas terapias no corresponden a servicios básicos pues se trata mayoritariamente de servicios cubiertos en el POS con un enfoque terapéutico específico. Adicionalmente en la mayoría de los casos se trata de menores que se encuentran recibiendo tratamiento.
- Hay una disminución progresiva de las solicitudes originadas en incertidumbre en la clasificación como POS o No POS del servicio.
- Hay una disminución significativa de las tutelas interpuestas para solicitar servicios no incluidos en el POS.
- Hay una disminución significativa de las tutelas interpuestas para solicitar insumos médico quirúrgicos.
- Aunque hay un crecimiento en la tutelas por servicios incluidos en el POS, no es posible saber en qué casos se está frente a una verdadera negación, o en cuales se presenta una solicitud de mejor oportunidad en el servicio.

e. Puntos de alerta.

Del análisis de resultados presentado llama la atención el peso creciente de las tutelas por trámites, razones sociales, administrativas y económicas, que en muchos casos escapan al ámbito de la salud. Estos hechos reflejan problemas sociales y económicos de quienes acuden a este medio, que aunque podrían impactar en el origen y manejo de la enfermedad, resolverlos es más bien una tarea implícita en el desarrollo social y económico del país. En este sentido hay que destacar la propuesta de ley estatutaria de la salud que en esencia busca definir los límites entre la salud y el desarrollo social que permitan una mejor asignación de responsabilidades y utilización de los recursos que se destinan a cada sector en particular.

f. Limitaciones del informe.

La principal limitación del informe presentado surge de no disponibilidad de información precisa y detallada, contenida en el expediente de la tutela que permita por un lado conocer todas las circunstancias de orden administrativo, técnico, operativo y financiero que rodean la solicitud de la tutela, así como la identificación exacta de quien la solicita con la cual sea posible acceder a datos adicionales, que por ejemplo permitan explorar mejor la capacidad económica del peticionario. Aunque en esta ocasión el análisis del

comportamiento de las tutelas se realizó utilizando la base de datos de la Defensoría del Pueblo, que aunque posee más información, carece de los datos que serían necesarios para realizar un análisis más completo y certero. Por este motivo, se le ha solicitado a la HCC permita acceder al expediente completo de cada caso de tutela en salud, de forma tal que el informe a entregar en 2015 pueda realizarse de una manera más adecuada.

III. Medidas adoptadas.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha adoptado numerosas medidas para controlar las causas que explican el fenómeno de la tutela, en especial sus principales motivaciones como son las derivadas de las divergencias en los planes de beneficios, los servicios no incluidos en el POS, los problemas relacionados con la movilidad y traslados entre entidades y los reconocimientos por transporte entre otros.

En primer lugar, se identifica la unificación de los planes de beneficios entre el régimen subsidiado y contributivo, la última de ellas a partir de julio de 2012 que llevó a una igualación total de la población. Esta medida, además de garantizar la protección igualitaria del derecho a la salud de los afiliados de ambos regímenes tuvo un impacto en el litigio de los usuarios del régimen subsidiado. Este impacto se materializa en que ya no se requiere interponer acciones de tutela para acceder a los servicios de salud que antes sólo estaban cubiertos para los usuarios del régimen contributivo.

En segundo lugar, se encuentran las actualizaciones integrales de los planes de beneficios, que de manera general han llevado a la inclusión en el POS de las tecnologías que recobradas al sistema y consideran la carga de la enfermedad, el perfil epidemiológico, los medicamentos extraordinarios y la disponibilidad de recursos. Estas actualizaciones también han buscado mejorar la cobertura de servicios en los aspectos más apremiantes y significativos para la salud de los colombianos, con la tecnologías en salud que tienen el potencial de mejorar más acentuadamente los resultados en salud. De manera particular, en la última actualización realizada en la Resolución 5521 de 2013 se adoptaron numerosas medidas para tratar de atacar algunas de las fallas en regulación que explican el litigio en salud.

Para empezar, la actualización de la presente vigencia avanza gradualmente hacia un POS implícito (ampliación del POS) a través de la inclusión de medicamentos con evidencia (internacional) de efecto terapéutico similar, por grupos o subgrupos terapéuticos, concomitante con una racionalización del gasto farmacéutico. La inclusión de medicamentos por subgrupos terapéuticos fue adoptada con las finalidades de disponer de mayores opciones terapéuticas para los pacientes, incentivar la gestión médica y la de eliminar el incentivo al litigio en salud. Esto último derivado de la práctica de algunos actores de recobrar los medicamentos no incluidos en el POS, a pesar de que se dispusiera en el mismo de tecnologías de igual o superior efecto terapéutico.

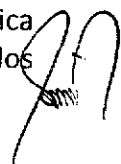
Era común que una vez se incluía un medicamento nuevo en el POS que era recobrado de manera recurrente, todo el litigio y los recobros de CTC se trasladaban al que no había

sido incluido aún cuando no hubiera evidencia sobre su superioridad terapéutica o aún cuando esta fuera inferior.

Al estudiar e incluir las tecnologías por subgrupos terapéuticos se contemplan todas las posibilidades de tratamiento (disponibles en el país), con diferentes características y precios, de modo que todas están costeadas y financiadas por la UPC. Así prescribir u ordenar una u otro medicamento no representa beneficios económicos o rentas adicionales para ningún actor. Por el contrario, en este escenarios los profesionales de la salud cuentan con absoluta libertad para ordenar los medicamentos que consideren más adecuados para tratar el caso del paciente.

La Resolución 5521 de 2013 también aclaró algunos de los conceptos que mayor litigio generaban para delimitar con claridad el alcance de la cobertura. En primer lugar, el artículo 8, literal 6, aclaró la definición de atención domiciliaria para distinguir aquella que es sectorial y requiere personal de salud, de aquella que corresponde a necesidades sociales de atención y cuidado de los enfermos que no requiere personal de salud ni personal con ningún tipo de entrenamiento especial y corresponde en principio a las familias y a otros programas sociales del estado. El artículo 29 por su parte aclaró cuáles de estos componentes estaban cubiertos y en cuales circunstancias las EPS podían o no ordenar la atención domiciliaria para evitar que la misma sea ordenada en casos en los que las familias no están en capacidad de atender en el hogar a quienes padecen una enfermedad. En segundo lugar, se aclaró la distinción entre cirugías estéticas y funcionales que aún cuando había estado siempre presente en el POS había sido eliminada en el Acuerdo 029, convirtiéndose esta en una de las causas crecientes del litigio. Otros ejemplos de aclaraciones pueden ser el del condón masculino (Planificación familiar) que fue incluido de manera expresa nuevamente (artículo 20) pues no estaba contemplado en el texto del Acuerdo 29 a pesar de que se consideraba cubierto y el de salud mental, en el que se precisó que cuando se trate de trastorno o enfermedad mental que “ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes” (artículo 67).

La Resolución 5521 de 2013 también aclaró la cobertura en materia de transporte, una de las causas crecientes de litigio. De una lado, se mantuvieron las coberturas que ya estaban previstas en el acuerdo 29 que contemplaban: (1) traslado acuático, aéreo o terrestre “desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria” en casos de urgencia (artículo 124); (2) traslado de referencia y contra referencia “entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional (...) teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora” (artículo 124), (3) “traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe” (artículo 124) y (4) transporte para “acceder a una atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado” cuando se trate de zonas especiales por dispersión geográfica (artículo 125). En este último caso se incluyeron 169 municipios nuevos en aquellos



declarados como zonas dispersas para un total de 363. En estos casos se reciben recursos adicionales que deben cubrir los desplazamientos de los pacientes cuando los servicios no se encuentran disponibles. A lo anterior se precisó la cobertura del (5) transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios considerados como puerta de entrada. Es decir servicios de urgencias, consulta médica no especializada y consulta odontológica no especializada y en el caso de los menores de 18 años o mujeres en estado de embarazo la consulta especializada pediátrica, obstétrica o por medicina familiar. En estos casos, es necesario que se cumpla la regla de estos servicios existan en el municipio de residencia del afiliado pero "la EPS no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios" (artículo 125, parágrafo). Estos cambios son de la mayor significancia teniendo en cuenta que el transporte es una de las causas crecientes de litigio.

En cuanto a la cobertura, la Resolución 5521 de 2013 realizó un cambio sustancial en su presentación que tiene una incidencia directa en el litigio. Este cambio consistió en una presentación más agregada de la cobertura que elimina las inflexibilidades que se mencionaron antes. Esto implica que por ejemplo en el caso de la inclusión de nuevos medicamentos se cubren los principios activos en todas sus concentraciones, de modo que se elimina el incentivo a ordenar las concentraciones no cubiertas y a crear concentraciones adicionales a las cubiertas. El mismo ejercicio fue realizado con los procedimientos. Anteriormente la cobertura describía la cobertura la resección de tumor extradural de por ejemplo, con dos procedimientos: "resección de tumor extradural (epidural) vía posterior, con laminectomía bilateral +" y "resección de tumor extradural (epidural) vía posterior, con laminoplastia +". esto implicaba que cualquier otra alternativa para hacer la resección se entendía no cubierta y creaba un incentivo para que fueran justamente esas las que se realizaran sin atender a argumentos técnicos. La eliminación de los detalles llevó a simplificar la denominación e cobertura como "resección de tumores extradurales (epidurales)" lo cual comprende cualquier mecanismo que se aplique para realizarla. Esto reduce los litigios.

Otras medidas adicionales, más allá de la actualización del POS son por ejemplo la expedición en 2013 de los decretos de movilidad y portabilidad. El Ministerio de Salud y protección Social expidió el 23 de agosto de 2013 el Decreto 1683, y el 27 de diciembre del mismo año el Decreto 3047. El primero reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 referente a la portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el segundo el Artículo 35 de la misma Ley que entre otros aspectos define la forma y los procedimientos referentes a la movilidad entre regímenes de los afiliados al régimen subsidiado. En el primero se establecen las reglas y condiciones para que los afiliados al Sistema puedan acceder a la portabilidad de su derecho a la salud en todo el territorio nacional, cuando por alguna circunstancia se encuentren transitoriamente por fuera de su lugar habitual de residencia. En el segundo se definen las reglas y procedimientos para que las personas afiliadas al régimen subsidiado puedan permanecer en la misma EPS cuando por alguna circunstancia cambian de condición de subsidiado a contributivo o viceversa. Estos Decretos tienen un efecto positivo sobre el acceso a los servicios de salud, al eliminar parte de las circunstancias que hoy lo limitan, como son por

ejemplo aquellas derivadas del desplazamiento transitorio de las familias, de la movilidad laboral y de la separación de núcleo familiar por razones laborales. Estas circunstancias hacen más dispendiosos y complejos los trámites de afiliación, registro de novedades y atención, que es precisamente lo que se corrige con estos dos Decretos. Aunque el litigio por problemas de afiliación no es tan acentuado, corresponde al 5% del mismo y se ha mantenido estable en los últimos años, de modo que lo que se busca es eliminarlo de manera definitiva.

Otra medida importante, ha sido la conformación del Instituto de Evaluación de Tecnología, IETS, que había sido creado por la Ley 1438 de 2011 y que fue efectivamente conformado mediante acta de 17 de septiembre de 2012. Este instituto tiene una estructura que garantiza su independencia y fundamento técnico, de modo que crea condiciones para que las decisiones sobre las inclusiones y las exclusiones sean más objetivas. Adicionalmente, por fuera del contexto de la actualización del POS, el IETS es una herramienta para que el sistema pueda evaluar la pertinencia técnica y los beneficios o riesgos de las tecnologías que son litigadas. Así por ejemplo para comprender el alcance y la naturaleza de las terapias ABA y de las terapias con animales el Ministerio solicitó una evaluación de tecnología que ya arrojó conclusiones sobre su uso en algunas patologías que fueron remitidas a la Corte Constitucional. Este tipo de acciones permiten que tanto los agentes del sistema como los jueces de tutela cuenten con elementos técnicos para tomar decisiones en salud.

Finalmente hay que destacar que el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra trabajando de manera conjunta con todos los actores del Sistema de Salud y espera definirlos antes de junio de 2014, nuevas normatividades y procedimientos que apuntan a resolver las principales motivaciones que llevan a los usuarios a acudir a la tutela como medio para acceder a servicios de salud, como son por ejemplo aquellos relativos a la afiliación y el registro de novedades, al registro y procedimiento para el manejo de los servicios negados, al funcionamiento de los Comités Técnico Científicos y a la operación transaccional de la Base de Datos Única de Afiliados, entre otros.

