

**FUENTES Y CARACTERIZACIÓN DE LA TUTELA EN SALUD Y SU RIESGO  
JURÍDICO.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**INVESTIGADORES PRINCIPALES**

**LUÍS EDUARDO OLIVEROS PASIÓN  
LUISA PAOLA RAMÍREZ JARAMILLO.**

**Trabajo de Grado para optar al título de Magíster en Administración en Salud**

**ASESOR**

**Dr. JAIME LEÓN GAÑAN ECHAVARRÍA**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN:  
OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:  
POLÍTICAS PÚBLICAS, ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD CES  
MEDELLÍN  
2019**

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	9
3. JUSTIFICACIÓN.....	12
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
5. MARCO TEÓRICO .....	14
5.1. DE LA NATURALEZA JURÍDICA DEL DERECHO A LA SALUD. ....	14
5.2. ALGUNAS VISIONES DE LA SALUD EN COLOMBIA.....	15
5.3. ACCIÓN DE TUTELA COMO MECANISMO DE PROTECCIÓN DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD.....	21
5.4. SALUD DESDE LA VISIÓN DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1886. 31	
5.5. ENFOQUE DE SALUD A PARTIR DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991 32	
5.6. LA LEY 1751 DE 2015 O LEY ESTATUTARIA.....	34
5.7. RIESGOS DE LA TUTELA COMO MECANISMO DE PROTECCIÓN A LA SALUD .....	36
5.8. RIESGO JURÍDICO (SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO) LEY 1523 DE 2012.....	38
6. OBJETIVOS.....	40
6.1. OBJETIVO GENERAL.....	40
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
7. DISEÑO METODOLÓGICO .....	41
7.1. TIPO DE ESTUDIO Y ENFOQUE .....	41
7.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	41
7.3. CONTROL DE SESGOS .....	41
7.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	41
7.5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	42
7.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	43
8. RESULTADOS .....	44
8.1. CARACTERIZACIÓN DE TUTELAS POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS TUTELAS .....	45
8.2. CAUSALES DE INTERPOSICIÓN DE TUTELAS .....	53
8.3. ASOCIACIONES ENTRE CAUSALES DE INTERPOSICIÓN DE TUTELAS .....	63

9.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	69
9.1.	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS TUTELAS.....	69
9.2.	CAUSALES DE INTERPOSICIÓN DE TUTELAS.....	71
9.3.	ASOCIACIONES ENTRE CAUSALES DE INTERPOSICION DE TUTELAS.....	73
10.	PROPUESTAS.....	74
11.	CONCLUSIONES. ....	79
12.	BIBLIOGRAFÍA .....	82

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1	AGRUPACIÓN DE TUTELAS POR GENERO/ AÑO EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018.....	45
Tabla 2	DISTRIBUCIÓN DE TUTELAS POR MUNICIPIO EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	46
Tabla 3	AGRUPACIÓN DE TUTELAS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018.....	49
Tabla 4	AGRUPACIÓN DE NÚMERO DE TUTELAS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018.....	51
Tabla 5	DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO DE TUTELA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018.....	52
Tabla 6	AGRUPACIÓN DE LA TUTELA INTEGRAL EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018.....	52
Tabla 7	AGRUPACIÓN DE LOS TIPOS DE CAUSALES DE TUTELA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.....	53
Tabla 8	AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR AFILIACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	54
Tabla 9	AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR CARTERA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	55

Tabla 10 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR MEDICAMENTOS PBS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.	56
Tabla 11 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR MEDICINA LABORAL EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	57
Tabla 12 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR PRESTACIONES ECONÓMICAS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	58
Tabla 13 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR PROCEDIMIENTOS PBS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.	60
Tabla 14 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR SERVICIOS NO PBS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	61
Tabla 15 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR OTRAS CAUSAS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	62
Tabla 16 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR TIPO DE CAUSA VS AÑO DE INTERPOSICION DE TUTELA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	64
Tabla 17 RELACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS CAUSALES DE TUTELA VS RÉGIMEN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	67
Tabla 18 RELACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS ESTADOS DE TUTELA VS RÉGIMEN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	68

## LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 DISTRIBUCIÓN DE TUTELAS POR MUNICIPIO EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2105 A 2018. ....	49
Ilustración 2 DISTRIBUCIÓN DE NÚMERO DE TUTELAS POR MES EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	50

Ilustración 3 DISTRIBUCIÓN DE NÚMERO DE TUTELAS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018.....	51
Ilustración 4 DISTRIBUCIÓN DE LOS TIPOS DE CAUSALES DE TUTELA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.....	54
Ilustración 5 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR AFILIACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	55
Ilustración 6 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR CARTERA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	56
Ilustración 7 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR MEDICAMENTOS PBS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	57
Ilustración 8 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR MEDICINA LABORAL EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.....	58
Ilustración 9 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR PRESTACIONES ECONÓMICAS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.....	59
Ilustración 10 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR PROCEDIMIENTOS PBS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	61
Ilustración 11 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR SERVICIOS NO PBS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	62
Ilustración 12 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR OTRAS CAUSAS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.....	63
Ilustración 13 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR TIPO DE CAUSA VS AÑO DE RADICACIÓN DE TUTELA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.....	65
Ilustración 14 TENDENCIA DE TUTELAS POR SERVICIOS PBS Y SERVICIOS NO PBS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018. ....	66

## RESUMEN

La constitución Política de 1991, creó la acción de tutela como mecanismo para la protección de los derechos fundamentales. Las tutelas en el sector salud surgen como consecuencia de las dificultades que posee el sistema de salud colombiano en la prestación de servicios. Objetivo: Caracterizar las acciones de tutela interpuestas a una entidad aseguradora en el Departamento de Antioquia en los años 2015 a 2018. Metodología: Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y se recolectó información de las tutelas interpuestas a un asegurador durante los años 2015 a 2018. Resultados: Se analizó una base de datos de 23.367 tutelas interpuestas. En el año 2015 se interpusieron 4705 tutelas (20.1%), en el 2016 fueron 5294 (27,4%), en el año 2017 fueron 6393 (27,4%), en el año 2018 fue de 6975 (29,8%); 18.390 tutelas (78.7%) correspondían a población femenina y 4.977 (21.3%) corresponden a género masculino. Los municipios que más presentaron tutelas fueron Medellín con 12.047, Rionegro con 1.431 y Apartadó con 1.278. De las 23.367 tutelas analizadas, 22.362 (26%), se encontraban en estado fallado y 6.163 (26%) fueron registradas como tutelas integrales. Conclusión: Las principales causas de tutelas identificadas fueron por servicios NO PBS, procedimientos PBS y prestaciones económicas. La tutela es y continuará siendo un instrumento para garantizar el acceso a los servicios en nuestro país mientras no se logre un equilibrio en la prestación y la sostenibilidad financiera del mismo.

**Palabras claves:** Derechos fundamentales, tutela, riesgo jurídico, causas de tutela.

## ABSTRACT

The political constitution of 1991 created action legal claims as a protective mechanism to fundamental rights. Legal claims in the health sector emerged due

to issues at providing services in the Colombian health care system. Objective: To identify the action legal claims filed on an insurance company in the department of Antioquia from 2015 to 2018. Methodology: A study was conducted focusing on quantity, description and retrospect. Information was collected on claims filed on an insurance company from 2015 to 2018. Results: Database analysis of 23,367 claims filed resulted in the following: 2015: 4,705 claims (20.1%) 2016: 5,294 claims (22.7), 2017: 6,393 claims (27.4), 2018: 6,975 claims (29.8%) 18,390 complaints (78.7%) were filed by women and 4,977 were filed by men. The municipalities with the largest complaints were: Medellin - 12,047 claims, Rionegro - 1,431 claims Apartadó - 1,278 claims 22,362 (26%) of the 23,367 claims analyzed were ruled on and closed and 6,163 were integral claims. Conclusion: The primary reasons for the majority of the complaints were due to NO PBS services, PBS procedures and economic benefits (or loans).

Legal complaints are and will continue to be instrumental in order to guarantee access to services until a balance of benefits and financial sustainability is reached in our country.

**Key words:** Fundamental rights, complaint, legal risk, claims reasons

## **1. INTRODUCCIÓN**

En el presente trabajo de Investigación se realizó un análisis de causalidad de acciones de tutelas en una entidad aseguradora del Departamento de Antioquia que evidencia el mecanismo de tutela como medida de acceso al sistema de salud en Colombia y permite identificar el porqué las personas deben llegar a esta instancia para acceder a los servicios y sus barreras de acceso.

A partir de este análisis se realizaron propuestas de mejoramiento a la entidad de salud que permiten intervenir la problemática y disminuir así los riesgos jurídicos. A pesar del volumen creciente de estos requerimientos, no se cuentan con estudios actualizados que permitan identificar la situación real que presenta el país en este aspecto.

Como estudiantes de Maestría de Administración en Salud vemos la necesidad como futuros dirigentes de las instituciones de salud, de identificar las causas por las cuales los usuarios del sistema de Salud se ven limitados para acceder a los servicios. Con este trabajo pretendemos brindar soporte a los administradores del sistema para diseñar estrategias que aporten al mejoramiento, que impacten en la oportunidad de atención y ayude disminuir el número de acciones de tutela.

Para la realización de esta investigación se obtuvo información de la base de datos de las tutelas interpuestas a una entidad aseguradora del Departamento de Antioquia, además se recopiló información a partir de fuentes bibliográficas, revisión de literatura física y digital, revisión de Normas constitucionales. Esta investigación se realizó con un enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo.



## 2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Constitución Política de Colombia de 1991 creó la acción de tutela como mecanismo para garantizar la protección de los derechos fundamentales como lo expresa en su artículo 86. *“Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad”* (1) (5).

Estas tutelas son presentadas ante el sector como consecuencia de la necesidad que tienen las personas de tener tratamientos médicos de manera oportuna, garantizando de esta manera la salud, pero al no tener acceso a los servicios médicos de una manera adecuada por parte de las EPS es que se da como consecuencia la creación de este fenómeno. (4)

Las Entidades Promotoras de Servicios de salud se han visto involucradas en Riesgos Jurídicos producto del incremento del volumen de tutelas como consecuencia de incumplimientos en cuanto a la prestación de servicios, tales como demora en las autorizaciones de los procedimientos, entrega de medicamentos, demora en la asignación de citas tanto de medicina general como especializada, entre otros.

Esta situación ilustra el panorama de las dificultades que han tenido las EPS en materia de costos, que en parte proviene de la deuda que el Estado tiene con las mismas para garantizar la prestación de los servicios a la población y también, a

causa de la administración que hacen dichas empresas con los recursos del Sistema.

Este panorama que se observa a diario en materia de salud en nuestro país, obliga a las entidades no solo a dar solución de una manera efectiva a esta situación, sino a generar modelos efectivos de identificación de las posibles razones para que dichos problemas se presenten y de esta forma poder generar cambios en el acceso de los servicios.

Debido a la clase de impedimentos para acceder a los servicios de salud, se hace necesario entrar a investigar las razones por las cuales una entidad de salud esta expuesta a riesgos de este tipo y así poder mitigarlos de la mejor manera. La sentencia 316 de 2008 expresa: *“Este fenómeno obedece a la eficacia de la acción y la negativa continuada de los aseguradores, principalmente, en garantizar el acceso a los servicios de salud generando un desequilibrio evidente en la relación de salud (asegurador-asegurado) y el desespero ciudadano en recibir una pronta solución a un padecimiento”*.

Actualmente el sistema de salud colombiano está regido por un marco jurídico que obliga a los entes que conforman el sistema a proteger dichos derechos fundamentales. Y de igual manera existen diversos entes en materia de salud como la Superintendencia Nacional de Salud, que sirve de veedor para garantizar el cumplimiento y vigilar a las entidades en caso de vulneración del derecho a la salud de las personas. (1)

Según el estudio realizado por la Defensoría del Pueblo publicado en el año 2013 se argumenta que: *“cada cuatro minutos se interpone una tutela para obtener asistencia médica o invocar el derecho a este fundamental servicio de salud, frente a la indiferencia o negligencia de las EPS, alcanzando en el año 2013 más*

*de 454.500 acciones interpuestas por los ciudadanos que advertían vulneraciones a sus derechos, frente a 424.400 que interpusieron en 2012”. (3)*

El planteamiento de este trabajo principalmente se basó en establecer la caracterización de la tutela y los riesgos jurídicos en instituciones de salud, dentro de los cuales se pueden encontrar los derivados de la mala prestación del servicio de salud que degeneren lesiones o incluso la muerte de los pacientes, trayendo como consecuencia un menoscabo en su actividad financiera por incursión en condenas por demandas de responsabilidad civil. Riesgos frente al profesional de salud que labora en la institución ya que tendrá que responder en relación con la posible existencia de culpa médica que comprometa su responsabilidad penal desde el punto de vista disciplinario y la afectación como empresa de salud por la existencia de un conjunto de riesgos reiterados que se consolidan en demandas, pérdidas financieras, operacionales y reputaciones para la empresa.

A raíz de la creación de la acción de tutela como mecanismo para poder garantizar los derechos fundamentales, y como consecuencia de la implementación de un sistema de salud inequitativo, se utiliza esta figura para preservar los derechos y así velar porque las personas de una manera u otra puedan tener acceso a servicios de salud cada día más dignos y humanizados.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

La tutela es un mecanismo que utilizan los usuarios como única alternativa para acceder a los servicios de Salud, el volumen que se presenta en el día a día se convierte en una fotografía de la realidad del sistema de salud, del cual como administradores del sistema somos partícipes y además se constituye en un nuestro deber buscar alternativas de solución para garantizar una mejor prestación de servicios a los usuarios y de esta manera evitar riesgos en la atención.

En la actualidad los estudios más recientes relacionados con tutelas son los que se encuentran realizados por estudiantes universitarios. El último estudio que se tiene en materia de caracterización de tutelas es de la Defensoría del Pueblo del año 2016. Consideramos que este trabajo permite servir de insumo a los diferentes aseguradores, IPS, entes de control, entre otros, para la realización de un análisis más profundo de las causales de tutela que permita establecer un diagnóstico más apropiado y de esta manera una adecuada y oportuna intervención.

Mediante el análisis de las variables que se estudiaron en el presente trabajo, es posible determinar una guía sobre cuáles son los riesgos jurídicos a los que está expuesta una Entidad Promotora de Servicios de Salud en el Departamento de Antioquia y de esta forma, poder desarrollar acciones de intervención con el fin de disminuirlos evitando así consecuencias en los distintos ámbitos de responsabilidad legal.

De igual manera se plantea este trabajo con el fin de generar propuestas que ayuden a determinar opciones de mejora para la entidad en estudio y servir como

insumo para la mejora continua de los aseguradores, prestadores y como tal del sistema de salud.

Mediante el análisis de las variables que se estudiaron en el trabajo es posible determinar una guía sobre cuáles son los riesgos jurídicos a los que están expuestos aseguradores e IPS, por no prestar de manera adecuada los servicios. Además las propuestas realizadas

Con este estudio se hará posible determinar las pautas que ayuden a la caracterización de las tutelas en salud, así como a la identificación de la causa raíz de la problemática en salud y de esta forma brindar las correspondientes soluciones.

#### **4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existe una caracterización de las causales de tutela en las entidades promotoras de salud, y en caso de no existir cuál sería esta caracterización?

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1. DE LA NATURALEZA JURÍDICA DEL DERECHO A LA SALUD.

En la novísima concepción del Estado Social, los derechos fundamentales se erigen como aquellas supremas garantías que toda persona tiene por el solo hecho de ser persona. El Estado tiene *prima facie* la obligación de garantizarlos tanto desde lo formal como desde lo material con el fin de generar una vida digna y con calidad. Poseen normalmente un plus normativo especial y, así mismo, unas garantías específicas para su materialización y protección.

Según lo expresado por Gañan Jaime L. en su texto *Ley estatutaria en salud: ¿Era necesaria para la consideración del derecho a la salud como un derecho humano autónomo y seriamente fundamental?*, los derechos fundamentales son inherentes a la persona humana, además de ser imprescriptibles, inviolables, inalienables, imprescriptibles, lógicamente universales. De igual forma, vinculan a todas las autoridades públicas y privadas. Resalta así mismo el autor en comentario, que las garantías específicas para su materialización y goce efectivo de tales derechos que desde la propia Constitución Política de 1991 se consagran, deben comprender, además de la Acción de Tutela, su aplicación inmediata, la reserva de ley para su reglamentación a través de una ley Estatutaria, la no suspensión en estados de excepción y una protección especial para su modificación.

En ese orden de ideas, téngase como ejemplo, la Ley Estatutaria en Salud o Ley 1751 de 2015 que reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Por ello, al considerarse la salud como un derecho fundamental debe ser garantizado por el Estado, debe velar por su cumplimiento y debe hacer efectivo el cumplimiento de sus elementos principales como lo son la accesibilidad, la aceptabilidad, la disponibilidad y la

calidad. Debe, en su dimensión de servicio público esencial ser oportuno, eficiente, integral y prestado con calidez y establecerse bajo el principio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (25)

El derecho a la salud se encuentra íntimamente relacionado con principios, derechos, deberes y libertades consagradas en el Bloque de Constitucionalidad referido a tal Derecho. Debido a que Colombia es un Estado Social de derecho, se debe garantizar la dignidad humana. Por tal causa, el derecho a la salud, en interdependencia con otros derechos fundamentales, posee supremacía a nivel constitucional sobre otras normas que se encuentran por debajo del ordenamiento jurídico como lo describe en su texto Gañan Jaime. *De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia.* (23)

En consecuencia, por ser considerado en la actualidad el derecho a la salud como fundamental debe compartir con los demás derechos de carácter fundamental, las garantías y las protecciones que les brinda nuestra Constitución y los demás instrumentos internacionales, vinculando a todos los poderes del estado, y debe ser de aplicación directa por parte de los jueces y entes administrativos colombianos. (23)

## **5.2. ALGUNAS VISIONES DE LA SALUD EN COLOMBIA**

En el contexto histórico de Colombia es posible determinar de manera clara tres periodos que determinan la aplicación del concepto de salud en el país hasta la entrada en vigencia de la Constitución de 1991.

El primero se conoce como el periodo higienista, enfocado a nivel de salud pública, solo se determinaba a manejar problemas sanitarios. El segundo periodo se conoció como el del subsidio a la oferta, en el que los recursos del gobierno eran destinados a las instituciones hospitalarias públicas. Un último periodo

conocido como subsidio a la demanda, en el que se determina la salud como un servicio público. (21)

A partir de la creación del Instituto Colombiano del Seguro Social se observó que sus funciones eran limitadas, ya que su cobertura estaba destinada a la población trabajadora, aumentando la desigualdad de la población en materia de salud ya que la prestación del servicio estaba basada en la capacidad de pago. (21)

En el año de 1991 Colombia a través de un proceso de constituyente primario se asume en su nueva Constitución Política como un Estado Social de derecho. En la Constitución Política de 1991 se determina, entre otros, como uno de los más importantes fines del Estado el de garantizar la vida de los integrantes del territorio colombiano. El derecho a la vida se consagra como un derecho fundamental. Su cumplimiento depende de que otros derechos se encuentren de igual forma asegurados dentro de la Constitución como lo es el derecho a la salud. (23)

En la Constitución Política de 1991, en comienzo, se establecieron dos lineamientos para el manejo del derecho a la salud, el primero de ellos consideraba a la salud como un derecho netamente asistencial y como un servicio público que estaría a cargo del estado y el segundo, se establecería como derecho social, económico y de tipo cultural que iría en conexión con el derecho fundamental a la salud. Garantizando de esta forma la protección de la salud en materia de solidaridad eficiencia y universalidad. (16) (21)

Según lo establecido por Negret M. Carlos en su texto Tutela y derecho a la Salud de la Defensoría del Pueblo, es a partir de este periodo donde se comienza a realizar la prestación de los servicios a través de entidades privadas y a su vez se realizan las funciones de vigilancia y control.



Se organizan los servicios de salud por niveles de atención, y se aplican determinantes para que la atención de los habitantes sea gratuita y obligatoria bajo ciertas condiciones. (21)

Debido a los problemas presentados en materia de cobertura, inequidad, desfinanciación, entre otros, se expide finalmente en Colombia la Ley 100 de 1993, como posible respuesta a los problemas de acceso presentados por la población en materia de salud. (21)

La Ley 100 de 1993, además de los Sistemas Generales de Pensiones y el de Riesgos Profesionales, hoy denominado como de Riesgos Laborales, crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como una eventual solución de garantía de igualdad, cobertura de las poblaciones, calidad y oportunidad en el servicio.

Con la creación del SGSSS se estructuran los regímenes contributivo y subsidiado. El contributivo estaría conformado por aquellas personas con capacidad de pago, aquellas personas sujetas a contratación laboral, trabajadores independientes, pensionados y los beneficiarios de estos. Se encargarían de realizar cotizaciones al sistema dependiendo de los ingresos obtenidos.

Por su parte, el régimen subsidiado estaría conformado por aquellas personas que no posean capacidad de pago, se encuentra a cargo de las Entidades Territoriales quienes se encargan de identificar y afiliar a la población, invertir, contratar y realizar seguimiento a la ejecución de los recursos que lo financian.

Dentro de las características y principios del SGSSS colombiano se encuentran las referidas a la pretensión de que las instituciones de salud, tengan la responsabilidad de entregar a los pacientes y a la comunidad en general servicios médicos de alta calidad y ante todo de manera segura. Por esta razón debe

considerarse siempre el brindar unos servicios de salud no solo con profesionales idóneos y capacitados para dicha labor, sino también el brindarlos en instituciones de salud adaptadas para tal fin en cuanto a infraestructura y tecnología garantizando el cumplimiento de los elementos esenciales de la dimensión de servicio público de salud arriba referidos.

La reforma realizada a partir de la promulgación de la Ley 100 del 93, estuvo siempre encaminada a brindar un servicio universal de aseguramiento y velar por la equidad en cuanto al acceso que tendrían las personas afiliadas al sistema.

Según lo expresado por Martínez F. en su texto: La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?, este modelo tuvo como consecuencia un servicio de salud orientado a la resolución de patologías en áreas u hospitales de alta complejidad, lo que trajo como consigo disminución en la capacidad de acciones preventivas para la población. Se veló por un sistema centrado en determinar variables de rentabilidad financiera y no en la gestión de los riesgos que presentaba la salud de la población asegurada y quizás, la más representativa, las dificultades presentadas a la población en cuanto al acceso a los servicios. (8)

En voces de Vargas, I y colaboradores:

*“El modelo adoptado por medio de la Ley 100 de 1993 aparece en nuestro país bajo el paradigma neoliberal de eficiencia de mercado, como garante para la provisión de los servicios sociales. En los años ochenta y noventa los países denominados subdesarrollados fueron sometidos a una serie de medidas conocidas como el “Consenso de Washington”, cuya base es el debilitamiento del Estado, la flexibilización laboral, la apertura económica, las políticas focalizadas en los más pobres y vulnerables, fuertes medidas impositivas, el ajuste fiscal, entre otras”. (9)*

De igual manera, expresa Vargas, I:

*“A pesar del aparente consenso, existen muchas posiciones críticas en torno a los resultados del SGSSS en cualquiera de sus facetas; por ejemplo, algunos autores señalan que el sistema de salud colombiano es inequitativo, porque el acceso a los servicios y las prestaciones sociales son variables que, en el actual sistema, dependen de la capacidad de pago o el status laboral, y no de la necesidad de salud de los individuos (9)*

El SGSSS en términos de desarrollo normativo ha tenido dos grandes reformas legales a saber: Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. Igual, múltiples han sido los decretos y resoluciones que lo han desarrollado.

No obstante, las normas reglamentarias referidas, un cambio trascendental en la normativa aplicable al derecho a la salud y se podría decir que al propio SGSSS, lo constituyó la antes mencionada Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria en Salud (LES).

La Ley 1751 de 2015 o Ley estatutaria, por la cual se regula el derecho a la salud y se dictan otras disposiciones, define *“La Salud como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable tanto en lo individual como en lo colectivo”*. Surge con el fin de proteger este derecho y garantizar el cumplimiento del mismo tal como lo expresa su artículo 2: (16)

*“[...] El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. [...]. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención,*

*diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado [...]”.*  
(16)(24)

Actualmente da un panorama distinto de la aplicabilidad y la forma en cómo se lleva a cabo la salud en el país, es por eso que el Estado al momento de la aplicación de esta ley, garantiza un acceso a los servicios no solo de forma oportuna sino también servicios que no se encuentran determinados a la capacidad de pago en cuanto a su prestación, servicios íntegros no solo de atención en salud sino también en lo que corresponde a promoción de la salud y prevención de la enfermedad de calidad para las distintas poblaciones (6).

Se busca igualmente el establecer un sistema fiscalmente sostenible para poder garantizar la prestación de los servicios, en cuanto a accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios.

Dicha Ley, expresa enfáticamente que todas las personas del territorio colombiano tienen derecho a todas las características de prestación mencionadas anteriormente como un servicio público obligatorio y esencial, dándole así una posición de garante en la prestación de los servicios. (6)

No solo establece la manera en como los servicios de salud deben de ser prestados, también se hace importante evitar a partir del establecimiento de esta ley, aquellas restricciones dadas al ejercicio médico que dificultan la autonomía médica. (6)

Con la implementación de la ley se busca que el Estado pueda regular de manera más eficaz el sistema de salud, creando redes integradas de servicios. No

obstante, y a pesar de la implementación de la LES, se siguen presentado demoras en la prestación de los servicios. *(ver reporte de la defensoría del pueblo)*

Al respecto, Ramírez A., y colaboradores expresan en su texto, Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo refiere: *“En la actualidad existen múltiples barreras que confinan el derecho a la Salud a una ilusión o a una letra muerta y para que esta realidad cambie se requiere la participación de cada uno de los actores del sistema incluyendo a los usuarios mediante el autocuidado y el cuidado de la salud colectiva.”* (15)

Barreras que en múltiples ocasiones hacen nugatorio el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y que han implicado que las personas acudan a la interposición de vías legales y constitucionales para el amparo de tal Derecho. En especial la interposición de Acciones de Tutela a la luz del artículo 86 de la Constitución Política del 91.

### **5.3. ACCIÓN DE TUTELA COMO MECANISMO DE PROTECCIÓN DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD.**

Según lo establecido por Gañan J., la acción de tutela es considerada como un procedimiento que tiene toda persona para reclamar ante los jueces, la protección de sus derechos fundamentales de manera inmediata, cuando estos se consideren vulnerados por acción u omisión de cualquier autoridad de carácter público o particulares que se encarguen de prestar un servicio y afecte el interés colectivo. De igual forma fue consagrada como acción de defensa de los derechos fundamentales con base en los preceptos del Bloque de Constitucionalidad.

Se encuentra regulada en el artículo 86 de la Constitución Política de 1991, se caracteriza por ser un proceso preferente, que procede en los estados de excepción, con prevalencia del derecho sustancial, economía, eficacia entre otros.

Estos derechos protegidos por la acción de tutela son interpretados de acuerdo con los tratados internacionales sobre derechos humanos que fueron ratificados por Colombia (22).

Anteriormente el derecho a la salud no era visto como un derecho fundamental propiamente dicho, más bien era considerado como un derecho conexo con el derecho fundamental de la vida. Es por eso por lo que dentro de la Constitución se definía la salud como *“la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento”*.

Como mecanismo de respuesta al no cumplimiento de las condiciones mínimas para la prestación de servicios de salud por falta de calidad, accesibilidad, continuidad y oportunidad, aparece la figura de la tutela como solución a la problemática existente, para así dar cumplimiento al derecho fundamental a la salud definido constitucionalmente y garantizar los servicios a los usuarios del sistema de salud colombiano.

Los debates realizados de manera posterior al establecimiento de la sentencia T 760 de 2008 fueron resueltos en el periodo comprendido para el establecimiento de la Ley 1751 de 2015 donde se determina en su Artículo 2:

*“El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas “. (2)*

Siguiendo la línea de la atención en salud dentro del territorio colombiano la Constitución ha aceptado que se apliquen de manera directa las normas constitucionales para de esta forma garantizar la protección de los derechos de las personas. Haciendo referencia a lo descrito anteriormente la sentencia T 760 de 2008 determina que:

*“El derecho a la salud puede ser amparado por vía de acción de tutela, toda vez que su amenaza o vulneración, también pone en riesgo los derechos fundamentales con los cuales tiene directa relación. De igual manera, en aquellos eventos en los cuales la salud y la vida de las personas se encuentran grave y directamente comprometidas a causa de operaciones no realizadas, tratamientos inacabados, diagnósticos dilatados, drogas no suministradas, etc., bajo pretextos puramente económicos, aun contemplados en normas legales o reglamentarias, la jurisprudencia ha permitido que el juez de tutela ampare los mencionados derechos teniendo en cuenta la prevalencia de los preceptos constitucionales superiores”. (29).*

Tal como se expresa en la Política de Atención Integral en Salud.

*“El uso extensivo de la acción de tutela para superar barreras administrativas ha reducido sustancialmente las listas de espera para procedimientos médicos; sin embargo, ante la congestión del Sistema, la tutela puede estar actuando como mecanismo de arbitraje en la oportunidad de servicios dando mayor oportunidad a aquellos que tienen mejor acceso a la justicia”. (20)*

*“Según informe de la Defensoría del Pueblo para el periodo comprendido entre el año 1999 a 2010 se presentaron Dos millones setecientos veinticinco mil trescientos Sesenta y uno (2.725.361) acciones de tutela, de las cuales*

*ochocientas sesenta y nueve mil seiscientos cuatro (869.604) acciones de amparo fueron para proteger el derecho a la salud, con una tasa de crecimiento anual de 31.31%” (20)*

Citando a la defensoría del pueblo :

*“La Acción de Tutela sigue constituyéndose como la mejor alternativa que tienen los colombianos para reclamar sus derechos ante las distintas entidades, cuando le han vulnerado algún derecho fundamental” y por ende, en palabras también de la Defensoría, “El Congreso de la República debería mantener la Acción de Tutela sin modificaciones ni límites, de tal forma que los ciudadanos puedan acudir a ella cuando cualquier entidad, pública o privada, viole sus derechos fundamentales. De la misma forma, tendría que reglamentar el incidente de desacato, de tal manera que se incluyan sanciones más severas con el fin de evitar el incumplimiento de los fallos de tutela”. (22)*

Debido a múltiples negaciones al goce efectivo del Derecho a la Salud en su dimensión de servicio público esencial, ha sido la Tutela la acción principal en aras de la defensa de tal derecho.

Efectivamente múltiples han sido las barreras que afectado el goce efectivo del Derecho a la Salud.

La barrera en salud ha sido catalogada como aquellos mecanismos que impiden a algunos sectores de la población, acceder de manera adecuada y oportuna a los servicios de salud que se prestan dentro del territorio. Estos mecanismos se conocen como barreras de acceso. (18)

Distintos tipos de estudios realizados en materia de determinación de acceso a los servicios de salud concluyen distintos tipos de barreras como las determinadas por Vargas Et al. en su estudio titulado “*Acceso a la salud en Colombia*”, dentro del



cual se describen barreras de acceso determinadas por coberturas de los seguros, ingresos para costear los tratamientos (gastos de bolsillo), accesibilidad geográfica, barreras administrativas, dentro de las que se pueden describir la falta de infraestructura, y demora en las autorizaciones de los servicios que se solicitan, afectando de manera importante el acceso a los servicios de salud, en cuanto a equidad y calidad. (19)

Según lo expresado por María Esperanza Echeverry en su libro: *Indignación Justa: Estudios sobre la acción de tutela en Salud en Medellín*, existen diversas razones por las cuales se interponen acciones de tutela:

Dentro de estas razones se pueden observar falta de recursos económicos. Esta situación se describe como una de las causas que llevó a los usuarios indistintamente del régimen al que pertenecen ya que no contaban con recursos para realizar copagos, tratamientos o procedimientos médicos. De esta manera manifestaban que los costos para acceder a los servicios eran cada vez más altos y trasladaban la responsabilidad de la atención al estado, al exponer que era inherente el garantizar el derecho a la salud de las poblaciones del territorio. (28)

La falta de oportunidad en la prestación de los servicios fue otra de estas causas, ya que al no acceder a los servicios de manera oportuna los usuarios, más comúnmente los de régimen contributivo, se vieron obligados a recurrir a atención particular (gastos de bolsillo), siendo sumados a las cotizaciones que ya se daban al servicio de salud. (28)

Se observaba negación de algunos servicios que en su momento no pertenecían al POS, viendo este comportamiento de una manera más recurrente en el régimen subsidiado, se observaba desigualdad en los planes de beneficios en comparación con el ofrecido al régimen contributivo afectando de manera directa la prestación de los servicios. (28)

Estas son algunas de las razones por las cuales las personas se ven en la necesidad de generar acciones de tutela para exigir el derecho a la salud, ya que se observan las dificultades del sistema para dar solución a las necesidades de la población en materia de salud en un tiempo adecuado. Además de las negaciones a los servicios que en algunos momentos pueden parecer injustificadas, afectando de manera importante este derecho e incluso aumentando el gasto en Salud por parte de los usuarios. (28)

Las barreras de acceso a los servicios de salud no solo se presentan al momento de la prestación sino también al momento de la búsqueda del servicio, esto por inconvenientes o fallas en los canales de comunicación que se presentan entre algunos de los actores del sistema, ocasionando demoras en las asignaciones de los servicios a prestar por parte de las entidades. (18)

Esta figura de retrasos en la prestación de los servicios a causa de las dificultades en la comunicación, traen como consecuencia no solo dificultades en materia de atención en salud para la población sino también a nivel familiar, laboral y emocional (37). Es importante velar por un sistema de salud íntegro, en el que los principios para los cuales se creó el sistema, permanezcan intactos para garantizar una prestación más humana y más equitativa.

Se ha determinado que la percepción del acceso a los servicios se hacen más evidentes cuando la población intenta acceder a servicios de mayor complejidad, independiente de la barrera económica o geográfica de los usuarios. Como consecuencia de la aparición de barreras para el acceso, los usuarios han optado por generar estrategias para no ver afectado su acceso, dentro de las que se pueden describir el establecimiento de la acción de tutela para garantizar el servicio, asistir a los servicios de urgencias y así solventar de alguna manera las limitaciones de acceso. (19)

Según lo definido por Botero Marino Catalina en su artículo, La acción de tutela en el ordenamiento constitucional colombiano *“es una acción judicial subsidiaria, residual y autónoma, dirigida a permitir el control constitucional de las acciones u omisiones de todas las autoridades y excepcionalmente de los particulares”*. (30)

Esta acción se ha catalogado como el mecanismo por medio del cual se hacen valer los derechos que al pensar de los colombianos se vulneran día a día en la sociedad colombiana.

Dentro de los inconvenientes que se han presentado en el establecimiento del sistema de salud colombiano quizás el que más ha generado impacto ha sido el expuesto en el pronunciamiento de la sentencia T- 527 del 93.

*“Teniendo en cuenta que uno de los factores más importantes en materia de salud es el tema de sus recursos económicos, ya hace 20 años la Corte se ocupa de sopesar el derecho a la salud y la viabilidad económica del Sistema de Salud: No existen los recursos para prestar un servicio eficiente a toda la población. Partiendo de la insuficiencia descrita, es evidente que los recursos disponibles deben utilizarse en los casos en que realmente sea posible recuperar la salud. No tiene sentido el ocupar cuartos o camas de hospital con personas a quienes se han prestado todos los servicios posibles, sin que exista la esperanza de una mejoría en su estado de salud, pues al hacerlo se priva a otro de la atención que en su caso sí podría tener un resultado aceptable”*. (11)

El inconveniente en materia de recursos económicos limitados en el sistema, ha traído un sinnúmero de requerimientos jurídicos por parte de la población, esto como reflejo diario de la dificultad en el acceso a los distintos servicios que ofrece el sistema.

En el sistema de salud colombiano la tutela desde su establecimiento, se ha considerado como el mecanismo que le permite a la población acceder a una atención más humanizada y oportuna, para de esta forma, garantizar un derecho fundamental como lo es la salud, ya establecido en la Ley 1751 de 2015.

Como consecuencia a las dificultades que han presentado las EPS en cuanto a la prestación de los servicios, éstas han estado expuestas a la figura del riesgo jurídico creando dentro de las instituciones de salud problemas en la resolución y la respuesta de estos.

Debido a la no entrega o la no materialización de los servicios, se pueden presentar tutelas de distintas clases como por no entrega de medicamentos incluidos o no dentro del plan de beneficios, no oportunidad en las citas médicas tanto generales como especializadas, por traslados y viáticos, por prestaciones económicas, por fallas en la afiliación e incluso por reembolsos, programación de procedimientos quirúrgicos, entrega de insumos y medicamentos, desfinanciamiento, negligencia, barreras de acceso, prestación, suficiencia de red de prestadores, sistema normativo deficiente, competencia profesional, desconocimiento de derechos, deficiencia de subespecialistas, disponibilidad de cama, eficiencia económica de las IPS, entre otras.(14)”

De la mano con la interposición de la Acción de Tutela como forma de amparo del Derecho a la Salud, el devenir histórico de la naturaleza jurídica de tal derecho fue evolucionando, modificándose y reestructurándose de tal forma que de la concepción primigenia de servicio público, o de ser un mero derecho social, programático o asistencial, paso a considerarse como un derecho fundamental por conexidad, también lo fue por transmutación, para llegar en algún momento a ser considerado como fundamental en sentencia T-760 de 2008.

Al respecto se describe así tal evolución: La salud en nuestro país tiene su origen con la Constitución de 1991, más claramente expresado en su artículo 49 en el que describen que la atención en salud se considera servicio público a cargo del Estado. De esta forma se garantiza a todas las personas que componen el territorio el acceso a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y de igual manera a la recuperación de la salud. Esto según la Constitución política bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (7).

Dentro de la evolución del derecho a la salud en Colombia, en un principio se considero el derecho a la salud debía su protección a si este se encontraba en relación con otro derecho de mayor importancia, según el ordenamiento jurídico como el derecho a la vida o a la dignidad humana. Se describió la protección de este derecho en caso de tratarse de una persona de especial protección, como infantes, personas de tercera edad, o personas en situación de discapacidad. (7) Luego con la creación de la sentencia T 760 de 2008, la Corte Constitucional reconoce que la salud debe ser considerada como un derecho autónomo a otros y que no era necesaria la figura especial de protección para poder acceder a tutelar dicho derecho.

Luego se da origen a la sentencia C-313 de 2014, donde se reconoce como fundamental el derecho a la salud, seguido de esto, se ratifica mediante la Sentencia T- 316 de 2014 que el derecho a la salud “ *es un derecho fundamental de todos los habitantes del territorio nacional que debe ser respetado y protegido y, que puede ser invocado a través de la acción de tutela cuando este resultare amenazado o vulnerado, para lo cual, los jueces constitucionales pueden hacer efectiva su protección y restablecer los derechos vulnerados*” (26) (27)

Los derechos fundamentales son aquellos considerados como inherentes a las personas, con el fin de generar dignidad y asegurar una vida con calidad, es por esta razón que dichos derechos poseen garantías y normatividad que los ampara.

Según lo expresado por Gañan Jaime en su texto *Ley estatutaria en salud: ¿Era necesaria para la consideración del derecho a la salud como un derecho humano autónomo y seriamente fundamental?*, los derechos fundamentales son considerados imprescriptibles, universales y obligatorios por parte del Estado y de igual forma vinculantes a todas las autoridades y privadas.

La salud, al considerarse como un derecho fundamental debe ser garantizado por el estado y de esta forma velar por el cumplimiento de sus elementos principales como lo son la accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad. Debe ser un servicio oportuno, eficiente, integral y prestado con calidez y, establecerse bajo el principio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (25)

El derecho a la salud se encuentra íntimamente relacionado con los principios constitucionales colombianos. Debido a que Colombia por ser un Estado social de derecho, contribuye a la dignidad humana, evitando la discriminación, y es por esto por lo que dicho derecho, posee supremacía a nivel constitucional sobre otras que se encuentran por debajo del ordenamiento jurídico como lo describe en su texto Gañan Jaime. *De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia.* (23)

Por ser considerado un derecho fundamental, el derecho a la salud debe compartir con los demás derechos de carácter fundamental de la Constitución, las garantías y las protecciones que ésta les brinda, vinculando a todos los poderes del estado, y debe ser de aplicación directa por parte de los jueces y entes administrativos. (23)

#### **5.4. SALUD DESDE LA VISIÓN DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1886.**

En el contexto de la constitución política de 1886 en materia de salud, se determinan de manera clara tres periodos que determinan la aplicación del concepto de salud en el país.

El primero de estos periodos se conoce como el periodo higienista en el cual el manejo, desde el punto de vista de la salud pública, solo se determinaba a manejar problemas sanitarios, de esta forma la figura de la atención preventiva debía ser cubierta por los mismos usuarios o instituciones religiosas bajo una figura de caridad. (21)

En este periodo aparece la Caja Nacional de Previsión que estaba encargada de atender la salud de los empleados públicos y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales que era el encargado de atender la salud de los empleados del sector privado. (21)

Otro que se llego a conocer, fue el del subsidio a la oferta, cuya característica radicaba en la creación del Sistema Nacional de Salud, en donde los recursos del gobierno en materia de salud eran destinados a las instituciones hospitalarias públicas. Se involucra al Estado, los empleadores y a los empleados para estructurar la salud, pero este sistema tuvo el inconveniente de no asegurar a la totalidad de la población, especialmente a aquellos de bajos recursos. (21).

Se da un último periodo conocido como subsidio a la demanda, en donde se determina la salud como un servicio público. En el año de 1945 se crea la Caja de Previsión Nacional y en 1946 se crea el Instituto de Seguro Social, tanto para el sector público como para el sector privado respectivamente. (21)

En el año de 1975 se crea el Sistema Nacional de Salud donde se establecen tres niveles de atención, determinados como nivel I aquellos prestadores de menor complejidad, las entidades hospitalarias recibían auxilios monetarios, estableciendo una transferencia sin contraprestaciones por parte del estado. (21).

A partir de la creación del Instituto de seguro social se observó que sus funciones como entes reguladores eran limitadas, aumentando la desigualdad de la población en materia de salud, ya que la prestación del servicio estaba basada en la capacidad de pago, afectando de igual manera la equidad de las personas que conformaban el territorio.

## **5.5. ENFOQUE DE SALUD A PARTIR DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991**

La Constitución Política de 1991 determina como uno de los más importantes fines, el garantizar la vida de los integrantes del territorio colombiano y a su vez en su artículo 11 se encuentra determinado el derecho a la vida como un derecho fundamental. Su cumplimiento depende de que otros derechos se encuentren de igual forma asegurados dentro de la constitución como lo es el derecho a la salud. (23)

En comienzo, se establecieron dos lineamientos para el manejo del derecho a la salud, el primero de ellos consideraba a la salud como un derecho netamente asistencial y como un servicio público que estaría a cargo del estado y el segundo, se establecería como derecho social, económico y de tipo cultural que iría en conexión con el derecho fundamental a la salud. Garantizando de esta forma la protección de la salud en materia de solidaridad eficiencia y universalidad. (16) (21)



Se estableció que las clínicas, centros médicos, hospitales, entre otros, serían los encargados de prestar los servicios de salud a los afiliados, contando así con una red de prestadores garantizando el acceso a los servicios. (21)

El Sistema de Salud colombiano siempre ha velado porque las instituciones de salud tengan la responsabilidad innata de entregar a los pacientes y a la comunidad en general servicios médicos de alta calidad y ante todo de manera segura. Por esta razón debe considerarse siempre el brindar unos servicios de salud no solo con profesionales idóneos y capacitados para dicha labor, sino también el brindarlos en instituciones de salud adaptadas para tal fin en cuanto a infraestructura y tecnología.

La reforma hecha a partir del establecimiento de la Ley 100 del 93 estuvo siempre encaminada a brindar un servicio universal de aseguramiento y velar por la equidad en cuanto al acceso que tendrían las personas afiliadas al sistema.

Este modelo tuvo como consecuencia un servicio de salud orientado a la resolución de patologías en áreas u hospitales de alta complejidad, lo que trajo consigo disminución en la capacidad de acciones preventivas para la población. Se veló por un sistema centrado en determinar variables de rentabilidad financiera y no en la gestión de los riesgos que presentaba la salud de la población asegurada y quizás la más representativa, las dificultades presentadas a la población en cuanto al acceso a los servicios. (8)

*“El modelo adoptado por medio de la Ley 100 de 1993 aparece en nuestro país bajo el paradigma neoliberal de eficiencia de mercado, como garante para la provisión de los servicios sociales. En los años ochenta y noventa los países denominados subdesarrollados fueron sometidos a una serie de medidas conocidas como el “Consenso de Washington”, cuya base es el debilitamiento del Estado, la flexibilización laboral, la apertura económica, las políticas focalizadas en*

*los más pobres y vulnerables, fuertes medidas impositivas, el ajuste fiscal, entre otras”. (9)*

Desde que se estableció el sistema de salud, se ha evidenciado que los principios por los cuales está inspirada la ley 100 en su gran mayoría, no han sido cumplidos dando como consecuencia la no garantía de protección social de la población

*“A pesar del aparente consenso, existen muchas posiciones críticas en torno a los resultados del SGSSS en cualquiera de sus facetas; por ejemplo, algunos autores señalan que el sistema de salud colombiano es inequitativo, porque el acceso a los servicios y las prestaciones sociales son variables que, en el actual sistema, dependen de la capacidad de pago o el status laboral, y no de la necesidad de salud de los individuos (9) Ley 100*

## **5.6. LA LEY 1751 DE 2015 O LEY ESTATUTARIA**

La Ley 1751 de 2015 o Ley estatutaria, por la cual se regula el derecho a la salud y se dictan otras disposiciones, define *“La Salud como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable tanto en lo individual como en lo colectivo”*. Surge con el fin absoluto de proteger este derecho y garantizar el cumplimiento del mismo tal como lo expresa su artículo 2: (16) (6)

*“[...]El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. [...]. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como*

*servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado [...]”.* (16)

Actualmente da un panorama distinto de la aplicabilidad y la forma en cómo se lleva a cabo la salud en el país, es por eso que el Estado al momento de la aplicación de esta ley, garantiza un acceso a los servicios no solo de forma oportuna sino también servicios que no se encuentran determinados a la capacidad de pago en cuanto a su prestación, servicios íntegros no solo de atención en salud sino también en lo que corresponde a promoción de la salud y prevención de la enfermedad de calidad para las distintas poblaciones (6).

Se busca igualmente el establecer un sistema fiscalmente sostenible para poder garantizar la prestación de los servicios, en cuanto a accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios.

Dicha Ley expresa enfáticamente que todas las personas del territorio colombiano tienen derecho a todas las características de prestación mencionadas anteriormente, como un servicio público obligatorio y esencial dándole así una posición de garante en la prestación de los servicios. (6)

No solo se establece la manera en como los servicios de salud deben de ser prestados, también se hace importante evitar a partir del establecimiento de esta ley, aquellas restricciones dadas al ejercicio médico que dificultan la autonomía médica. (6)

Con la implementación de la ley se busca que el Estado pueda volver a regular de manera más eficaz el sistema de salud, creando redes integradas de servicios, pero de manera desafortunada a pesar de la implementación de la Ley, se siguen presentado demoras en la prestación de los servicios. (*ver reporte de la defensoría del pueblo*)

*“En la actualidad existen múltiples barreras que confinan el derecho a la Salud a una ilusión o a una letra muerta y para que esta realidad cambie se requiere la participación activa de cada uno de los actores del sistema incluyendo a los usuarios mediante el autocuidado y el cuidado de la salud colectiva.” (15)*

## **5.7. RIESGOS DE LA TUTELA COMO MECANISMO DE PROTECCIÓN A LA SALUD**

El concepto de salud no solo está determinado por la ausencia de enfermedad, también está determinada como un entorno de bienestar que le permita a las personas el desempeñarse durante toda su vida de una manera adecuada en las distintas poblaciones. (10)

El objetivo de cualquier sistema de salud se basa en mantener y mejorar la salud de la población incluida dentro del sistema, según la Organización Mundial de la Salud se define un sistema de salud *“como la suma de todas las organizaciones instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud”*. (13). Según la definición descrita anteriormente y para ser consecuentes con la suma de recursos para brindar salud de calidad y de manera adecuada, se establecieron sistemas de salud para así garantizar su acceso. Nuestro país no fue ajeno a la creación de estos y es por esto por lo que se crea el sistema de salud colombiano.

Según la constitución de 1991, la seguridad social es considerada como un servicio público obligatorio prestado bajo la vigilancia y la dirección del Estado velando por una prestación de servicios que sean de calidad, eficientes, y que se basen en principios de universalidad y solidaridad. (21). De esta forma entra la figura de los particulares dentro del sistema de protección social con el objetivo de ampliar la cobertura de las poblaciones, para tener acceso a los servicios y así poder dar cumplimiento a lo establecido por la ley.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud determinó dos grupos de población asegurada, la primera de ellas, aquellas personas con capacidad de pago que entrarían a formar el llamado régimen contributivo, donde estarían incluidos trabajadores al igual que su núcleo familiar. El otro grupo estaría conformado por aquellas personas sin capacidad de pago, seleccionadas mediante el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, para determinar si estarían beneficiados con los subsidios dados por el gobierno, la población cobijada en este grupo es la que se conocería de ahora en adelante como régimen subsidiado. (8)

De manera continua a pesar de la aplicación de las nuevas normas que permiten un acceso más completo al sistema de salud, se ha visto que la figura de la tutela ha permanecido como un mecanismo alternativo para permitir el acceso a los servicios de salud (36). Si bien la figura de la tutela se estableció en el país con el fin de proteger o exigir derechos que de alguna forma se ven vulnerados, no se ha definido una manera correcta de utilizarla.

*“Sin duda, éste no debe ser el instrumento de garantía adecuado para la protección del derecho a la salud en Colombia y menos como un instrumento para asegurar el acceso, así sea en un porcentaje mínimo de casos, cuando la realidad ha demostrado que no lo es. Es claro que, si las políticas públicas no se cumplen y no se hacen realidad, no importa que sea el Gobierno, el legislativo o el poder judicial el que tome la decisión; quienes pierden son los ciudadanos y por ende la confianza que estos pueden tener en sus instituciones.” (17)*

## **5.8. RIESGO JURÍDICO (SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO) LEY 1523 DE 2012**

La palabra riesgo es tan antigua como la propia existencia humana. Se puede decir que con ella se describe, desde el sentido común, la posibilidad de perder algo (o alguien) o de tener un resultado no deseado, negativo o peligroso. (12)

El riesgo de una actividad puede tener dos componentes: la posibilidad o probabilidad de que un resultado negativo ocurra y el tamaño de ese resultado. Por lo tanto, mientras mayor sea la probabilidad y la pérdida potencial, mayor será el riesgo.

Hoy el concepto de riesgo es el elemento fundamental de la llamada gestión del riesgo, expresión que hace referencia al conjunto de actividades para dirigir y controlar una organización en relación con sus riesgos potenciales (ISO2002).

Cualquier decisión comercial implica un determinado nivel de riesgo, ya sea de carácter legal o financiero. En el marco legal, el riesgo puede surgir de un contexto ambiental, laboral, contractual, penal, entre otros.

La gestión de riesgo no puede basarse en eliminar los riesgos, sino en identificarlo, evaluarlo, analizarlo, ponderarlo y sopesarlo. Una adecuada administración de una empresa debe con anticipación identificar el impacto de las decisiones que sean tomadas, ya que dichas decisiones pueden traer consecuencias, y debe evaluarse además, el impacto de los riesgos que se asuman.

El ejercicio de la medicina siempre conlleva un riesgo ya sea a para los pacientes o incluso para las instituciones que prestan estos servicios, muy a pesar de que el

objetivo principal no sea el causar daño o algún tipo de alteración en las personas que acuden a los servicios hospitalarios.

Se podría determinar que el riesgo jurídico es toda actividad realizada por una persona natural o jurídica, cuyo resultado implique la posibilidad de inicio de procesos jurídicos en contra de la persona quien presta el servicio, es por esto que se hace necesario determinar las causas de dicho riesgo para poder realizar las correcciones adecuadas y no entrar en procesos de tipo legal dentro de las entidades. (13)

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1. OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar las causas de tutelas en salud obtenidas de la base de datos de tutelas en una entidad aseguradora de la ciudad de Medellín en los años 2015 - 2018.

### **6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar las tutelas interpuestas mediante el uso de variables sociodemográficas y características de las tutelas.
- Identificar las causales de interposición de acciones de tutela en salud.
- Establecer la asociación entre las causales de interposición de tutela y las variables de tipo causa acción / año de radicación de tutela, tendencia servicios POS y servicios NO POS, tendencia servicios POS y servicios NO POS según mes, tipo causa acción/ régimen y estado de tutela/régimen.
- Realizar propuestas que puedan contribuir a disminuir las acciones de tutela y al mejoramiento del sistema de salud.



## **7. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **7.1. TIPO DE ESTUDIO Y ENFOQUE**

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo en el cual se recolectó información histórica relacionada con las tutelas impuestas por los usuarios durante el periodo 2015 – 2018.

Es un estudio descriptivo ya que analizaron las tutelas en un periodo de tiempo determinado y retrospectivo ya que se los datos revisados fueron anteriores al inicio del estudio.

### **7.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La muestra que se tomó para el estudio se recolectó en un 100% a través de la base de datos de tutelas interpuestas a una entidad aseguradora en el Departamento de Antioquia durante los años 2015 a 2018.

### **7.3. CONTROL DE SEGOS**

Las bases de datos pueden presentar errores que pueden estar ocasionados por la digitación de los datos, información incompleta o por manipulación de la misma, por lo cual se verificaron el 100% de los datos.

### **7.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En esta investigación se tuvo en cuenta la normatividad correspondiente, con respecto a manejo de la información obtenida. Esta información solo será utilizada con fines académicos y de investigación, guardando la respectiva confidencialidad,

cumpliendo con los términos de la ley de HABEAS DATA. Este trabajo se considera de riesgo mínimo.

## 7.5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Se analizó dentro del estudio las siguientes variables: municipio, IPS, tipo causa acción, si la demanda es realizada por medicamentos PBS O NO PBS, si la demanda es de tipo integral o no, tipo de régimen de salud y género.

VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN
Ciudad Municipio	Localización geográfica de ocurrencia de la atención	CUALITATIVO	NOMINAL	0-ÁREA METROPOLITANA 1- RESTO MUNICIPIOS DE ANTIOQUIA
Tipo de causa acción	Razón por la cual se realiza la demanda	CUALITATIVA	NOMINAL	0-MEDICAMENTO 1- OPORTUNIDAD CONSULTA MÉDICA 2- CARTERA 3- AFILIACIÓN 4- PRESTACIONES ECONÓMICAS 5- PROCEDIMIENTOS POS 6- SERVICIOS NO PBS 7- OTRAS CAUSAS
PBS/ No PBS	Tipo de afiliación que poseen las personas dentro del sistema de salud colombiano	CUALITATIVA	NOMINAL	0- PBS 1- NO PBS
Tutela Integral	Son todos los servicios que se deriven de una situación de salud específica	CUALITATIVA	NOMINAL	0- SI 1- NO
Tipo de regimen de salud	Clasificación del sistema de salud según afiliación	CUALITATIVA	NOMINAL	0- CONTRIBUTIVO 1- SUBSIDIADO
Género	Clasificación de la población según condición	CUALITATIVO	NOMINAL	0- MASCULINO 1- FEMENINO

\* Se ajusta la abreviatura del termino POS (Plan Obligatorio de Salud) y No POS, a PBS (Plan Básico de Salud), de acuerdo al cambio de normatividad dado a partir del año 2015 con la Ley Estatutaria.

## **7.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

La técnica de recolección de información utilizada fue la revisión de la base de datos de las tutelas que ingresaron a la Entidad Promotora de Salud en el periodo comprendido entre los años 2015 a 2018, dichos datos fueron recolectados de manera retrospectiva en archivo EXCEL.

## **8. RESULTADOS**

Los resultados presentados en el siguiente capítulo se basan en la descripción e interpretación de la información obtenida de la base de datos de una entidad del Departamento de Antioquia.

Este capítulo describe la caracterización de las tutelas por variables sociodemográficas, características de las tutelas, distribución de las tutelas por municipio, año de radiación de la tutela, género, régimen, radicaciones de tutelas integrales, PBS y NO PBS.

Estará distribuido en tres partes: la primera corresponde a la caracterización de las tutelas por variables sociodemográficas y características de las tutelas. La segunda corresponde a la descripción de las causales de interposición de tutelas. La tercera a la descripción de las asociaciones entre causales de interposición de tutelas.

## 8.1. CARACTERIZACIÓN DE TUTELAS POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS TUTELAS

**Tabla 1 AGRUPACIÓN DE TUTELAS POR GÉNERO/ AÑO EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018**

Se determina que para los años 2015 a 2018 el mayor porcentaje de tutelas por género se obtuvo por parte de la población femenina 18390 correspondiente a un (78,7%) y masculino 4977 en un (21,3%). (Tabla 1)

Año	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
2015	3729	16,0	976	4,2	4705	20,1
2016	4257	18,2	1037	4,4	5294	22,7
2017	4990	21,4	1403	6,0	6393	27,4
2018	5414	23,2	1561	6,7	6975	29,8
<b>Total</b>	<b>18390</b>	<b>78,7</b>	<b>4977</b>	<b>21,3</b>	<b>23367</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 2 DISTRIBUCIÓN DE TUTELAS POR MUNICIPIO EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018.**

Se observa dentro de la base de datos que los municipios que más presentan requerimientos por tutelas son Medellín con 12047, Rionegro con 1431 y Apartadó con 1278. Los municipios que presentaron menor requerimientos por tutelas son Carolina del Príncipe con 3, Cañas Gordas con 1 y Puerto triunfo con 1. (Tabla 2, Ilustración 1).

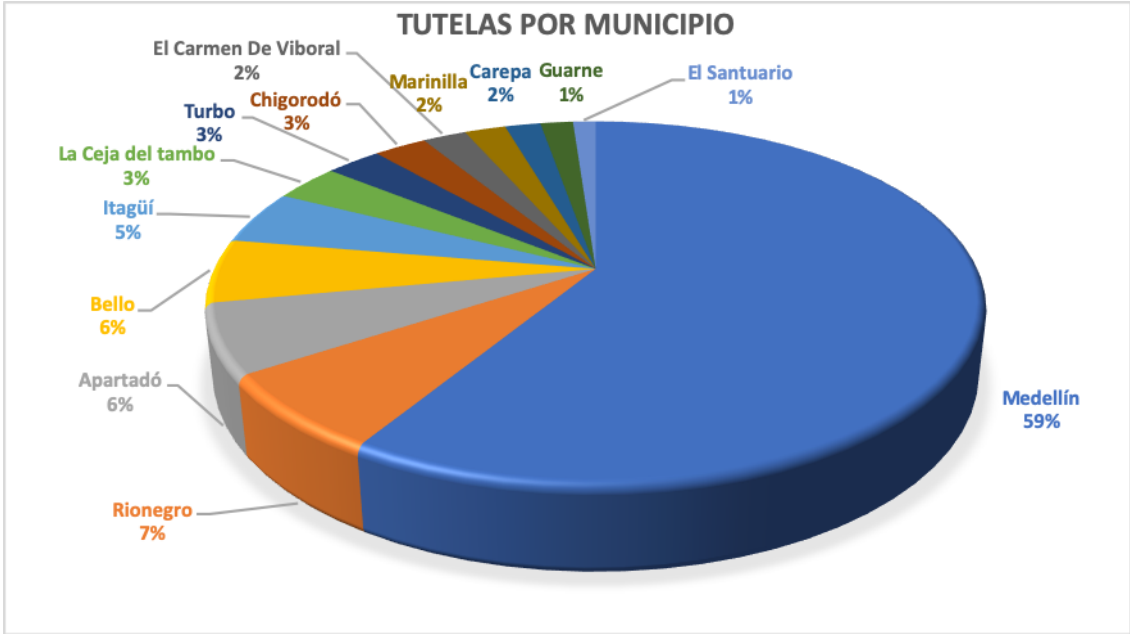
<b>Municipio</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total general</b>
Medellín	2506	2647	3202	3692	12047
Rionegro	223	289	402	517	1431
Apartadó	260	277	355	386	1278
Bello	229	271	341	326	1167
Itagüí	225	191	298	269	983
La Ceja del tambo	110	142	165	259	676
Turbo	120	129	167	155	571
Chigorodó	99	128	143	173	543
El Carmen De Viboral	66	115	110	157	448
Marinilla	72	86	101	163	422
Carepa	54	71	83	156	364
Guarne	36	69	96	133	334
El Santuario	45	60	60	67	232
La Unión	27	61	62	57	207
Santa Rosa De Osos	33	31	67	71	202
Yarumal	21	34	52	93	200
Caldas	36	37	68	45	186

<b>Municipio</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total general</b>
San Pedro de los Milagros	27	36	56	54	173
Amagá	30	46	62	35	173
Caucasia	23	33	33	44	133
Segovia	54	47	24		125
Barbosa	16	26	35	34	111
Sabaneta	26	25	15	20	86
Girardota	31	18	33	2	84
Entrerrios	21	27	24	7	79
Copacabana	27	30	18		75
Sonsón	17	25	20	2	64
Ciudad Bolívar	23	17	19	1	60
Andes	19	20	17	3	59
Puerto Berrío	13	25	19		57
Támesis	10	25	18		53
Arboletes	10	14	14	14	52
Jericó	9	22	17	3	51
Santa Bárbara	11	8	7	22	48
DonMatías	18	17	12		47
Fredonia	16	15	8		39
Necoclí	18	16	3	1	38
Titiribí	11	12	13	1	37
San Jerónimo	11	10	14	1	36
El Retiro	8	19	8	1	36
Urrao	6	19	9	1	35
San Rafael	3	16	9	1	29
Santa Fe de Antioquia	5	9	15		29
Cisneros	14	6	8		28
Vegachí	6	7	15		28

<b>Municipio</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total general</b>
Belmira	6	8	5	8	27
Puerto Nare	6	4	15		25
Pueblorrico	7	7	3		17
El Bagre	9	2	4		15
Remedios	1	6	8		15
Angelópolis	5	3	6		14
San Roque	6	3	4		13
Abejorral	3	4	6		13
San Carlos	3	5	4		12
Mutatá	1	7	3		11
Venecia	1	5	4		10
Gómez Plata	5	1	2		8
La Pintada		4	3		7
Sopetrán	1	1	4	1	7
Salgar	2	3	2		7
Maceo	1	1	3		5
Carolina del príncipe	2	1			3
Cañasgordas	1				1
Puerto Triunfo		1			1
<b>Total general</b>	<b>4705</b>	<b>5294</b>	<b>6393</b>	<b>6975</b>	<b>23367</b>



**Ilustración 1 DISTRIBUCIÓN DE TUTELAS POR MUNICIPIO EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2105 A 2018**



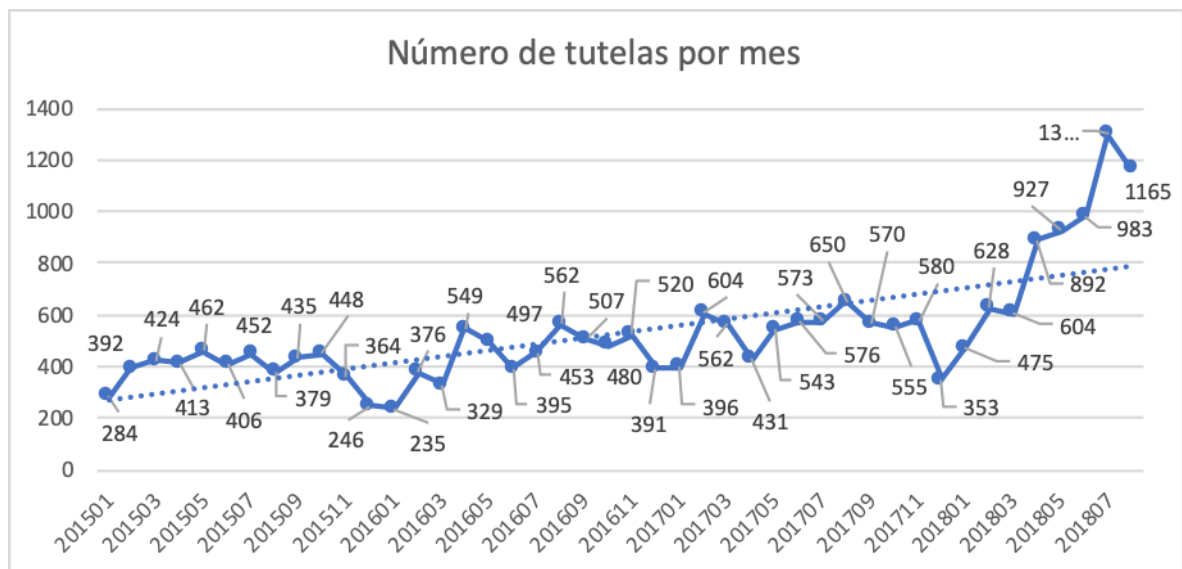
**Tabla 3 AGRUPACIÓN DE TUTELAS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018.**

Se analizó una base de datos de 23367 tutelas interpuestas en el Departamento de Antioquia, entre los periodos comprendidos desde 2015 a 2018. En el año 2015 se interpusieron 4705 tutelas (20.1%), en el año 2016 fueron 5294 (22,7%), en el año 2017 fueron 6393 (27,4%), en el año 2018 fue de 6975 (29,8%). (Tabla 3)

Año	Total
2015	4705
2016	5294
2017	6393
2018	6975
<b>Total general</b>	<b>23367</b>

## Ilustración 2 DISTRIBUCIÓN DE NÚMERO DE TUTELAS POR MES EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018.

Se observa un aumento en la tendencia del volumen de tutelas hasta Diciembre de 2017 donde se evidencia un pico ascendente hasta Agosto de 2018. El mes de mayor presentación de tutelas corresponde a Julio del año 2018, mientras que el mes de menor presentación de tutelas corresponde a Diciembre del año 2015 y Enero del año 2016. (Ilustración 2)

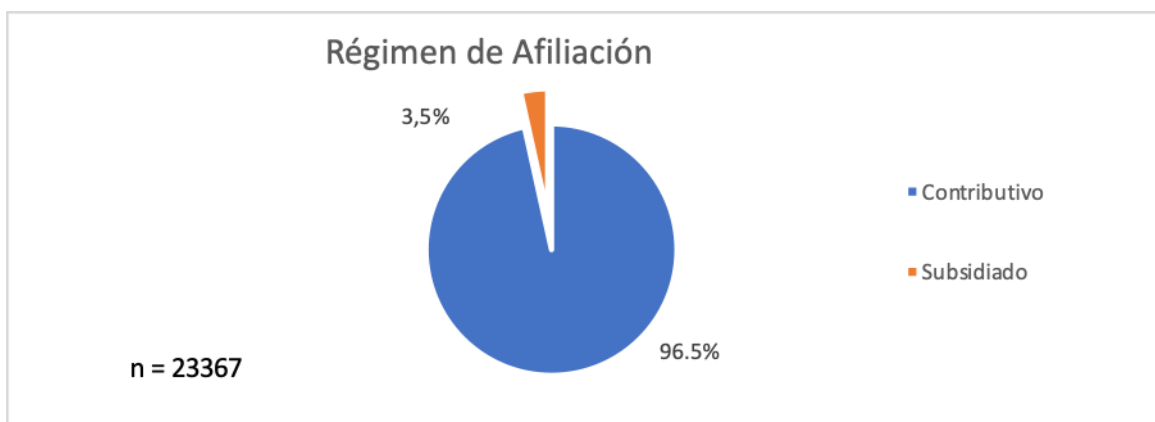


**Tabla 4 AGRUPACIÓN DE NÚMERO DE TUTELAS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018.**

En el presente estudio se observa que el régimen al que más se le atribuyen tutelas es al contributivo, encontrándose. 22.555 afiliados a este régimen para un 96.5%. y 812 pacientes lo cual corresponde a 3,5% en el régimen subsidiado. (Tabla 4, ilustración 3).

Año	Régimen					
	Contributivo		Subsidiado		Total	
	n	%	n	%	n	%
2015	4540	19,4	165	,7	4705	20,1
2016	5132	22,0	162	,7	5294	22,7
2017	6177	26,4	216	,9	6393	27,4
2018	6706	28,7	269	1,2	6975	29,8
<b>Total</b>	<b>22555</b>	<b>96,5</b>	<b>812</b>	<b>3,5</b>	<b>23367</b>	<b>100,0</b>

**Ilustración 3 DISTRIBUCIÓN DE NÚMERO DE TUTELAS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018.**



**Tabla 5 DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO DE TUTELA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018.**

De las 23367 tutelas Interpuestas 22367 se encuentran falladas, lo cual corresponde 96%. Ingresadas figuran 621 (3%), desistidas 302 tutelas (1%) y anuladas (0%). No se cuenta con información que pueda aportar a identificar las causas de las Anulaciones. (Tabla 5)

<b>Estado Tutela</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total general</b>	<b>%</b>
<b>Anulado</b>	26	31	16	9	82	0%
<b>Desistido</b>	114	92	55	41	302	1%
<b>Fallado</b>	4565	5171	6176	6450	22362	96%
<b>Ingresado</b>			146	5475	621	3%
<b>Total general</b>	<b>4705</b>	<b>5294</b>	<b>6393</b>	<b>6975</b>	<b>23367</b>	<b>100%</b>

**Tabla 6 AGRUPACIÓN DE LA TUTELA INTEGRAL EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018.**

De las 23367 tutelas 17194 se catalogan como no integrales, lo que corresponde al 74%, mientras que 6173 (26%) están registradas como tutelas integrales. (Tabla 6)

<b>Tutela Integral</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total general</b>	<b>%</b>
<b>No</b>	3467	4337	4937	4453	17194	74%
<b>Si</b>	1238	957	1456	2522	6173	26%
<b>Total general</b>	<b>4705</b>	<b>5294</b>	<b>6393</b>	<b>6975</b>	<b>23367</b>	<b>100%</b>

## 8.2. CAUSALES DE INTERPOSICIÓN DE TUTELAS

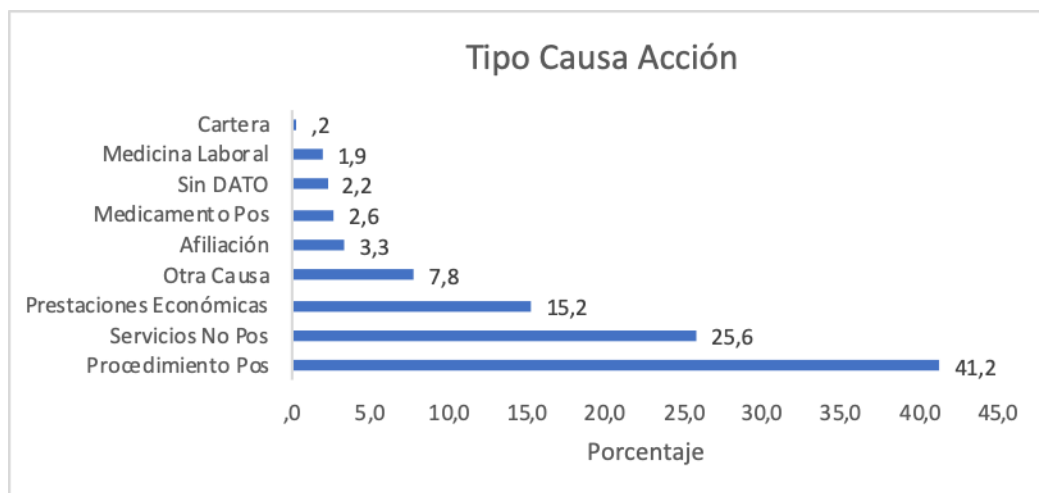
Los servicios NO PBS antes de la implementación de la ley Estatutaria, se consideraban como la primera causa de interposición de acción de tutela, a partir de la misma, la tendencia fue disminuyendo y los servicios del PBS se constituyeron como primera causa.

**Tabla 7 AGRUPACIÓN DE LOS TIPOS DE CAUSALES DE TUTELA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

El grupo de tutelas que más obtuvo porcentaje corresponde los servicios PBS con 9625 tutelas correspondiente a un 41,2%. El grupo causales que obtuvo en porcentaje más bajo fue cartera con 52 tutelas en un 0.2%. (Tabla 7, ilustración 4)

<b>Tipo Causa Acción</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Procedimiento PBS	9625	41,2
Servicios No PBS	5992	25,6
Prestaciones Económicas	3544	15,2
Otra Causa	1813	7,8
Afiliación	782	3,3
Medicamento PBS	603	2,6
Sin DATO	518	2,2
Medicina Laboral	438	1,9
Cartera	52	,2
<b>Total</b>	<b>23367</b>	<b>100,0</b>

**Ilustración 4 DISTRIBUCIÓN DE LOS TIPOS DE CAUSALES DE TUTELA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018**

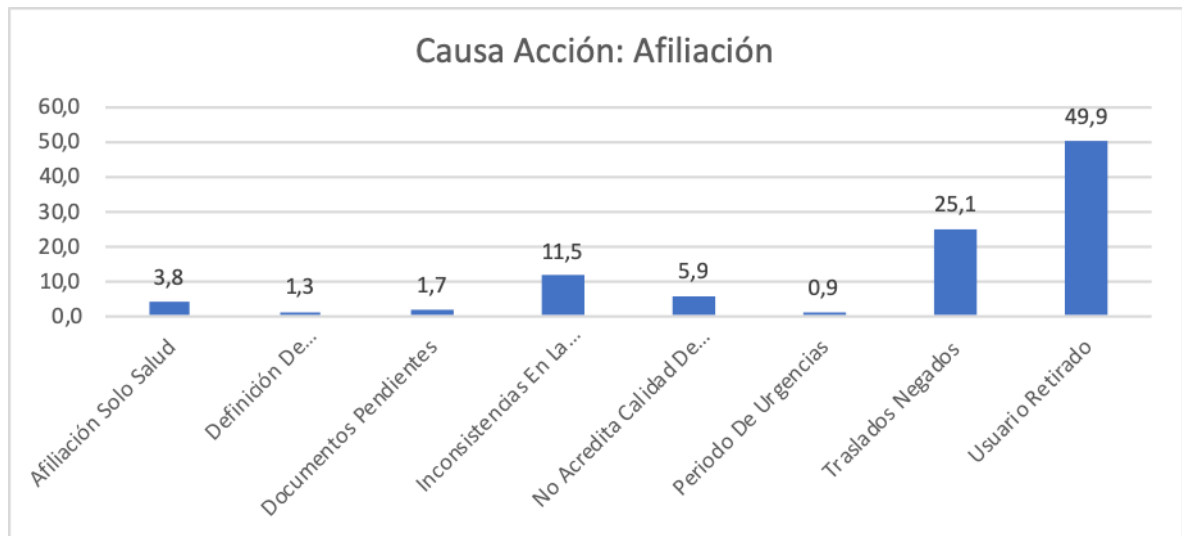


**Tabla 8 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR AFILIACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

En cuanto a la afiliación de manera específica se encuentra que los usuarios retirados representan el mayor número con 390, lo que equivale a un 49.9%, seguido de la negación de traslados con 196, que corresponden a un 25.1%. Mientras tanto, el 0.9% corresponde al periodo de urgencias con 7 tutelas interpuestas. (Tabla 8, ilustración 5).

Tipo causa acción	Causa Acción	N	%
Afiliación	Afiliación Solo Salud	30	3,8
	Definición De Multiafiliación	10	1,3
	Documentos Pendientes	13	1,7
	Inconsistencias En La Afiliación	90	11,5
	No Acredita Calidad De Afiliado	46	5,9
	Periodo De Urgencias	7	0,9
	Traslados Negados	196	25,1
	Usuario Retirado	390	49,9

**Ilustración 5 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR AFILIACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

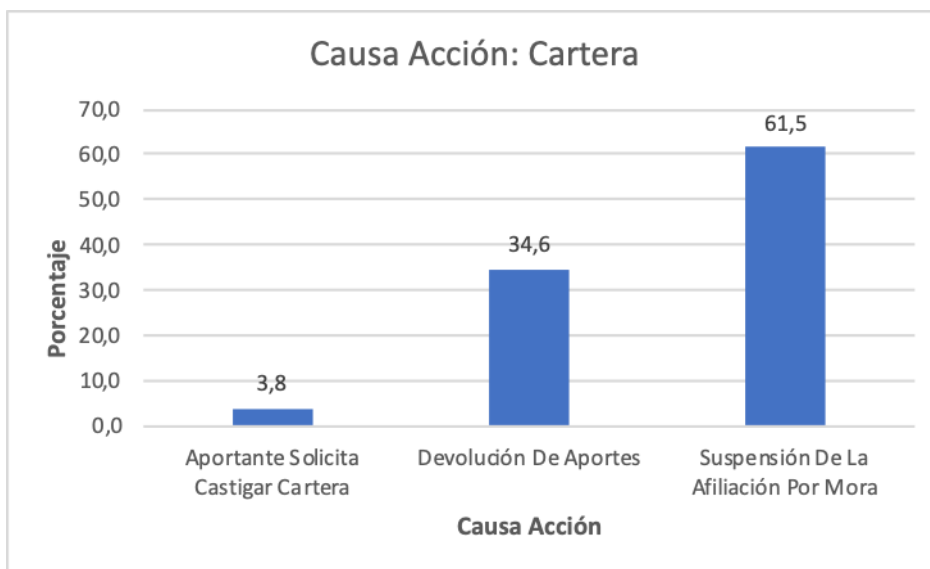


**Tabla 9 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR CARTERA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

Se observa en las causales de cartera que el mayor número de tutelas lo posee la suspensión de la afiliación por mora con 32 tutelas, porcentaje que corresponde al 61.5%, seguido de la devolución de aportes con 18 tutelas, representadas en un 34.6%. (Tabla 9, ilustración 6).

Tipo causa acción	Causa Acción	n	%
Cartera	Aportante Solicita Castigar Cartera	2	3,8
	Devolución De Aportes	18	34,6
	Suspensión De La Afiliación Por Mora	32	61,5

**Ilustración 6 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR CARTERA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**



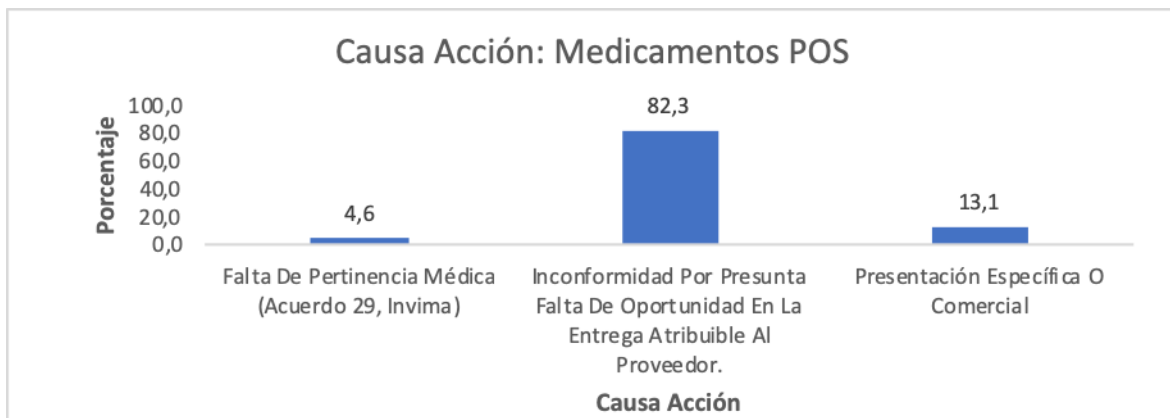
**Tabla 10 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR MEDICAMENTOS PBS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

Dentro de las causales de medicamentos PBS, se puede observar que el mayor número de procesos es de 496 debido a inconformidades por presunta falta de oportunidad en la entrega atribuible al proveedor lo que equivale a un 82,3%, mientras que el menor porcentaje corresponde a la falta de pertinencia médica con 28 tutelas, correspondiente a un 4.6%. (Tabla 10, ilustración 7)

Tipo causa acción	Causa Acción	N	%
Medicamento PBS	Falta De Pertinencia Médica (Acuerdo 29, Invima)	28	4,6
	Inconformidad Por Presunta Falta De Oportunidad En La Entrega Atribuible Al Proveedor.	496	82,3
	Presentación Específica O Comercial	79	13,1



**Ilustración 7 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR MEDICAMENTOS PBS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

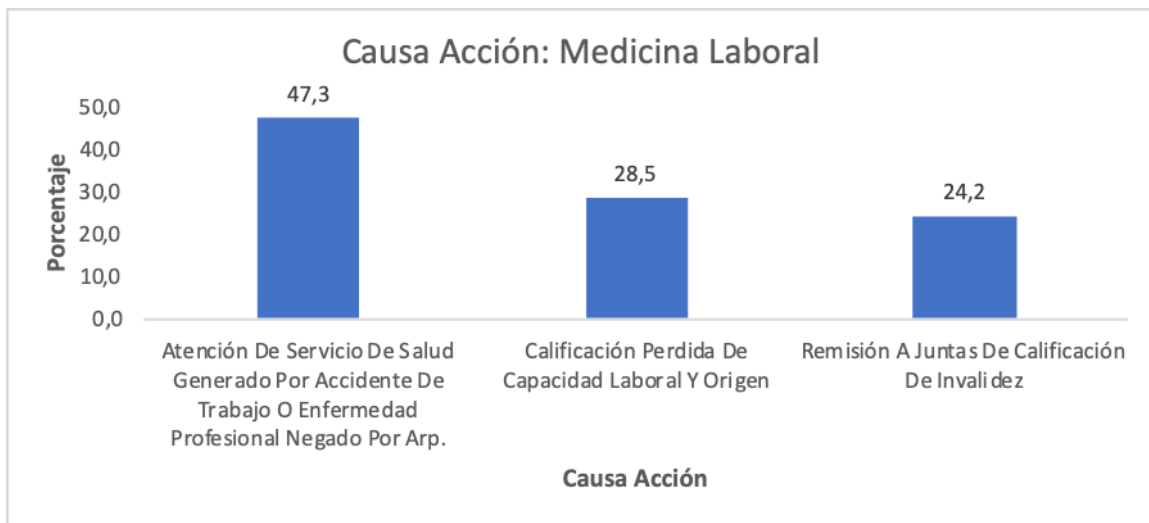


**Tabla 11 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR MEDICINA LABORAL EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

Dentro de la categoría de causal por medicina laboral, se observa que el número más elevado corresponde a la atención de servicio de salud generado por accidente de trabajo o enfermedad profesional negado por ARP con 207, reflejado en un 47,3%, mientras que la menor proporción corresponde a las remisiones a juntas de calificación de invalidez con 106 casos, equivalente al 24.2% . (Tabla 11, ilustración 8)

Tipo causa acción	Causa Acción	N	%
Medicina Laboral	Atención De Servicio De Salud Generado Por Accidente De Trabajo O Enfermedad Profesional Negado Por Arp	207	47,3
	Calificación Perdida De Capacidad Laboral Y Origen	125	28,5
	Remisión A Juntas De Calificación De Invalidez	106	24,2

**Ilustración 8 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR MEDICINA LABORAL EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**



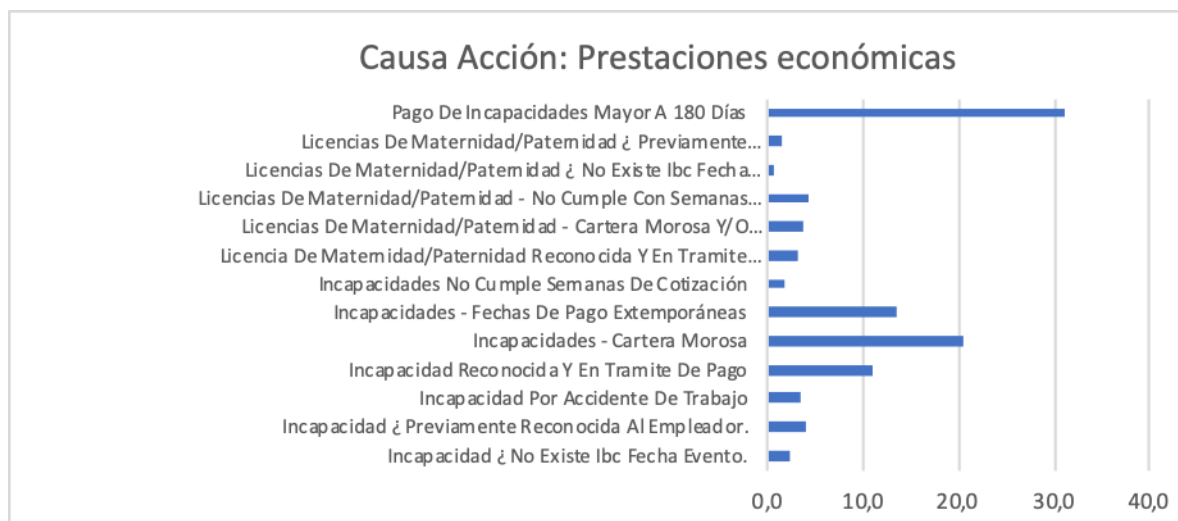
**Tabla 12 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR PRESTACIONES ECONÓMICAS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

Con respecto a la causa correspondiente a las prestaciones económicas, se observa que la razón más común se debe al pago de incapacidades mayores a 180 días con 1106 casos, lo que equivale a un 31.2%. El número más bajo de requerimientos lo poseen las licencias de maternidad /paternidad sin existencia de Ingreso base de cotización con 19 casos, lo que corresponde al 0.5% (Tabla 12, ilustración 9).

Tipo causa acción	Causa Acción	N	%
Prestaciones Económicas	Incapacidad ¿ No Existe Ibc Fecha Evento.	76	2,1
	Incapacidad ¿ Previamente Reconocida Al	137	3,9

Tipo causa acción	Causa Acción	N	%
	Empleador.		
	Incapacidad Por Accidente De Trabajo	118	3,3
	Incapacidad Reconocida Y En Tramite De Pago	387	10,9
	Incapacidades - Cartera Morosa	721	20,3
	Incapacidades - Fechas De Pago Extemporáneas	478	13,5
	Incapacidades No Cumple Semanas De Cotización	61	1,7
	Licencia De Maternidad/Paternidad Reconocida Y En Tramite De Pago	113	3,2
	Licencias De Maternidad/Paternidad - Cartera Morosa Y/O Pagos Extemporáneos	133	3,8
	Licencias De Maternidad/Paternidad - No Cumple Con Semanas De Gestación Exigidas Por La Ley	148	4,2
	Licencias De Maternidad/Paternidad ¿ No Existe lbc Fecha Evento.	19	0,5
	Licencias De Maternidad/Paternidad ¿ Previamente Reconocida Al Empleador.	47	1,3
	Pago De Incapacidades Mayor A 180 Días	1106	31,2

**Ilustración 9 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR PRESTACIONES ECONÓMICAS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

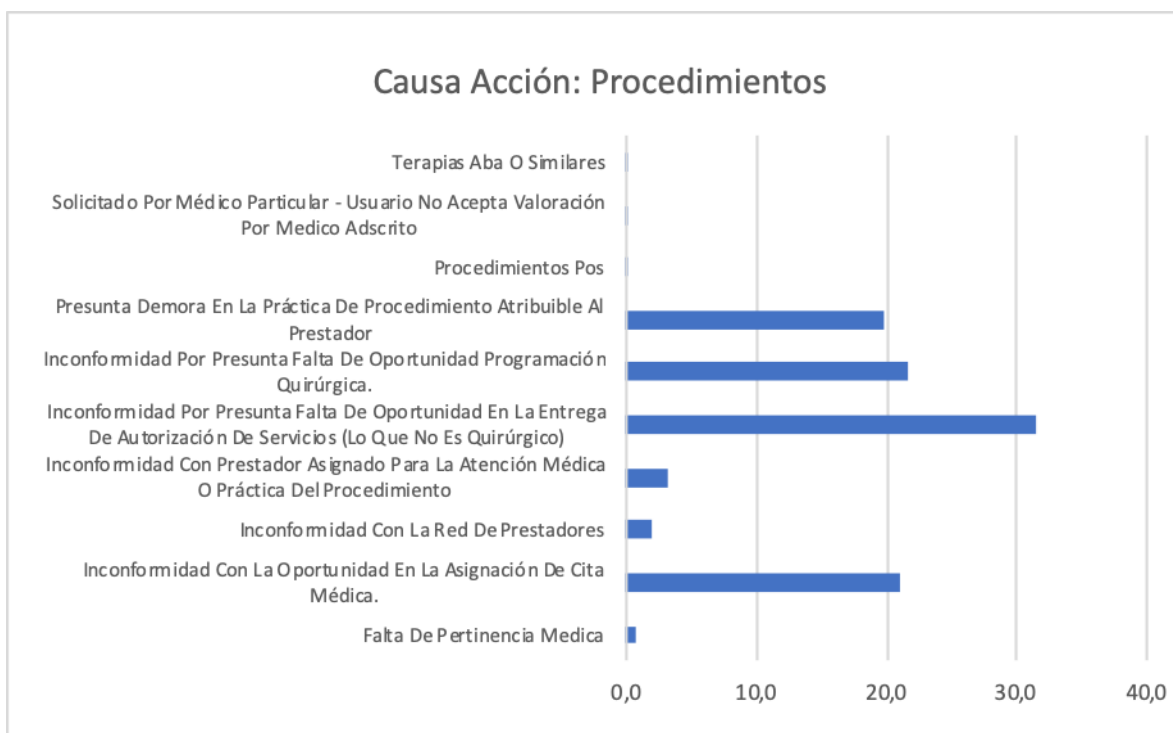


**Tabla 13 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR PROCEDIMIENTOS PBS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

Dentro de los procedimientos PBS, se encuentran 3028 tutelas que corresponden a inconformidad por presunta falta de oportunidad en la entrega autorización de servicios (lo que no es quirúrgico) equivalente al 31.5 %. Los procedimientos PBS corresponden al 0.0 % con 2 casos reportados. (Tabla 13, ilustración 10)

<b>Tipo causa acción</b>	<b>Causa Acción</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Procedimiento PBS	Falta De Pertinencia Medica	65	0,7
	Inconformidad Con La Oportunidad En La Asignación De Cita Médica.	2028	21,1
	Inconformidad Con La Red De Prestadores	187	1,9
	Inconformidad Con Prestador Asignado Para La Atención Médica O Práctica Del Procedimiento	315	3,3
	Inconformidad Por Presunta Falta De Oportunidad En La Entrega De Autorización De Servicios (Lo Que No Es Quirúrgico)	3028	31,5
	Inconformidad Por Presunta Falta De Oportunidad Programación Quirúrgica.	2074	21,5
	Presunta Demora En La Práctica De Procedimiento Atribuible Al Prestador	1907	19,8
	Procedimientos PBS	2	0,0
	Solicitado Por Médico Particular - Usuario No Acepta Valoración Por Medico Adscrito	13	0,1
	Terapias Aba O Similares	6	0,1

**Ilustración 10 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR PROCEDIMIENTOS PBS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**



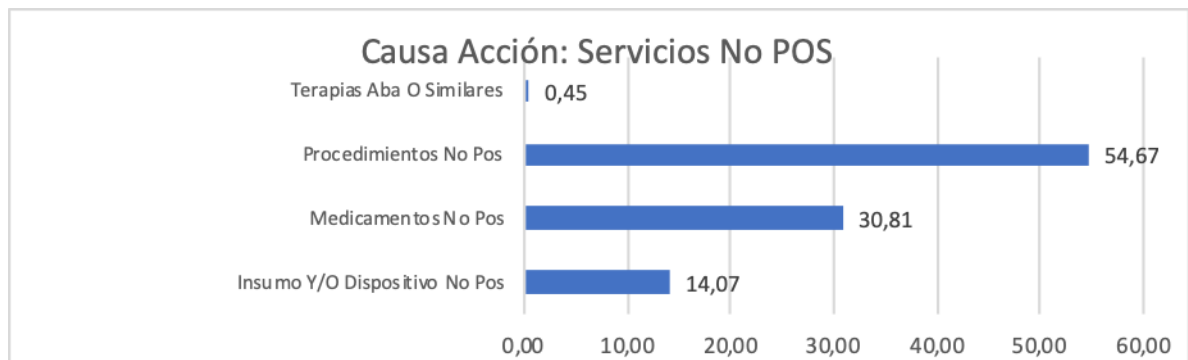
**Tabla 14 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR SERVICIOS NO PBS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

Dentro de los servicios se encuentran 3276 tutelas por procedimientos NO PBS, equivalentes al 54.67% mientras que el 0.45% corresponde a las terapias ABA o similares con 27 requerimientos.(Tabla 14, ilustración 11).

Tipo causa acción	Causa Acción	n	%
Servicios No PBS	Insumo Y/O Dispositivo No PBS	843	14,07
	Medicamentos No PBS	1846	30,81
	Procedimientos No PBS	3276	54,67

	Terapias Aba O Similares	27	0,45
--	--------------------------	----	------

**Ilustración 11 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR SERVICIOS NO PBS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**



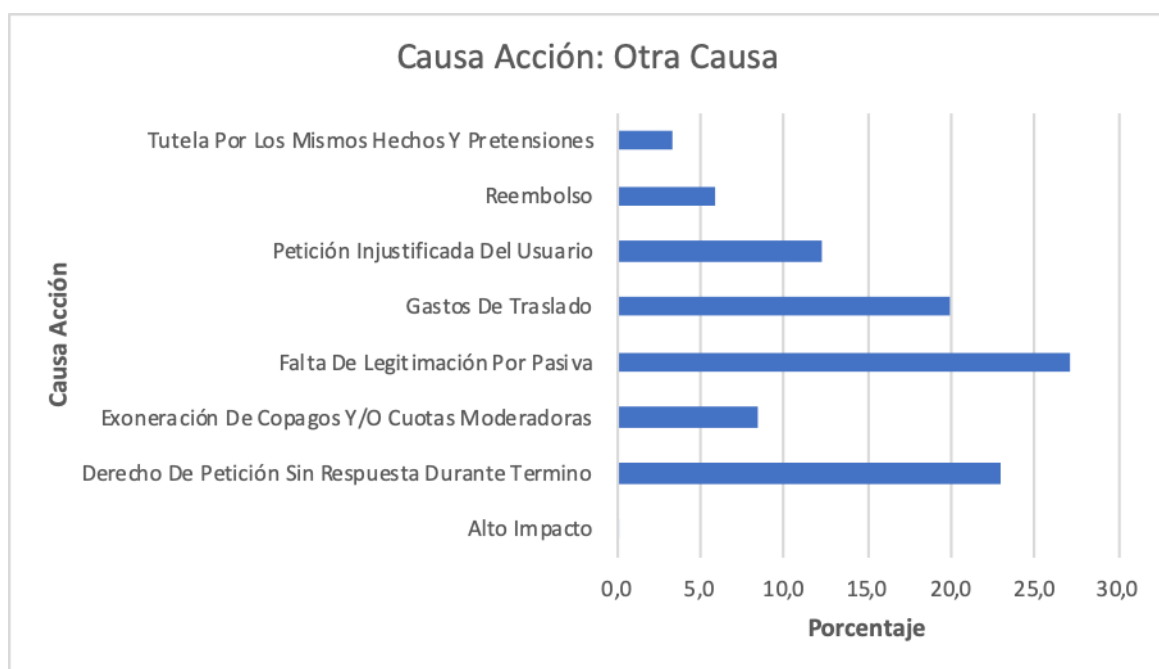
**Tabla 15 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR OTRAS CAUSAS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

En lo que corresponde a otras causas de tutela dentro de la entidad de estudio, se observa que 27,1% corresponde a la falta de legitimación por pasiva con 491 casos, seguido de los derechos de petición sin respuesta durante término en un 22,9% con 416 casos y el menor porcentaje lo presenta el alto impacto con un 0.1%, con 2 casos registrados. (Tabla 15, ilustración 12)

Tipo causa acción	Causa Acción	N	%
Otra Causa	Alto Impacto	2	0,1
	Derecho De Petición Sin Respuesta Durante Terminio	416	22,9
	Exoneración De Copagos Y/O Cuotas Moderadoras	152	8,4
	Falta De Legitimación Por Pasiva	491	27,1

Gastos De Traslado	361	19,9
Petición Injustificada Del Usuario	223	12,3
Reembolso	108	6,0
Tutela Por Los Mismos Hechos Y Pretensiones	60	3,3

**Ilustración 12 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR OTRAS CAUSAS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**



### **8.3. ASOCIACIONES ENTRE CAUSALES DE INTERPOSICION DE TUTELAS**

En el presente trabajo se identificaron las siguientes asociaciones de variables: Por tipo de causa de tutela vs año de interposición de Tutelas en en Departamento de Antioquia, Tendencia de Servicios PBS vs Servicios No PBS entre los años 2015 a 2018 y las Causales de Tutela vs el Regimen de

afiliación. Solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la asociación de Variables entre Las causales de tutela y el régimen de afiliación.

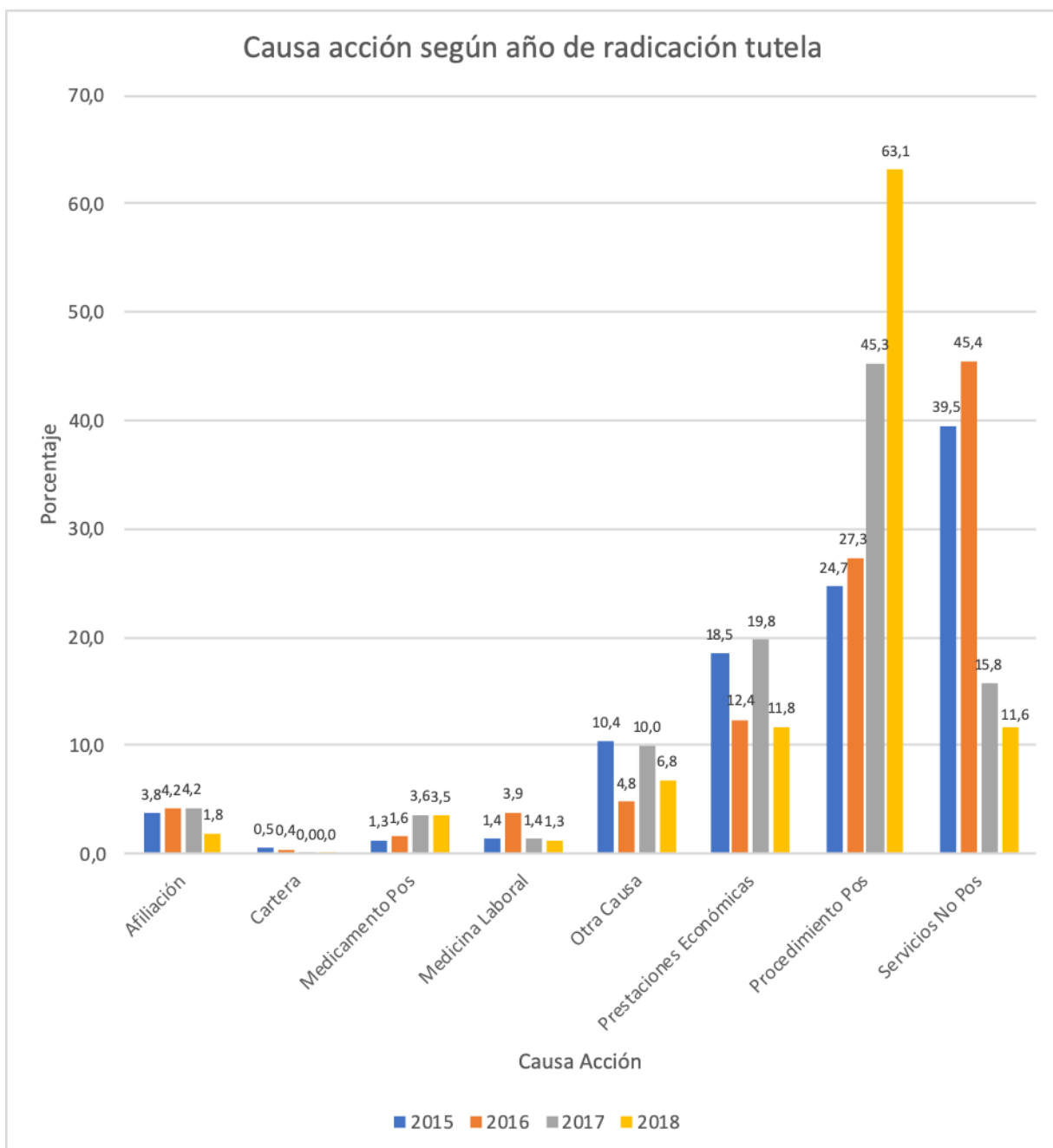
**Tabla 16 AGRUPACIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR TIPO DE CAUSA VS AÑO DE INTERPOSICION DE TUTELA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

Se observa que realizando el paralelo entre las causales de tutelas y el año de radicación de las tutelas, el mayor porcentaje se da en el año 2018, con las causales de procedimientos PBS con 4181 casos correspondientes a un 63.1%. El menor porcentaje corresponde a cartera en los periodos 2017 y 2018 con 3 casos reportados respectivamente lo que equivale a un 0.0% (Tabla 16, ilustración 13.)

Tipo Causa Acción	Año							
	2015		2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Afiliación	176	3,8	218	4,2	266	4,2	122	1,8
Cartera	24	0,5	22	0,4	3	0,0	3	0,0
Medicamento Pos	61	1,3	83	1,6	228	3,6	231	3,5
Medicina Laboral	65	1,4	202	3,9	87	1,4	84	1,3
Otra Causa	484	10,4	250	4,8	630	10,0	449	6,8
Prestaciones Económicas	863	18,5	652	12,4	1249	19,8	780	11,8
Procedimiento Pos	1151	24,7	1433	27,3	2860	45,3	4181	63,1
Servicios No Pos	1844	39,5	2381	45,4	996	15,8	771	11,6

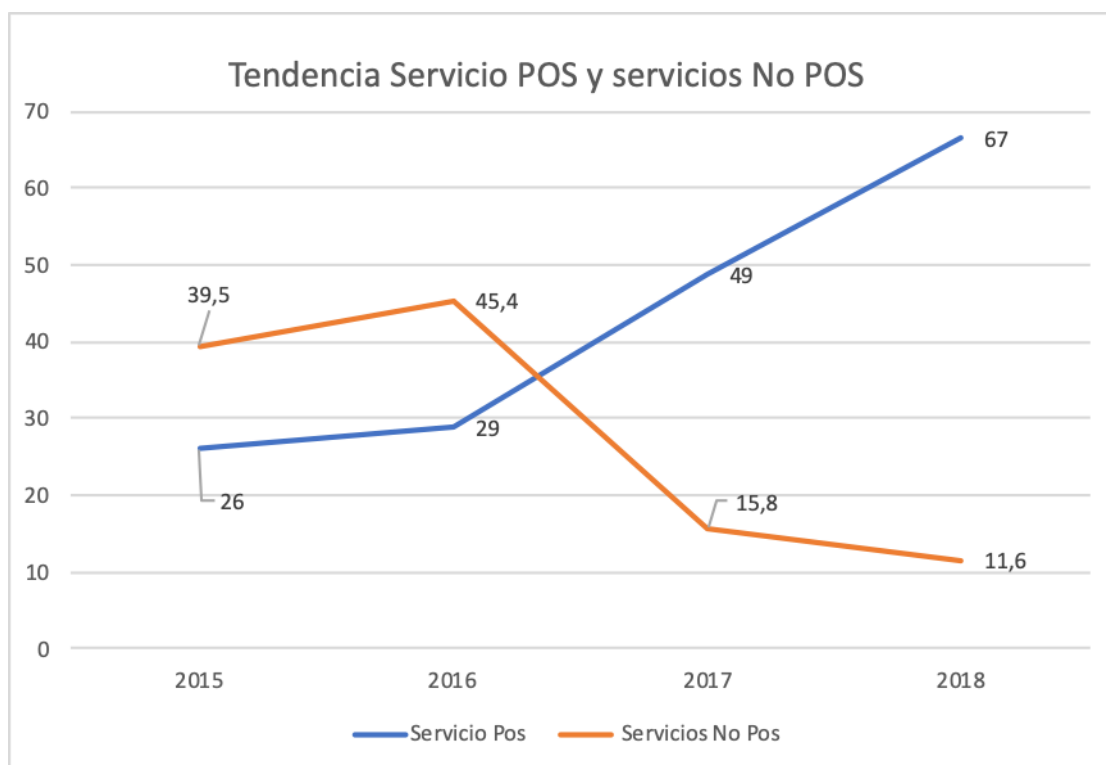


**Ilustración 13 DISTRIBUCIÓN DE CAUSALES DE TUTELA POR TIPO DE CAUSA VS AÑO DE RADICACIÓN DE TUTELA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**



**Ilustración 14 TENDENCIA DE TUTELAS POR SERVICIOS PBS Y SERVICIOS NO PBS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN LOS AÑOS 2015 A 2018.**

La tendencia observada describe que durante los años 2015 y 2016 se evidenció un ligero aumento en la solicitud de tutelas de servicios tanto PBS como NO PBS 39.5% a 45.4% respectivamente, sin embargo entre los años 2016 a 2018 se mostró un panorama inverso al disminuir las tutelas por servicios NO PBS 45.4% para 2016, 15.8% para 2017 y 11.6% para 2018 y aumentar de manera importante las tutelas por servicios PBS 29 % para 2016, 49% para 2017 y 67% para 2018. (ilustración 14)



**Tabla 17 RELACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS CAUSALES DE TUTELA VS RÉGIMEN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las variables de tipo causa acción y régimen. (Tabla 17)

Tipo Causa Acción	Régimen						chi cuadrado	Valor p
	Contributivo		Subsidiado		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Afiliación	738	3,3	44	5,5	782	3,4	33,671	0,000
Cartera	48	0,2	4	0,5	52	0,2		
Medicina Laboral	424	1,9	14	1,8	438	1,9		
Otra Causa	1730	7,8	83	10,5	1813	7,9		
Prestaciones Económicas	3420	15,5	124	15,6	3544	15,5		
Medicamento Pos	587	2,7	16	2,0	603	2,6		
Procedimiento Pos	9276	42,1	349	44,0	9625	42,1		
Servicios No Pos	5832	26,4	160	20,2	5992	26,2		
Total	22055	100,0	794	100,0	22849	100,0		

**Tabla 18 RELACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS ESTADOS DE TUTELA VS RÉGIMEN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2018.**

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las variables de régimen y estado de la tutela. (Tabla 18)

Estado Tutela	Régimen						chi cuadrado	Valor p
	CONTRIBUTIVO		SUBSIDIADO		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Fallado	21584	95,7	778	95,8	22362	95,7	1,746	0,627
Ingresado	597	2,6	24	3,0	621	2,7		
Desistido	293	1,3	9	1,1	302	1,3		
Anulado	81	,4	1	,1	82	,4		
Total	22555	100,0	812	100,0	23367	100,0		

## 9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 9.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS TUTELAS.

El número de tutelas identificadas en este trabajo asociadas al género es un reflejo de la realidad en el sistema de salud, en el cual se observa una diferencia significativa entre hombres y mujeres, estas últimas como se evidencia en la tabla 18, equivale a un 78% lo que corresponde a 18390 tutelas de 23367, ya que son quienes más acceden a los servicios de salud. Esto, asociado a los múltiples factores de Riesgo que tiene la población femenina, sumado al tema de la prevención en el cual ellas son quienes más consultan por esta causa.

Medellín, es el municipio con más tutelas dentro del Departamento de Antioquia, con 12047 tutelas, equivalente a un 51.5% a causa del volumen de población y sumado a esto, es un centro de referencia a nivel nacional para la prestación de servicios de mediana y alta complejidad. Muchas personas incluso de otros departamentos, buscan acceder a la prestación de los servicios en esta ciudad, lo cual ha limitado el acceso de los residentes de la ciudad. Incluso tutelas de otros municipios vienen especificadas para ser prestadas en Medellín.

Se observa dentro de los 10 primeros municipios con más tutelas a Rionegro con 1431 tutelas, correspondiente a 6%, Apartadó con 1278 tutelas, lo que corresponde a un 5.4 %, Bello con 1167 tutelas, equivalente a 5% e Itagüí con 983 tutelas, correspondiente a un 4.2 %, lo cual evidencia una red insuficiente para la prestación de servicios de estos grandes municipios. Llama la atención que Envigado no se encuentra incluido en la base de datos, quedando incluidas las tutelas de dicho municipio inmersas en Medellín, lo cual no permite analizar la situación del municipio.

El asegurador entregó algunos municipios en el 2017, lo cual se vió reflejado en el comportamiento de tutelas en el 2018 como puede observarse en los municipios donde no aparecen tutelas registradas. Pese a la entrega de estas poblaciones, en el año 2018 hasta el mes de Septiembre se habían

presentado más tutelas que las interpuestas en los años anteriores completos.

El año 2018 se observa un incremento en el volumen de tutelas, reflejo de la falta de red para la prestación de servicios en casi todos los municipios de Antioquia, a causa del cierre de servicios y la no continuidad en la prestación por las altas carteras con las instituciones, el no pago a proveedores de medicamentos e insumos médicos, lo cual genera retrasos en la oportunidad y accesibilidad en los servicios.

Si bien la Ley Estatutaria plantea la prestación de servicios desde la integralidad en las diferentes fases de atención del paciente, desde su concepción persisten fallas desde la prestación de servicios de manera global, es por este motivo que continúan presentándose tutelas solicitando tratamientos integrales, lo cual puede corresponder a desconocimiento por parte de la población.

En cuanto al régimen de afiliación se puede determinar que el porcentaje de tutela es proporcional al volumen de pacientes que tiene asignado el asegurador de acuerdo a lo establecido por Ley. Sin embargo se presentan dificultades en la prestación de servicios en ambos regímenes.

## **9.2. CAUSALES DE INTERPOSICIÓN DE TUTELAS**

En este trabajo se pudo identificar que las causas más comunes de interposición de tutela se basan en: Servicios NO PBS, procedimientos PBS y prestaciones económicas.

Como consecuencia de la falta de red de prestadores, el paciente no tiene un curso normal en su proceso de atención, observándose limitaciones para su atención desde el punto de vista de retrasos en asignación de citas especializadas, procedimientos, entre otros. Sumando a esto el paciente no recibe soluciones con respecto a las autorizaciones dadas dentro del PBS ya que no cuentan con entidades que puedan prestar los servicios que se solicitan en las autorizaciones, perpetuando esta situación en el tiempo afectando de manera directa al paciente. Esta situación se ve reflejada en complicaciones, estancias hospitalarias prolongadas, requerimiento de otros procedimientos o ayudas diagnósticas e incluso fallecimiento de los pacientes. Finalmente la solución que busca el usuario para subsanar el problema se atribuye directamente a la utilización de la tutela, llegando incluso a usar órdenes de arresto contra las directivas de las entidades para dar cumplimiento a los requerimientos.

Dentro de las causales de tutelas integrales, se generan cuando no existe un conjunto de acciones preventivas y curativas, en los distintos niveles de complejidad del sistema, en el que por Ley, los servicios deben estar organizados de tal forma que se pueda proyectar una atención de las necesidades de las poblaciones del territorio.

Estas situaciones de no implementación de tratamientos integrales por parte de las EPS, se refleja en los intereses de las entidades de evitar un costo que a su parecer, no le corresponda asumir. Es claro que la normatividad indica la obligación de las entidades de salud a cumplir con los manejos integrales en salud, por esto se hace necesario ejercer más controles para realizar de manera innata las prestaciones integrales y de esta forma, los usuarios no se vean en la necesidad de solicitar atenciones que de manera conexa se encuentran inherentes para ser cumplidas por la Ley Estatutaria.



Esta Ley teóricamente establece mecanismos que obligan al gobierno a garantizar el acceso y la prestación de los servicios de manera que se logre un equilibrio para proveer y garantizar el derecho a la salud, y de esta forma se genere una cobertura a todas las poblaciones.

Dentro de la causal de prestaciones económicas, las causas más comunes se evidencian en el no pago de incapacidades, esto se explica por desfinanciamiento del sistema ya que se esta generando unificación de cajas, se utilizan los recursos destinados para el pago de prestaciones, al pago de incapacidades, generando un desequilibrio en las mismas.

Se evidencia ineficiencia al seguimiento a los afiliados que tienen algún tipo de incapacidad, ya que se generan citas de control por un tiempo muy prolongado, lo cual hace que en la medida en que el paciente asiste a su cita, es un periodo de tiempo en el que sigue estando incapacitado generando continuidad en el pago de incapacidades.

### **9.3. ASOCIACIONES ENTRE CAUSALES DE INTERPOSICION DE TUTELAS**

El incremento de los servicios PBS evidencian la falta de efectividad en la prestación de los servicios de salud en el país que se da a partir de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, y que no ha sido una solución efectiva a la problemática de salud, esto como consecuencia de la figura de mantenimiento de la rentabilidad de las instituciones de salud por encima de la prestación de los servicios. Este incremento en la tendencia es también el producto de la situación financiera de las aseguradoras, que se ve reflejado en la falta de red para la prestación de servicios.

A partir del año 2016 hasta 2018 con la entrada en vigencia de la Ley Estatutaria, se observa una disminución de los requerimientos NO PBS por vía de tutela en comparación con los servicios PBS, guardando íntima relación con lo evidenciado en la figura 11, donde se puede observar un comportamiento similar.

Las tutelas asociadas a los servicios del PBS se vieron incrementados además por la situación financiera de las aseguradoras las cuales iniciaron con dificultades de pago a los proveedores y prestadores, disminución de la red de prestadores, reflejándose en suspensión y cierres de servicios, falta de entrega de medicamentos e insumos médicos, y sumado a esto, implementaron estrategias para disminuir costos, conteniendo las autorizaciones de los servicios.

## **10. PROPUESTAS**

- Toda vez que se evidencia ausencia o vulneración de un derecho fundamental en este caso por falta de prestación de los servicios de salud, es a través del mecanismo de tutela que se hacen valer los

derechos. Como primera solución a este problema lo que se debe hacer, es robustecer la prestación del servicio en lo referente a lo consagrado en el Plan de Beneficios. Además se debe tener presente que en los últimos años, la demanda de servicios en salud se ha incrementado, haciendo necesario fortalecer la red de atención en todos los ámbitos con el fin de garantizar resultados adecuados.

- Definir el alcance de los servicios no incluídos dentro del Plan de Beneficios pero sobre todo, la responsabilidad frente a su prestación y el presupuesto para el mismo. Así mismo se debe definir qué entidad los suministra y bajo qué parámetros, pues claramente las IPS no tienen la capacidad económica ni estructural para suministrar los servicios excluidos del Plan de Beneficios.
- Establecer un control y un acuerdo en entre IPS Y EPS para disminuir los tiempos en los que los pacientes tramitan las autorizaciones para acceder a los servicios.
- Se debe involucrar y capacitar la rama judicial en la toma de decisiones frente a los servicios de salud, pues hoy por hoy se podrían considerar como ordenadores del gasto, desconociendo los servicios que se están autorizando. Así se podrían corregir en los fallos oportunamente y tener un mejor control cuando se ordenan servicios excesivos y no pertinentes.
- Académicamente se deberían involucrar a las facultades de Medicina para que preparen a los médicos en las normas del sistema General de Seguridad Social en Salud. Orientándolos particularmente a que sus prescripciones se encuentren ajustadas a la realidad de la patología del paciente, evitando el suministro de órdenes de exámenes, medicamentos y procedimientos innecesarios.

- El legislador deberá poner límites a los servicios de salud con fundamento en los recursos económicos que para tal efecto, se tenga presupuestado desde el Ministerio.
- Se deberían imponer controles para la evasión de cotizantes con capacidad de pago. Igualmente sancionar a los usuarios en los cuales se compruebe abusos al sistema de salud.
- Regulación de precios tanto de los servicios como de los medicamentos para que se eviten costos excesivos en el sistema. Permitiendo por lo tanto abaratar dichos servicios y optimizar los recursos económicos. Los recursos que el sistema ahorra, se deberían invertir de igual manera en programas de promoción y prevención.
- La Base de datos de tutelas debería estar al alcance de los entes de control para contar con información actualizada en cualquier momento que se requiera. Se debería tener una única base de datos que contenga variables sociodemográficas: género, régimen, municipio, Causales de las tutela, identificación de especialidades médicas, procedimientos quirúrgicos. De igual manera se debe evitar subregistros y actualizar la base de datos en lo posible cada semestre. El responsable de este trabajo debe ser el asegurador y el control debería ser la Superintendencia Nacional de Salud.
- Llevar los servicios de salud a las poblaciones más vulnerables que se encuentran sin cobertura y de esta forma mejorar la calidad de los servicios.

- Garantizar integralidad en el servicio de modo que los pacientes no generen incapacidades mayores a 180 días, generación de alertas a la EPS de pacientes que estén incapacitados 60 días para generar intervenciones a tiempo y garantizar una adecuada prestación de servicios.
- Los entes de control deben mejorar sus esquemas de supervisión con el fin de evitar que las EPS que poseen fallas identificadas y reiterativas continúen operando en el sistema, vulnerando la prestación de los servicios.
- El manejo de los recursos del sistema deben estar a cargo del Estado y no de las EPS. Estas, como su nombre lo indica, deben ser promotoras de los servicios de salud de la población.
- Creación de equipos multidisciplinarios con el fin de garantizar el cuidado primario de las poblaciones. El personal médico y asistencial deben ser distribuidos de acuerdo con las necesidades de los servicios de salud, teniendo en cuenta la población y el perfil epidemiológico en todo el territorio nacional.
- Garantizar el cumplimiento del modelo de atención integral planteado por el Ministerio con el MIAS y los RIAS, que verdaderamente pueda articular IPS y EPS garantizando la adecuada prestación del servicio.
- Recuperar el papel del médico general dentro del sistema y darle la importancia a este rol, mediante el fortalecimiento intervenciones en salud de manera oportuna, realizando un enfoque desde la promoción y prevención, atención primaria en salud, incluso desde el punto de vista de la gestión integral del riesgo y gestión comunitaria.

- Se debe mejorar tanto la infraestructura como el nivel de las ESE con el fin de velar por una atención integral en las poblaciones más alejadas y de esta forma poder disminuir los requerimientos de tutelas que se generan de las zonas rurales hacia las ciudades principales.
- Velar por la Ética y la transparencia al momento de la realización de auditorías estrictas, e incluso desde el punto de vista del cumplimiento de estándares de habilitación, para identificar fallas en la prestación de servicios y evitar desvío de recursos.
- Garantizar los mecanismos para que los usuarios sean educados en cuanto a sus derechos y deberes en el sistema, que entienda que la utilización indebida de los servicios termina afectando sostenibilidad del mismo, lo cual repercute en todas las personas que quieran acceder.
- Como administradores de salud se propone al asegurador: Diseñar desarrollos en su software que permitan de una manera organizada el ingreso de todas las tutelas, semaforizarlas según su estado , tipo de requerimiento y además permitir su trazabilidad desde todas las áreas responsables.
- Incluir además todas las variables necesarias para la adecuada caracterización e intervención.
- Establecer los mecanismos de contratación de servicios diferentes al evento.
- Concentrar la red de prestadores, garantizando los niveles de complejidad necesarios y los servicios que sean necesarios.

- Identificar las causas raíz de las tutela interpuestas e impactarlas a tiempo, evitando que avance que se convierta en desacato, fallo, sanción u orden de arresto.
- Fortalecimiento de los programas de promoción y prevención. Contar con recurso que se encarque de verificar la atención de los pacientes: confirmación de ayudas diagnósticas, citas con especialistas, seguimiento post quirúrgico, post hospitalizados.
- Fortalecer programas integrales de medicina domiciliaria. Cumplimiento del enfoque de manejo integral del paciente, basado en la propuesta de MIAS y RIAS que hizo el Minsiterio.

## **11. CONCLUSIONES.**

- El planteamiento de este trabajo de investigación, respondió a la pregunta de si realmente existe una caracterización de las causales de tutela en las entidades promotoras de salud, consideramos que este cuestionamiento se resolvió encontrándose un seguimiento por parte del asegurador, con una

base de datos que a nuestro parecer carece de variables que en su mayoría puedan aportar la obtención de información para la toma de decisiones. A partir de este trabajo se puede tomar como base, los hallazgos encontrados para la realización de las caracterizaciones y de esta forma ser insumo para impulsar nuevas investigaciones o estudios que permitan llegar a realizar bases de datos unificadas en las caracterizaciones de las tutelas.

- Este trabajo permite cuestionar a las entidades de salud en qué tanto conocen su situación jurídica y qué tantas soluciones se pueden plantear. A partir de este planteamiento, se pueden identificar las causas raíz de las tutelas para de esta forma realizar intervenciones de manera oportuna para impactar las causas y poder disminuir los requerimientos en contra de las entidades de salud.
- La acción de tutela, desde el establecimiento de la sentencia T 760 de 2008, se constituye como herramienta para la construcción del derecho a la salud como derecho fundamental, es y continuará siendo utilizada como mecanismo para acceder a los servicios en el sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, mientras no se logre un equilibrio en cuanto a la prestación y la sostenibilidad financiera del mismo.
- La acción de tutela en su concepción en la Constitución de 1991, es un mecanismo protector que tiene el individuo cuando algún derecho le es vulnerado, pero es claro que su utilización actualmente se ha convertido en una alternativa utilizada como acceso al servicio de salud, muchas veces sin agotar las opciones del sistema.



- No se cuentan con estudios actualizados (últimos encontrados son del 2016 expuestos por la defensoría del pueblo) que permitan analizar a ciencia cierta la situación en materia de caracterización de tutelas, sin embargo si se encuentran monografías y estudios a nivel universitarios sobre la situación del sistema, pero no a nivel gubernamental que permita evaluar a ciencia cierta la situación del sistema.
- El incremento evidente en el número de tutelas no depende de un solo actor, el compromiso es de todos. La solución no está en prestar más servicios, también está en la optimización de los recursos, en garantizar un adecuado control, en tener claridad en el presupuesto del sistema y en garantizar la eficiencia del mismo. Teniendo presente que Colombia no es un país desarrollado, en el cual el sistema de salud a través de las acciones de tutela entrega todos los servicios incluidos y no incluidos en el PBS, lo cual desborda financieramente y se sale del alcance.
- Luego de casi cuatro años de haber entrado en vigencia la Ley estatutaria, el balance es poco alentador, nuestro sistema de salud está en una crisis real, en donde la acción de tutela es la fotografía más clara de la falta de prestación de servicio, del modelo de atención y de las condiciones de calidad del mismo. Es necesario un proceso de reingeniería al modelo de atención en salud por parte del Estado para la garantía del Verdadero Derecho a la salud de los colombianos.
- El factor económico sigue siendo un factor importante para la interposición de tutelas independientemente de la implementación de la Ley Estatutaria en Salud, ya que mediante la tutela las poblaciones de bajos recursos adquieren la totalidad de los medicamentos y procedimientos mediante las tutelas integrales.

- Es evidente el desfinanciamiento del sistema, se hace necesario que el gobierno se comprometa en poner punto final a las deudas que posee con el sector salud ( proyecto Ley de punto final).
- La pregunta de investigación permitió ir mas allá e identificar el panorama de la situación real en materia de tutelas de un asegurador en el Departamento de Antioquia. Da un contexto acerca de la situación real en materia de salud que se vive en el país. La falta de recursos del sistema, sumado a la mala administración y muchas veces la corrupción que puede haber, conduce a una prestación de servicios deficiente a los pacientes, generando inoportunidad, barreras en el acceso, que se traducen en mayores costos, complicaciones y hasta la muerte de los pacientes. Esto además genera en el asegurador riesgos jurídicos, reputacionales, financieros y de imagen.
- Se concluye luego de la realización del estudio, que la entidad a la cual se le realizó el análisis de la base de datos no cuenta con una caracterización adecuada que les permita semaforizar e identificar las acciones de tutela que presenten ante la entidad. Esta falta de caracterización influye en el desempeño jurídico y financiero de la entidad ya que al no tener un claro estado de las tutelas de la entidad se generan sanciones por desacato.

## **12. BIBLIOGRAFÍA**

1. Chiriví C. Acción de tutela en salud: origen, evolución jurisprudencial y alternativas a su interposición (trabajo de grado). Bogotá: Universidad Militar; 2014.

2. Ángel Barajas, Juan Carlos "Derecho constitucional colombiano", 2012.
3. García y Uprimny. Revista Derecho Público No 15 de la Universidad de los Andes. 2002.
4. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993 Diario Oficial No. 41.148 del 23 de diciembre de 1993
5. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1751 de 2015.
6. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991.
7. Martínez F. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?, Bogotá, abril de 2013.
8. Vargas, I., Vázquez, M. & Jane, E., 2002. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Saúde pública, 18(4), pp. 927-937 <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10177.pdf>.
9. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. Journal of Political Economy 1972;80(2):223-255.
- 10.ÁLVAREZ ROJAS, Fernando y Marcela y Marcela Monroy Torres. Jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre la acción de tutela. Ed. - Dike. 1993

11. Definiciones del Riesgo y sus implicaciones  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000300014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014)
12. Guzmán Mora. el concepto de riesgo en medicina. Revista Med 19 (2): 241-247, 2011
13. Equipo Investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo, La tutela y el derecho a la salud causas de las tutelas en salud. 2015
14. Ramírez A., David Ernesto Rocha D., Durango L., Rodríguez S. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo\* Implications of statutory law of 2015 on 1751 health promotion entities contributory.
15. Jiménez WG, Angulo LL, Castiblanco YP, Gómez ML, Rey LJ, Solano LT, Urquijo YC. Ley estatutaria: ¿avance hacia la garantía del derecho fundamental a la salud? Rev Colomb Cir. 2016;31:81-90.
16. Vélez Alba Lucía, La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud?, Colomb Med 2005; 36: 199 – 208, Vol. 36 N° 3, Julio – Septiembre de 2005.
17. Rodríguez Hernández Jorge , Rodríguez Rubiano Diana, Corrales Barona Juan. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013.
18. Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML, Mogollón Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. Salud Pública. 2010; 12(5): 701712.

19. Vega Vargas William, Guzmán Bravo Ómar, Acción de Tutela como mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud, Superintendencia Nacional de Salud.
20. Negret M. Carlos, Calero C. Jorge, Rojas C. Jhon Alexander. Tutela y derecho a la Salud 2016. Defensoría del Pueblo 11ª. Edición 2017.
21. Gañan Jaime, Acción de tutela en salud por la defensa de la dignidad humana.
22. Gañan Jaime. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia
23. GAÑÁN, Jaime León. 2011. Derecho Fundamental a la Salud. Una visión desde el Sistema de Fuentes de Derecho. Personería de Medellín y Universidad de Antioquia. Experiencias de un Observatorio de Salud en Colombia. Observatorio de Salud, Medellín: La Carreta.
24. GAÑÁN, Jaime León. Ley estatutaria en salud: ¿Era necesaria para la consideración del derecho a la salud como un derecho humano autónomo y seriamente fundamental?
25. Sentencia C-313/14: Magistrado Ponente: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.
26. Julio Pretelt José Domingo, El derecho a la salud en Colombia: Evolución y Defensa frente a un estado que dista de ser garante. Junio 28 de 2017.

27. María Esperanza Echeverry López, Indignación Justa: Estudios sobre la Acción de Tutela en Salud en Medellín, Universidad de Antioquia. Noviembre de 2013.

28. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008, acumulación de expedientes Juzgado 11 Civil del Circuito de Cali (T-1281247), el Juzgado 5° Penal Municipal de Cali (T-1289660), la Sala Civil, Familia, Laboral, del Tribunal Superior de Valledupar (T-1308199), el Juzgado 10° Penal Municipal de Barranquilla (T-1310408); el Juzgado 13 Civil Municipal de Medellín (T-1315769); el Juzgado 12 Civil Municipal de Cartagena (T-1320406); el Juzgado 38 Civil Municipal de Bogotá (T-1328235); el Juzgado 12 Civil Municipal de Cartagena (T-1335279); el Juzgado Primero Penal Municipal de Rionegro (T-1337845); la Sala Primera de Familia del Tribunal Superior de Medellín (T-1338650); la Sala Octava de Decisión Civil del Tribunal Superior de Medellín (T-1350500); la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia (T-1645295 y T-1646086); el Juzgado Primero Penal Municipal de Tuluá Valle (T-1855547); el Juzgado Cuarto Penal Municipal de Barranquilla, Atlántico (T-1862046); el Juzgado Primero Municipal de Ibagué, Tolima (T- 1866944); el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Barranquilla, Atlántico (T-1867317); el Juzgado Veintitrés Civil Municipal de Cali, Valle (T-1862038); el Juzgado Décimo Penal Municipal de Barranquilla, Atlántico (T-1858999); el Juzgado Décimo Penal Municipal de Barranquilla, Atlántico (T-1858995); el Juzgado Segundo Civil Municipal de Barranquilla, Atlántico (T-1859088); el Juzgado Segundo de Familia de Medellín, Antioquia (T-1867326), Magistrado Ponente Dr. Manuel José Cepeda Espinoza.

29. BOTERO MARINO, Catalina. La acción de tutela en el ordenamiento constitucional colombiano. Consejo Superior de la Judicatura, Sala

Administrativa - Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla. Primera edición, 2006.