

**ACCIÓN DE TUTELA PARA ACCEDER AL DERECHO A LA SALUD:
ANÁLISIS DE LAS SENTENCIAS DE LA CORTE CONSTITUCIONAL, PERIODO
1992-2008**

LILIA PATRICIA PARRA MÉNDEZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2009**

**ACCIÓN DE TUTELA PARA ACCEDER AL DERECHO A LA SALUD:
ANÁLISIS DE LAS SENTENCIAS DE LA CORTE CONSTITUCIONAL, PERIODO
1992-2008**

LILIA PATRICIA PARRA MÉNDEZ
Tesis de grado para optar al título de
Especialista en Administración de servicios de salud.

Directora
Ing. Esp. Claudia Patricia Aponte Hernández

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2009

AGRADECIMIENTOS

*Especial gratitud para la Dra. Mary Lupe Angulo, la Ingeniera Esp.
Claudia Patricia Aponte Hernández, y para todos los docentes del programa de
Administración de servicios de salud.*

DEDICATORIA

Para mi querido hijo Santiago Rueda Parra

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	¡Error! Marcador no definido.
I EL DERECHO A LA SALUD	20
1.1 LA DISPONIBILIDAD DE LA SALUD	24
1.1.1 Protección de la oferta pública.	24
1.1.2 Protección de la oferta privada.	25
1.1.3 Disponibilidad de indicadores e información en salud.	25
1.1.4 Disponibilidad de factores determinantes del derecho a la salud pública.	25
1.1.5 Disponibilidad de los servicios y atención individual en salud.	26
1.1.6 Disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva.	26
1.2 EL ACCESO A LA SALUD	26
1.2.1 Acceso al SGSSS a través del régimen contributivo.	27
1.2.2 Acceso al SGSSS a través del régimen subsidiado.	27
1.3 LA ACEPTABILIDAD DE LA SALUD	28
1.3.1 Derecho a la confidencialidad de la historia clínica.	29
1.3.2 Autonomía del paciente.	29
1.3.3 Los enfermos mentales.	29
1.3.4 Experimentos científicos.	29
1.3.5 Salud reproductiva.	29

1.3.6 Comunidades indígenas.	30
1.3.7 Credo religioso.	30
1.4 LA CALIDAD DE LA SALUD	30
1.4.1 Personal de la salud.	30
1.4.2 Eficacia del servicio prestado.	30
1.4.3 Los medicamentos.	31
1.4.4 Atención integral.	31
1.4.5 Calidad de la atención médica.	31
II EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)	32
2.1 GENERALIDADES	32
2.2 EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	35
2.2.1 Los afiliados.	36
2.2.2 Afiliación al régimen contributivo.	36
2.2.3 Pago de cotizaciones.	37
2.2.4 Traslado de EPS-C.	39
2.2.5 Responsabilidad del empleador.	39
2.2.6 Trabajadores independientes.	39
2.3 EL REGIMEN SUBSIDIADO	39
2.3.1 Selección de afiliados.	40
2.3.2 Administración de los recursos.	40
2.3.3 EPS del régimen subsidiado.	41
2.3.4 Plan de beneficios del POS-S.	41

2.3.5 Copagos en el régimen subsidiado.	41
2.4 ORGANISMOS INTEGRANTES DEL SISTEMA DE SALUD	42
2.4.1 El Ministerio de la Protección Social.	42
2.4.2 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Comisión de Regulación en Salud (CRES).	42
2.4.3 La Superintendencia Nacional de Salud.	43
2.4.4 El Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA.	43
2.4.5 Entidades Promotoras de Salud EPS.	44
2.4.6 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.	44
2.4.7 Empresas Sociales del Estado ESE.	44
2.4.8 Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA.	45
2.4.9 Instituto Nacional de Salud.	45
2.4.10 Entes territoriales	45
2.5 LOS PLANES DE ATENCION DEL SISTEMA DE SALUD	45
2.5.1 El plan de salud pública (PSP).	46
2.5.2 El Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo.	46
2.5.3 Plan obligatorio de salud del régimen subsidiado.	46
2.5.4 Atención de accidentes de tránsito y eventos catastróficos.	46
2.5.5 Atención inicial de urgencias.	47
III LA ACCION DE TUTELA	49
3.1 HISTORIA	49
3.2 GENERALIDADES	51

3.3 CARACTERISTICAS DE LA PROTECCION OFRECIDA	52
3.4 CAUSALES DE IMPROCEDENCIA DE LA ACCION DE TUTELA	54
3.5 DERECHOS PROTEGIDOS	55
3.6 PRINCIPIOS PROCESALES DE LA TUTELA	57
3.6.1 Publicidad.	57
3.6.2 Prevalencia del derecho sustancial.	57
3.6.3 Economía.	57
3.6.4 Celeridad.	57
3.6.5 Eficacia.	59
3.7 TRAMITE DE LA ACCION DE TUTELA	59
3.7.1 Contenido de la solicitud. La demanda debe contener los siguientes datos básicos:	59
3.7.2 Admisión de la demanda.	60
3.7.3 Corrección de la solicitud.	60
3.7.4 Sanciones derivadas de la solicitud.	60
3.7.5 Requerimiento de informes.	61
3.7.6 Formas anormales de terminación.	61
3.7.7 El fallo de tutela.	62
3.7.8 Impugnación del fallo.	63
3.7.9 Revisión constitucional de sentencias de tutela.	64
3.7.10 Facultad de solicitar revisión por parte del Defensor del Pueblo.	64
IV LA CORTE CONSTITUCIONAL	66

4.1 HISTORIA	66
4.2 INTEGRANTES	67
4.3 FUNCIONES	68
4.3.1 Control automático de constitucionalidad	69
4.3.2 Control de constitucionalidad por vía de acción.	69
4.4 ESTUDIO DE LOS FALLOS DE TUTELA EMITIDOS POR LA CORTE CONSTITUCIONAL EN SALUD, 1992-2008	70
4.4.1 Objetivo.	70
4.4.2 Objetivos específicos.	70
4.4.3 Población objetivo.	71
4.4.4 Metodología.	71
4.4.5 Variables analizadas.	71
4.4.6 Resultados.	73
4.5 JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL EN SALUD	101
4.5.1 Prestaciones excluidas del POS.	101
4.5.2 Medicamentos.	102
4.5.3 Cirugías.	102
4.5.4 Exámenes.	104
4.5.5 Copagos y cuotas moderadoras.	105
4.5.6 Gastos de transporte.	106
4.5.7 Transplantes.	107
4.5.8 Problemas de afiliación.	108

4.5.9 Entrega de aparatos y otros insumos.	109
4.5.10 Tratamientos.	110
4.5.11 Procedimientos.	111
V TRABAJOS REALIZADOS POR LA DEFENSORIA DEL PUEBLO	112
CONCLUSIONES	119
RECOMENDACIONES	124
BIBLIOGRAFIA	128

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Derechos Fundamentales.	56
Tabla 2. Tutelas Que Llegaron A La Corte Constitucional Para Eventual Revisión: Periodo 1992-2008	74
Tabla 3. Tutelas seleccionadas vs. Tutelas en salud: periodo 1992-2008.	76
Tabla 4. Solicitudes Realizadas En Las Tutelas Que Invocan El Derecho A La Salud Periodo :1992-2008	80
Tabla 5. Grupos de población que realizaron las solicitudes: periodo 1992-2008.	81
Tabla 6. Grupos De Niños Que Realizaron Las Solicitudes: Periodo 1992-2008.	83
Tabla 7. Solicitudes Realizadas Por Los Niños: Periodo 1992-2008.	84
Tabla 8. Grupos de la tercera edad que realizaron las solicitudes: periodo 1992-2008.	85
Tabla 9. Solicitudes Realizadas Por La Población De La Tercera Edad : Periodo 1992-2008.	86
Tabla 10. Grupos De Población Carcelaria Que Realizaron Las Solicitudes: Periodo 1992-2008.	87
Tabla 11. Solicitudes realizadas por la población carcelaria: periodo 1992-2008.	88
Tabla 12. Grupos de población en condición de discapacidad que realizaron las solicitudes: periodo 1992-2008	90
Tabla 13. Solicitudes realizadas por la población en condición de discapacidad: periodo 1992-2008	91

Tabla 14. Grupos de población con cáncer que realizaron las solicitudes: periodo 1992-2008.	93
Tabla 15. Solicitudes realizadas por la población con cáncer: periodo 1992-2008.	94
Tabla 16. Grupos de población con sida que realizaron las solicitudes: periodo 1992-2008.	95
Tabla 17. solicitudes realizadas por la población con sida: periodo 1992-2008.	96
Tabla 18. Grupos de población de soldados que realizaron las solicitudes: periodo 1992-2008.	97
Tabla 19. Solicitudes realizadas por la población de soldados: periodo 1992-2008.	98
Tabla 20. Solicitudes realizadas por la población en condición de desplazamiento: periodo 1992-2008	100
Tabla 21. Participación de las tutelas en salud: periodo 1999-2005.	112
Tabla 22. Contenidos mas frecuentes en las tutelas interpuestas: periodo 1999-2005.	113
Tabla 23. Numero de tutelas por EPS: periodo 1999-2005	114
Tabla 24. Tratamientos Más Solicitados Por Especialidades: Periodo 1999-2005.	115
Tabla 25. Tutelas Por Tipo De Entidad Demandada:Periodo1999-2002.	116
Tabla 26. Tutelas Por Tipo De Entidad Demandada: Periodo 2003-2005	117
Tabla 27. Análisis De Las Decisiones De Los Jueces De Primera Instancia: Periodo 1999-2003.	118

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Grafico 1. Grafico De Tendencia De Las Tutelas Interpuestas periodo 1992-2008	75
Grafico 2. Comparativo Entre Tutelas Seleccionadas Vs Tutelas En Salud: 1992-2008.	77
Grafico 3. Distribución De Las Solicitudes Realizadas En Las Tutelas Que Invocan El Derecho A La Salud: Periodo 1992-2008.	80
Grafico 4. Distribución De Los Grupos De Población Que Realizaron Las Solicitudes	82
Grafico 5. Distribución De Las Solicitudes Realizadas Por Los Niños: Periodo 1992-2008.	84
Gráfico 6. Distribución de las solicitudes realizadas por la población de la tercera edad: periodo 1992-2008.	87
Grafico 7. Distribución de solicitudes realizadas por la población carcelaria: periodo 1992-2008.	89
Gráfico 8. Distribución de las solicitudes realizadas por la población en condición de discapacidad :periodo 1992-2008.	92
Grafico 9. Distribución de las solicitudes realizadas por la población con cáncer: periodo1992-2008	95
Grafico 10. Distribución de las solicitudes realizadas por la población con sida: periodo 1992-2008.	97
Grafico 11: distribución de las solicitudes realizadas por la población de soldados: periodo 1992-2008.	99
Grafico 12. Distribución de las solicitudes realizadas por la población en condición de desplazamiento: periodo 1992-2008	100

RESUMEN

TITULO: ACCIÓN DE TUTELA PARA ACCEDER AL DERECHO A LA SALUD: ANÁLISIS DE LAS SENTENCIAS DE LA CORTE CONSTITUCIONAL, PERIODO 1992-2008*

AUTOR: LILIA PATRICIA PARRA MÉNDEZ**

PALABRAS CLAVE: Derecho a la Salud, Jurisprudencia, Atención en salud, Acción de tutela, Legislación, Ley 100, Corte Constitucional, Garantía de atención en salud

DESCRIPCIÓN:

Esta monografía realiza una revisión de la acción de tutela como mecanismo de protección de los derechos fundamentales, consagrado en el artículo 86 de la Constitución política de 1991, y más específicamente su impacto en el sector salud, y su uso como mecanismo alternativo para acceder a este derecho, por parte de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estudia la jurisprudencia desarrollada por la Corte Constitucional y la importancia que han tenido sus decisiones, en procura de garantizar el derecho a la salud, cuando este se encuentra vulnerado en conexidad con un derecho fundamental, como el derecho a la vida, y a partir de la sentencia T-760 de 2008, redactada por el Magistrado Manuel José Cepeda, que lo definió como fundamental, en todos los casos.

Se presenta en tablas y gráficos un resumen de las 2560 sentencias que invocan el derecho a la salud, proferidas por la Corte Constitucional durante el periodo 1992-2008, sus conclusiones y algunas recomendaciones de la autora.

Adicionalmente se realiza un análisis pormenorizado de los contenidos de estos fallos, relacionándolos con las características de cada uno de los grupos de población, resaltando las condiciones especiales de cada uno de estos grupos.

* Trabajo De Grado

** Departamento de salud pública Especialización en administración de servicios de salud. Director. Claudia Patricia Ponte

SUMMARY

TITLE: GUARDIANSHIP ACTION TO ACCESS THE RIGHT TO HEALTH: ANALYSIS OF SENTENCES OF THE CONSTITUTIONAL COURT, 1992-2008 PERIOD*

AUTHOR: LILIA PATRICIA PARRA MÉNDEZ**

KEY WORDS: Right health, Jurisprudence, Health care, Tutelage action, Legislation, Act 100, Court Constitutional, Assurance health care

DESCRIPCIÓN:

This monograph conducts a review of the tutelage action as a mechanism of protection of fundamental rights, enshrined in Article 86 of the 1991 Constitution, specifically its impact on the health sector, and its use as an alternative to access this right, by the users of the General System of Social Security in Health. Study the jurisprudence developed by the Constitutional Court and the role played by its decisions, in order to guarantee the right to health, when this is violated in connection with a fundamental right, like the right to life, and from decision T-760 of 2008, written by Magistrate Manuel Jose Cepeda which defined it as a fundamental right in all cases.

Is presented in tables and charts summarizes the 2560 decisions that invoke the right to health, proffered by the Constitutional Court during the period 1992-2008, its findings and recommendations of the author.

Additionally, thoroughly analyzed the contents of these sentences, related to the characteristics of each population group, highlighting the special conditions of each of these groups.

* Project of Degree

** Department Of Public Health, Specialization In Health Services Administration, School Of Medicine. Directora. Claudia Patricia Ponte.

INTRODUCCIÓN

En Colombia cada día crece el número de usuarios del Sistema General De Seguridad Social en Salud, que se ven en la necesidad de acudir a la acción de tutela con el fin de obtener los medicamentos, tratamientos y procedimientos que requieren para lograr un ejercicio pleno de su derecho a la salud. El problema se ve reflejado en las cifras suministradas por la Corte Constitucional a donde son enviados todos los fallos de tutela para su eventual revisión , mientras que en 1992 recibió 8060 expedientes ,durante el año 2008 recibió 344.468 procesos, de los cuales 142.957 invocan el derecho a la salud. La inconformidad de los usuarios se da por diferentes razones, mientras que a unos no les entregan los medicamentos por no estar incluidos en el POS, otros no pueden acceder al servicio por no tener dinero para cancelar la cuota moderadora o el copago, algunos no reciben los tratamientos de alto costo sin que se les de una explicación, y a muchos les dilatan por tanto tiempo la prestación de un servicio que pueden incluso no llegar a recibirlo.

Algunos grupos de población se han visto afectados de manera particular por esta problemática, como lo son los enfermos de SIDA, las mujeres en estado de embarazo y en periodo de lactancia, los niños, y los enfermos de otras patologías de alto costo como los pacientes renales y los enfermos de cáncer, quienes por las características de su estado de salud requieren una atención oportuna, y adecuada a su condición física.

Durante los primeros años, el problema estuvo planteado en torno a la clasificación del derecho a la salud y el derecho a la seguridad social, como parte de los derechos económicos, sociales y culturales, en tal sentido la Corte Constitucional desarrolló una serie de líneas jurisprudenciales que permitieron

definir con claridad, en qué casos sería protegido en sede tutela; en la actualidad, la sentencia T-760 de 2008 ha dado un viraje a esta situación y ha definido el derecho a la salud como un derecho fundamental, por encima de cualquier otra consideración. La situación actual pareciera indicar que la acción de tutela dejó de utilizarse como un mecanismo excepcional, para reclamar ante los jueces la vulneración del derecho a la salud, y se ha convertido en un trámite casi obligatorio para algunos usuarios de servicios de salud en Colombia.

Al realizar este análisis de la jurisprudencia desarrollada por la Corte Constitucional desde 1992 , se ve que muchos actores del sistema han hecho caso omiso de sus pronunciamientos o los han cumplido solo parcialmente, el legislativo no ha promulgado leyes que presenten una solución radical al problema, el Ministerio de Protección no ha endurecido las medidas que reglamentan el SGSSS y la Superintendencia Nacional de Salud ha tomado decisiones tendientes a resolver con prontitud las quejas de los usuarios, sin haber logrado poner freno a la problemática.

El aumento progresivo en el número de demandas, obedece a diversas razones, como el mayor conocimiento de sus derechos por parte de los pacientes, el acompañamiento de entidades especializadas como la Defensoría del Pueblo, y en algunas ocasiones a la asesoría que brindan a los usuarios los mismos trabajadores de las Entidades prestadoras de servicios de salud.

I EL DERECHO A LA SALUD

Mónica Arbeláez Rudas define los derechos sociales como: "...conjunto de normas mediante las cuales el Estado cumple con su función de equilibrar las desigualdades sociales, es decir, cumple su papel de Estado social..."¹, son a su vez derechos que le garantizan al ciudadano los beneficios propios de la vida en sociedad y ser cobijados por determinadas prestaciones de parte del Estado. Ellos incluyen el derecho a la alimentación, la vivienda digna, la educación, la seguridad social y la asistencia sanitaria básica. Procuran eliminar las desigualdades sociales, garantizando la prestación de asistencia a quien la necesite. Se define así mismo el derecho a la salud, como un derecho social prestacional, que garantiza a todos los ciudadanos, en el momento en que lo requiera, tener acceso a servicios que le garanticen el mínimo vital.

El 22 de Julio de 1946, en Nueva York, se adoptó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada por sesenta y un Estados, entre ellos Colombia, que definió los siguientes principios básicos del derecho a la salud:

-La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades.

-El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

¹ ARBELAEZ, Rudas, Mónica. El Derecho a la Salud en Colombia, ediciones Antropos Ltda., Bogotá, 2 006(372 Pág.) p.50.

- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y los Estados.
- Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud, son valiosos para todos.
- La desigualdad de los diferentes países en lo relativo al fomento de la salud y al control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles constituye un peligro común.
- El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.
- La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
- Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

La atención sanitaria básica abarca todos los niveles de atención del individuo, desde la consulta y entrega de medicamentos, pasando por procedimientos quirúrgicos y hospitalizaciones, hasta el cubrimiento de enfermedades de alto costo, incluyendo además actividades en el plano preventivo, en el cual se

encuentran las campañas, las actividades de salud pública y la investigación científica que promueve el desarrollo del nivel de conocimientos.

Como lo expresa Oscar Parra Vera, citando al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), de la ONU: *“...el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones que permiten a las personas llevar una vida sana. Estos factores contemplan la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.”*¹²

La Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948, artículo 25, definió en los siguientes términos el derecho a la salud: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”*

Según señala el Comité DESC ,de la ONU, es obligación del Estado, encargarse de la construcción de una infraestructura básica que garantice la prestación de los servicios de salud, que incluya puestos de salud, hospitales ,clínicas y otros centros relacionados, así como garantizar un mínimo de personal médico y paramédico contratado, que se encargue de la atención de los pacientes ,además del suministro de medicamentos suficientes y procedimientos diagnósticos apropiados para el correcto ejercicio de la actividad médica.

El derecho a la salud contempla así mismo una dimensión individual, relacionada con la asistencia sanitaria de cada individuo, y una dimensión colectiva que contiene elementos de carácter asistencial, elementos de promoción y prevención y las demás intervenciones con relación a la salud pública, como lo señala, Oscar Parra Vera.³

La Constitución política de 1886, que mantuvo vigencia por más de cien años y que pasó por setenta reformas, contempló por primera vez en Colombia el derecho a la salud, en su artículo 33, como un derecho de todo ciudadano y una obligación del Estado.

En Agosto de 1936, el Dr. Alfonso López Pumarejo, promovió el acto reformativo de la Constitución política, que contempla en su artículo 19: "*La asistencia pública es función del Estado .Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla a otras personas, están físicamente incapacitados para trabajar*". Más adelante, en su artículo 34, quedó consignado: "*Las autoridades de la República están instruidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra y bienes y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares*". A pesar de todas sus reformas, la Constitución política de 1886, mantuvo los rasgos del Estado social de derecho, basado en principios como la igualdad ante la ley, la protección de la propiedad privada, la descentralización del Estado, y la división de los tres poderes, a saber, el legislativo, el ejecutivo y el judicial, la fiscalización de la administración y la garantía y protección de los derechos civiles y políticos.

2 PARRA, Vera ,Oscar El Derecho a la salud Imprenta Nacional, Bogotá,2007(417pag) p38

3 Ibíd., p. 39.

Después de redactada en 1991, la nueva Constitución política, y con base en los artículos 48 y 49, que definen la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección del Estado, y que garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, el Congreso de la República promulgó en 1993, la ley 100, que regula el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ELEMENTOS ESENCIALES DEL DERECHO A LA SALUD

Tomando como referencia el diseño planteado por el investigador en derechos humanos, Oscar Parra Vera, en su libro: El Derecho a la Salud, publicado por la Defensoría del Pueblo de Colombia, existen cuatro elementos esenciales, el primero de ellos la disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios de salud, el segundo la accesibilidad a los servicios disponibles, un tercer elemento lo constituye la aceptabilidad por parte de los beneficiarios en ejercicio de su autonomía, y por último la calidad de los servicios ofrecidos. Estos cuatro elementos se hacen necesarios para entender la salud como servicio integral.

1.1 LA DISPONIBILIDAD DE LA SALUD

El Estado debe proveer, suficientes establecimientos de salud, desarrollando una amplia infraestructura que garantice la prestación del servicio.

1.1.1 Protección de la oferta pública. Incluye la protección de la red pública hospitalaria y del personal de la salud, así como los recursos del servicio público de salud.

- El Estado debe prestar un plan de salud pública (PSP), que es un plan mínimo de salud de carácter gratuito.
- El manejo de la planta de personal de la salud debe respetar los derechos de estos trabajadores.
- Las EPS-S, tienen función de intermediación, para el desarrollo de la prestación de servicios de salud del régimen subsidiado.
- Los aportes de los afiliados al SGSSS, son contribuciones parafiscales, con destinación específica en la prestación de servicios de salud.

1.1.2 Protección de la oferta privada. Algunas entidades de carácter privado, pueden prestar el servicio público de salud, por delegación del Estado, garantizándose las condiciones propias de la libertad de empresa y la libre competencia. Las EPS, pueden prestar directamente el servicio asistencial de salud por medio de sus IPS, hasta en un 30% de integración vertical, para dos fines constitucionalmente legítimos, como son el mejoramiento de la atención en salud y la democratización de los servicios médicos. Se garantiza a los usuarios la libre elección.

1.1.3 Disponibilidad de indicadores e información en salud. Deben diseñarse indicadores de logros y bases de referencia, para hacer el seguimiento que garantice el Derecho a la Salud a todos los ciudadanos.

1.1.4 Disponibilidad de factores determinantes del derecho a la salud pública. La salud pública involucra elementos que van más allá de la atención médica, entre ellos actividades relacionadas con la conservación del medio ambiente, condiciones sanitarias adecuadas, nutrición sana, y acceso a la

información y educación sobre cuestiones relacionadas con la salud, y la participación de la población en la toma de decisiones sobre salud comunitaria.

1.1.5 Disponibilidad de los servicios y atención individual en salud. La atención sanitaria debe incluir los procedimientos de diagnóstico, las actividades, procedimientos e intervenciones que hagan parte del tratamiento, la realización de procedimientos de rehabilitación y recuperación de la salud, así como la atención inicial de urgencias.

1.1.6 Disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva. El hombre y la mujer tienen derecho de obtener información y acceso a métodos seguros de planificación familiar, y atención en salud que disminuya los riesgos del embarazo y el parto.

Incluye la atención de enfermedades de transmisión sexual, manejo del aborto como problema de salud pública, tratamiento contra la infertilidad y suministro de anticoncepción de calidad.

1.2 EL ACCESO A LA SALUD

El Estado debe garantizar a todos los habitantes, el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud, consagrado en los artículos 49,50 y 64 de la Constitución política de 1991.

1.2.1 Acceso al SGSSS a través del régimen contributivo. A este régimen se accede a través de una afiliación a una Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo (EPS-C), a la cual se hará una cotización mensual, de acuerdo al nivel de ingresos. Dicha afiliación le da al usuario el derecho a ser beneficiario del Plan Obligatorio de Salud para este régimen (POS-C).

A él pueden acceder las personas que tienen un empleo, los trabajadores del servicio doméstico, las madres comunitarias y su núcleo familiar, los empleadores, los trabajadores independientes, los jubilados o pensionados, y los servidores públicos, todos ellos con sus beneficiarios.

1.2.2 Acceso al SGSSS a través del régimen subsidiado. A él se accede a través de un Subsidio Parcial o Total, o como población vinculada, con recursos fiscales o de solidaridad. Pueden acceder todas las personas sin capacidad de pago, favoreciéndose el ingreso de la población de escasos recursos y en una situación de vulnerabilidad.

En este régimen, la atención médica se recibe a través de las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado (EPS-S), las cuales están obligadas a suministrar los beneficios del Plan Obligatorio de Salud subsidiado (POS-S). Cuando un servicio se encuentra fuera de este plan, la atención la deben prestar los hospitales públicos o privados que tengan contrato con el Estado, y el pago de la atención lo harán los entes territoriales.

Para acceder a este régimen, los usuarios deben estar clasificados en los niveles I y II del SISBEN, clasificación que se logra respondiendo una encuesta que permite obtener información socioeconómica acerca de los sectores más vulnerables de la población.

- La clasificación en el SISBEN debe realizarse conforme a datos reales, y cuando sea necesario debe aplicarse una nueva encuesta que permita actualizar la información.
- Para no vulnerar el derecho de Habeas data, cuando sea necesario se repetirá la encuesta, para incorporar un nuevo beneficiario, si sus condiciones socioeconómicas han cambiado.
- Las autoridades encargadas del SISBEN, están obligadas a informar a sus beneficiarios los cambios que se presenten en la clasificación en categorías.
- En situaciones de urgencia, los trámites administrativos para acceder a los servicios médicos del régimen subsidiado deben ser agilizados.
- Los departamentos, deben garantizar la atención de la población vinculada que no está afiliada a ninguno de los dos regímenes.

1.3 LA ACEPTABILIDAD DE LA SALUD

La aceptabilidad de la salud, conlleva que ante varias posibilidades de atención en salud, el paciente pueda decidirse por una para el manejo de su condición médica, así mismo los establecimientos deben ser respetuosos de la características culturales, sociales y de género de los pacientes.

1.3.1 Derecho a la confidencialidad de la historia clínica. El secreto profesional debe garantizar que solo el médico tratante y el paciente, conozcan datos de su historia clínica. Cuando se accede a información contenida en bases de datos, se debe realizar bajo el principio de responsabilidad compartida.

1.3.2 Autonomía del paciente. El paciente tiene derecho a manejar de forma autónoma su salud, y el profesional médico debe solicitar su consentimiento para realizar cualquier procedimiento. Está incluido el derecho de los enfermos, a rehusar cualquier procedimiento que prolongue su vida, y optar por una muerte digna, mediante consentimiento informado.

1.3.3 Los enfermos mentales. La salud mental tiene una dimensión preventiva, que abarca a la población general y una dimensión asistencial, relacionada con el tratamiento de la enfermedad propiamente dicha. La autorización para el tratamiento, corre por cuenta de los familiares del enfermo.

1.3.4 Experimentos científicos. Toda persona tiene derecho de proteger su cuerpo contra experimentos médicos, científicos y de investigación sin su consentimiento. La investigación sobre el genoma humano también debe contar con la autorización del paciente.

1.3.5 Salud reproductiva. Todas las personas tienen derecho de escoger libremente el método de planificación familiar, estar libre de interferencias en sus decisiones reproductivas, y recibir educación sexual respetando sus convicciones religiosas e ideológicas.

1.3.6 Comunidades indígenas. Los miembros de comunidades indígenas pueden decidirse por opciones de tratamiento derivadas de sus prácticas ancestrales.

1.3.7 Credo religioso. Los impedimentos religiosos deben tenerse en cuenta, a la hora de aplicar un tratamiento a un paciente.

1.4 LA CALIDAD DE LA SALUD

Los siguientes lineamientos deben observarse a la hora de ofrecer un servicio médico de calidad.

1.4.1 Personal de la salud. Los servicios de salud deben ser prestados por personal idóneo y capacitado, la Constitución política de 1991, artículo 26, habla de la inspección y vigilancia que puede ejercer el Estado respecto del ejercicio de las profesiones. Igualmente la ley 14 de 1962, artículo 2, prohíbe el ejercicio de la medicina por parte de los llamados “médicos empíricos”. Se debe garantizar al personal de la salud, condiciones justas de salario, contrato y ambiente seguro de trabajo.

1.4.2 Eficacia del servicio prestado. La atención en salud deberá prestarse en condiciones adecuadas de calidad y eficiencia, evitando que por negligencia se dilate injustificadamente la prestación del servicio. Cuando existan conflictos económicos entre EPS e IPS, estos deberán dirimirse de manera que no afecte a los pacientes.

Ningún paciente podrá ser retenido por una institución de salud por el no pago de la cuenta, deberán buscarse mecanismos de pago diferido.

El Estado debe aplicar mecanismos de reglamentación, de las condiciones técnicas de funcionamiento de los diferentes centros de atención de los pacientes.

1.4.3 Los medicamentos. Los pacientes tienen derecho al suministro de medicamentos esenciales y al control de calidad de los mismos por parte de los entes competentes (INVIMA), incluso de medicamentos excluidos del POS, cuando no exista un reemplazo de similar idoneidad y efectividad.

1.4.4 Atención integral. La atención médica debe ser oportuna e integral, evitando que se agrave la condición del paciente. El servicio médico debe ser prestado atendiendo el principio de buena fe.

La demora irrazonable en la atención médica, de una enfermedad, constituye una violación Al Derecho a la Salud que en conexidad con el Derecho a la Vida, adquiere el carácter de Derecho Fundamental.

1.4.5 Calidad de la atención médica. La finalidad de la atención sanitaria debe ser, garantizar al paciente una vida digna, brindándole servicios integrales que involucren su bienestar físico y mental, en condiciones seguras. Los servicios prestados deben procurar la curación de la enfermedad y en todo caso aliviar las condiciones producidas por la misma.

Se debe hacer lo posible para evitar las secuelas y superar o mejorar las limitaciones físicas. En caso de enfermedad mental, el paciente debe ser atendido integralmente y no solo en la fase crítica de la misma.

Las cirugías estéticas que tengan como fin, la reducción del dolor corporal o el restablecimiento de la integridad física del paciente, deberán ser realizadas así estén excluidas del POS.

II EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

2.1 GENERALIDADES

En 1993, para dar cumplimiento a los artículos 48,49 y 50 de la Constitución política de 1991, el Congreso de la República promulgó la ley 100 que creó el Sistema General de Seguridad Social. En el preámbulo definió en los siguientes términos la Seguridad Social Integral: *“La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.”* Define así mismo que la Seguridad Social como servicio público, se prestará bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

El libro II en los artículos 152 al 258 de dicha ley, reglamentó el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fijando las normas administrativas, financieras y de control que lo rigen, y determinando los fundamentos de su dirección, organización y funcionamiento. Es un sistema de carácter mixto-contributivo y subsidiado-, de naturaleza solidaria debido a que las personas con más ingresos ayudan a financiar el subsidio de la población con menos recursos, cuyas EPS e IPS tienen naturaleza pública, privada o mixta y que por la misma complejidad de su diseño, no pudo alcanzar la meta de cobertura universal que se propuso inicialmente para el año 2001.

En este libro, se encuentran los lineamientos generales como los tipos de afiliados al sistema, dependiendo de su capacidad de pago, están los que pagan mensualmente una cotización en el régimen contributivo y aquellos que acceden al sistema a través de un subsidio total o parcial en el régimen subsidiado. La atención en salud en el régimen contributivo se logra a través de una afiliación a una Entidad Promotora de Salud (EPS-C), y en el régimen subsidiado las Entidades Territoriales celebran convenios con EPS-S (EPS del régimen subsidiado), para la prestación de los servicios de salud.

El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) como órgano articulador de los dos sistemas, se encarga de administrar el recaudo de las cotizaciones al Sistema, garantizando la compensación entre personas de distintos ingresos, y la solidaridad del SGSSS, cubriendo además los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y manejando lo relacionado con la Unidad de pago por Capitación (UPC). Esta UPC, es el monto mensual que se le gira a cada entidad promotora de salud, por cada afiliado y por cada beneficiario, que en la actualidad la fija periódicamente la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS-C), tienen a cargo la afiliación de los usuarios del régimen contributivo, y están obligadas a suministrar la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS-C) a todos sus afiliados que se encuentren cotizando al Sistema. La prestación de los servicios la pueden hacer con su red propia de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), hasta en un 30% del valor del gasto en salud, y el resto con otras IPS, para evitar el abuso de posición dominante y los conflictos de interés dentro de los actores del Sistema. Los usuarios tienen libertad de escogencia de EPS y de IPS.

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S), se encargan de la atención en salud de los usuarios del régimen subsidiado, para lo cual contratan como mínimo el 60% del gasto con Empresas Sociales del Estado

(ESE), y garantizan a sus usuarios los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado (POS-s)

Las EPS de ambos regímenes, pueden contratar la prestación de servicios de salud con las IPS Públicas y Privadas (si son propias hasta en un 30%) , bajo cuatro modalidades, por capitación cuando se asigna un costo global por persona por año, por evento cuando se establece un pago fijo que cubre la atención por casos presentados hasta el límite del valor fijado en el contrato para casos o enfermedades específicas, por pago global prospectivo cuando se conviene un pago total fijado con anticipación para cubrir un periodo determinado y finalmente por grupo diagnóstico, cuando se remunera la totalidad del servicio que se diagnóstica y se recibe, es la modalidad utilizada para remunerar especialistas, también llamado pago por servicio prestado.

El Plan Obligatorio de Salud Del Régimen Contributivo POS-C y el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado POS-S, define las actividades, procedimientos e intervenciones que cubre cada uno de los dos regímenes, es actualizado periódicamente por la CRES, y cubre menos beneficios en el régimen subsidiado. El régimen contributivo tiene una cobertura familiar, es decir los cotizantes, cónyuges o compañeros permanentes, los hijos menores de 18 años, los hijos menores de 25 años que se encuentren estudiando o que sean discapacitados y a falta de cónyuge e hijos, los padres del afiliado. El POS-S incluye servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del régimen contributivo. Los servicios de segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan. La Superintendencia Nacional de Salud es la encargada de vigilar la prestación de los servicios del POS, por parte de las EPS.

El Sistema de Inspección ,Vigilancia y Control del SGSSS, es un conjunto de normas, agentes y procesos ,en cabeza de la Superintendencia Nacional de

Salud, que se encarga de vigilar la administración de los recursos del sector, el cumplimiento de los derechos de los usuarios, la prestación de los servicios de atención en salud pública, promocionar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario, cuando sea necesario adelantar procesos de intervención administrativa forzosa de EPS e IPS, controlar la producción de datos, y vigilar el proceso de asignación de subsidios.

La ley 100 de 1993 reglamentó el pago de cuotas moderadoras y copagos, siendo la cuota moderadora el dinero que pagan los afiliados cotizantes y beneficiarios cada vez que hagan uso de un servicio en la EPS, que tiene por objeto racionalizar el uso de los servicios y estimular su buen uso; el copago son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema de salud. Esto se presenta cuando al beneficiario le ordenan un procedimiento quirúrgico o un tratamiento de alto costo y debe ayudar a pagarlo a través del Copago, y cuando el cotizante se encuentra en periodo de carencia que en la actualidad es de 26 semanas.

A continuación se presenta un modelo general de la organización del SGSSS, basado en el que desarrolla el Dr. Gerardo Arenas Monsalve⁴, en su libro El derecho colombiano de la seguridad social, cuarta parte, capítulos 20 al 27.

2.2 EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Los recursos de este régimen, lo constituyen los aportes de los usuarios administrados por el FOSYGA y el pago por concepto de cuotas moderadoras, y de copagos.

⁴ Arenas, Monsalve, Gerardo. El Derecho colombiano de la seguridad social, Editorial Legis SA, 2007, Bogotá, 757 Pág.

2.2.1 Los afiliados. A este régimen pertenece la población económicamente activa del país, asalariados tanto del sector público como del privado, los pensionados y los trabajadores independientes, y los miembros de su núcleo familiar. En el caso de los empleados, la cotización se realiza por nómina, mes vencido, en tanto que los independientes cotizan cada mes de servicio por adelantado.

2.2.2 Afiliación al régimen contributivo. Se realiza mediante la escogencia de la EPS-C a la cual se realizará el aporte mensual y sin exámenes de ingreso. A él se afilian todas las personas del territorio nacional con capacidad de pago, empleados, pensionados y trabajadores independientes.

Existen dos modalidades de afiliación: la individual y la colectiva. La individual es la que cubre una persona o un afiliado y su grupo familiar, y la colectiva se realiza a través de agremiaciones o asociaciones según el decreto 806/98, y solo procede respecto de trabajadores independientes.

La escogencia de EPS-C es libre, a cada afiliado se le debe expedir un carné, ningún usuario puede pertenecer a más de una EPS-C al mismo tiempo, ni puede haber afiliación simultánea al régimen contributivo y al subsidiado.

La cobertura del POS para los trabajadores independientes se da desde el primer día de la afiliación en todos los servicios que no requieran semanas mínimas de cotización, mientras que en el caso de empleados durante los primeros treinta días hábiles solo le cubre la atención de urgencias, actividades de Promoción y Prevención y atención integral a la materna y al recién nacido. Pasado el primer mes, se cubren todos los servicios de salud contemplados por el POS-C, que no requieran semanas mínimas de cotización

2.2.3 Pago de cotizaciones. Las EPS-C pueden exigir periodos mínimos de cotización para acceder a algunos servicios de alto costo, según la ley 1122/2007, esta no podrá ser superior a 26 semanas. De acuerdo a la circular 20 de 2007, del Ministerio de la Protección Social, si el afiliado necesita una intervención de este tipo durante este periodo de carencia, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje de semanas de cotización que le falten para completar los periodos mínimos. Este periodo de carencia rige para el tratamiento de enfermedades consideradas como de alto costo o ruinosas y para las que requieren tratamientos quirúrgicos que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos MAPIPOS, como del grupo ocho (8) o superiores.

Para quienes no cumplen con las 26 semanas que la nueva ley fija como requisito para periodos mínimos de cotización, se sigue aplicando lo dispuesto en el párrafo del artículo 61 del Decreto 806 de 1998 que señala:

“Párrafo. Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.

Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiarios, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes”.

Los afiliados pueden perder la antigüedad acumulada en el sistema, cuando realicen fraudes en la afiliación, por ejemplo afiliar a un beneficiario con capacidad de pago, que debe ser cotizante.

Para acceder a una incapacidad por enfermedad, el trabajador debió cotizar como mínimo 4 semanas. Cuando se trata de licencia de maternidad debe haberse cotizado al menos durante todo el tiempo de gestación. Igualmente los trabajadores independientes tienen derecho a solicitar el pago de incapacidades por enfermedad y maternidad si se encuentran al día en sus cotizaciones.

A partir del 1º de Enero /2007, el monto de la cotización será del 12.5% del ingreso base, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo legal vigente. De este monto al empleador le corresponde el 8.5% y al empleado el otro 4%. Los trabajadores que devengan ingresos superiores a 4 salarios mínimos legales vigentes, deben realizar un aporte de un 1.5% adicional mensual, el cual será trasladado a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, para contribuir al financiamiento del régimen subsidiado. Cuando el trabajador tiene más de un empleador, la cotización se hará sobre la totalidad de los ingresos. Para los trabajadores independientes la base de cotización se determina sobre los ingresos que calcula la EPS-C, de acuerdo con el sistema de presunción de ingresos, que fija la Superintendencia Nacional de Salud.

Los empleados del servicio doméstico no pueden cotizar por un salario inferior al mínimo.

2.2.4 Traslado de EPS-C. Según la ley 1122/2007, la permanencia mínima en una EPS-C antes de solicitar el traslado será de un año, y según el decreto 806/1998, este periodo no será tenido en cuenta cuando se presenten casos de deficiente prestación de servicios. El trabajador debe solicitar con 30 días hábiles de anticipación, su solicitud a la nueva EPS-C, con copia al empleador.

2.2.5 Responsabilidad del empleador. Cuando existen retrasos en el pago de los aportes o la entrega de los formularios a la EPS-C, el empleador es responsable por la atención en salud que requieran sus empleados, además corre con el pago total de las incapacidades por enfermedad general o licencias de maternidad que se presenten.

2.2.6 Trabajadores independientes. Estos trabajadores deben presentar una declaración anual, informando a la EPS, de manera anticipada los ingresos base de cotización para liquidar sus aportes, de todas maneras estará ajustado al régimen de presunción de ingresos. Al comienzo se fijó la norma de que la cotización no podía hacerse por menos de 12% de dos salarios mínimos, pero la misma fue anulada por el Consejo de Estado, en este momento los aportes deben hacerse con base en los ingresos reales, que no pueden ser inferiores al salario mínimo.

Los contratistas de prestación de servicios, cotizarán sobre una base de cotización máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato. Durante los periodos de incapacidad o licencia de maternidad, deberán cotizar la totalidad de los aportes.

2.3 EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Conjunto de normas que rigen la vinculación de la población más pobre de las áreas rural y urbana al sistema, a través de una cotización subsidiada total o parcialmente, con recursos fiscales y de solidaridad. La escogencia de los afiliados

se realiza utilizando un proceso de focalización, mediante la aplicación de la encuesta SISBEN:” sistema de identificación de beneficiarios de subsidios”

La ley 1122/2007, fijó una meta de cobertura universal del sistema de salud, para los niveles I, II, Y III del SISBEN, para el año 2010.

Los recursos de este régimen provienen básicamente de el Sistema General de Participaciones en salud-SGP.S-, las ganancias de los entes territoriales provenientes de el monopolio de juegos de azar, 25% del monto total de las rentas cedidas destinadas a la salud, aportes del FOSYGA, y otros como rendimientos financieros de las cuentas del régimen y los aportes de gremios y asociaciones.

2.3.1 Selección de afiliados. Son criterios de selección que se trate de personas pobres y vulnerables en los niveles I y II del SISBEN, en cuyo caso son beneficiarios de subsidios totales, siendo así mismo los usuarios los niveles I exentos de copagos y cuotas moderadoras y que no se encuentren afiliados al régimen contributivo. Las personas clasificadas en el nivel III del SISBEN, permanecerán en el sistema como “vinculados”, siendo beneficiarios de subsidios parciales.

La atención de la población pobre no cubierta por subsidios a la demanda, será contratada por las entidades territoriales con empresas sociales del estado (ESE), con la capacidad resolutive para los servicios requeridos

2.3.2 Administración de los recursos. Las direcciones territoriales – alcaldías y gobernación- suscriben contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado EPS-S y ellas prestan directa o indirectamente, los servicios contenidos en el POS-S. Igualmente las cajas de compensación familiar quedaron facultadas para administrar el régimen subsidiado, cumpliendo previamente ante la Súper Salud con lo establecido en los

estándares de habilitación para Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado; destinando para esa finalidad entre el 5% y el 10%, de lo recaudado como subsidio familiar.

2.3.3 EPS del régimen subsidiado. Ellas están obligadas a contratar un 60% del gasto en salud, con las empresas sociales del estado (ESE) que se encuentran habilitadas en el municipio donde resida el usuario. Estas EPS-S reciben el valor total de la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado, y deben ofrecer a los usuarios todos los servicios del POS-S, incluidas las actividades de promoción y prevención.

2.3.4 Plan de beneficios del POS-S. Compete a la Comisión de Regulación en Salud (CRES), regular el contenido del plan de beneficios del régimen subsidiado, actualizándolo anualmente, con tendencia hacia la unificación del contenido de los dos planes. En general se trata de un plan con menores beneficios respecto del POS-C, y al menos en lo que respecta a los niños, a partir de la sentencia T-760/2008, deben unificarse los dos planes por ser ellos objeto de especial protección, en la actualidad en discusión a pesar de la orden de la Corte Constitucional.

2.3.5 Copagos en el régimen subsidiado. El nivel I del SISBEN se encuentra exento de pago de cuotas moderadoras y copagos, en tanto que el nivel II debe cancelar un valor máximo del 10% del valor de la cuenta, con un máximo anual de un salario mínimo mensual.

No requieren copago los servicios de promoción y prevención, atención materno infantil, atención de enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas, atención inicial de urgencias, consulta externa, tratamientos ambulatorios, laboratorio clínico y rayos X.

2.4 ORGANISMOS INTEGRANTES DEL SISTEMA DE SALUD

2.4.1 El Ministerio de la Protección Social. Se creó por mandato de la ley 790/2002, que dispuso fusionar el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud para conformar el Ministerio de la Protección Social. Constituye el órgano rector del Sistema y le corresponde la dirección del sector salud, y del Sistema de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional.

Tiene un Viceministerio de Salud y Bienestar, conformado por la Dirección General de Promoción Social, Dirección General de Salud Pública, la Dirección General de Riesgos Profesionales, y la Dirección General de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud.

2.4.2 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Comisión de Regulación en Salud (CRES). El CNSSS inicialmente fue el organismo de concertación entre los diferentes integrantes del sistema, pero después de la entrada en vigencia de la ley 1122/2007, sus funciones fueron asumidas por la CRES, y el CNSSS se convirtió en un órgano asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la CRES.

La CRES , tiene como funciones definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud en los Regímenes Subsidiado y Contributivo , revisar una vez al año el listado de medicamentos esenciales y genéricos, definir el valor de la UPC, definir el valor de los subsidios, establecer los criterios para el pago de cuotas moderadoras, revisar el manual de tarifas mínimas, presentar informe anual al Congreso sobre la evolución del SGSSS, definir el régimen para el pago de incapacidades, y recomendar proyectos de ley y decretos relacionados con el sector salud.

2.4.3 La Superintendencia Nacional de Salud. La ley 1122/2007, reestructuró el sistema de inspección, vigilancia y control del sistema de salud, disponiendo que la cabeza del mismo será la Superintendencia Nacional de Salud.

Son funciones suyas, vigilar el financiamiento de los recursos del sector salud, vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación, verificar que los servicios de salud se presten con calidad, garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios y de los mecanismos de participación ciudadana, adelantar procesos de intervención administrativa forzosa cuando las circunstancias lo requieran, garantizar que los actores del sistema produzcan los datos relacionados con su gestión de manera oportuna, y vigilar los mecanismos de focalización de subsidios.

2.4.4 El Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA. Reglamentado por la ley 100, tiene como objetivo garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del sistema, y cubrir los accidentes catastróficos y los accidentes de tránsito. Es una cuenta sin personería jurídica ni planta de personal propio, adscrito al Ministerio de la Protección Social, que se maneja por encargo fiduciario.

Tiene cuatro subcuentas a saber:

- **Subcuenta de compensación interna del régimen contributivo.** A partir de los ingresos de los cotizantes, se financia el régimen contributivo a través de una unidad de pago por capitación UPC, que se gira a la EPS respectiva, mensualmente y por cada afiliado al Sistema.
- **Subcuenta de solidaridad.** Esta cuenta contribuye a la cofinanciación del régimen subsidiado, con un 1.5% de los aportes del régimen contributivo y los aportes del presupuesto nacional definidos en la ley.

- **Subcuenta de promoción de la salud.** Financia las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad.
- **Subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.** Financia los servicios médico-quirúrgicos e indemnizaciones, en los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, acciones terroristas y catástrofes naturales.

2.4.5 Entidades Promotoras de Salud EPS. Tienen como función la prestación de servicios de salud directamente o a través de contratos suscritos con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS.

Son responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y la revisión periódica del recaudo de las cotizaciones, que el usuario realiza mensualmente a través de entidades financieras. Deben garantizar que todos los afiliados y sus familias puedan acceder a los beneficios del POS, así como la libre escogencia de EPS e IPS.

2.4.6 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Son Entidades oficiales, privadas, mixtas, o comunitarias, organizadas para la prestación de servicios de salud en los diferentes niveles de atención, que atienden a los pacientes afiliados al SGSSS, mediante contratos suscritos entre EPS e IPS. Deben tener plena autonomía administrativa, técnica y financiera.

2.4.7 Empresas Sociales del Estado ESE. Constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley, para la prestación de servicios de salud y podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud.

2.4.8 Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA.

Se encarga de la ejecución de políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos y bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico quirúrgicos, que tengan impacto en la salud individual y colectiva.

2.4.9 Instituto Nacional de Salud. Le corresponde orientar la investigación científica en salud y prestar el servicio de laboratorio de referencia nacional. Además se encarga de coordinar técnicamente la red nacional de laboratorios de salud pública, y elaborar productos biológicos, químicos, biotecnológicos y reactivos de diagnóstico médico.

2.4.10 Entes territoriales: Departamentos, Distritos y Municipios. Dentro del SGSSS, les corresponde dirigir y organizar los servicios de salud pública y la oferta de servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda.

Tienen funciones de dirección del sector salud en el ámbito correspondiente, administración del régimen subsidiado, y garantizar la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Además están encargadas de ejecutar el plan de salud pública departamental y del aseguramiento de la población.

2.5 LOS PLANES DE ATENCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El decreto 806/1998 estableció cinco planes de beneficios dentro del SGSSS.

2.5.1 El plan de salud pública (PSP). La ley 100 lo definió en su artículo 165, el PAB como aquellas intervenciones que se dirigen a la colectividad, como el fomento de la salud, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y el control de parásitos, la planificación familiar y la prevención de enfermedades como el sida, la tuberculosis y la lepra.

Es un plan de carácter obligatorio, gratuito, financiado con recursos fiscales y los provenientes de entes territoriales. Su ejecución puede ser contratada con EPS, IPS o Cajas de Compensación.

2.5.2 El Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo. El POS-C, Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo, es el conjunto básico de servicios de salud que las Entidades Promotoras de Salud (EPS-C), deben prestar a sus afiliados cotizantes y beneficiarios, siempre y cuando estos cumplan las obligaciones establecidas para tal efecto. En el caso de ser afiliado cotizante tiene además derecho a prestaciones económicas por licencias en caso de enfermedad o de maternidad.

2.5.3 Plan obligatorio de salud del régimen subsidiado. El POS-S, Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado, es el conjunto básico de servicios de salud que las Entidades Promotoras de Salud de dicho régimen (EPS-S), deben prestar a sus afiliados, siempre y cuando estos cumplan las obligaciones establecidas para tal efecto.

2.5.4 Atención de accidentes de tránsito y eventos catastróficos. Se garantiza la atención en salud a las víctimas de los eventos catastróficos y accidentes de tránsito y el pago de indemnizaciones. Los accidentes de tránsito se cubren con cargo a la aseguradora del vehículo (SOAT), o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del FOSYGA, esta última cuenta es la que cubre la atención de las víctimas de eventos catastróficos. Los afectados

por estos eventos tienen derecho a los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente, indemnización por muerte y otros reconocimientos como el traslado al centro asistencial y reconocimiento de gastos funerarios.

2.5.5 Atención inicial de urgencias. Son todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar una impresión diagnóstica y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención de la entidad que realiza la atención.

La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas, independientemente de su capacidad socioeconómica. (Artículo 2 Ley 10 de 1990, Artículo 2 Decreto 412 de 1992 y Artículo 168 Ley 100 de 1993) y del régimen al cual se encuentre afiliado. No se requiere convenio o autorización previa de la Entidad Promotora de Salud respectiva o de cualquier otra entidad responsable o remisión de profesional médico, o pago de cuotas moderadoras. (Artículo 168 Ley 100 de 1993, Artículo 10 Resolución 5261 de 1994 Minsalud). Esta atención, no podrá estar condicionada por garantía alguna de pago posterior, ni afiliación previa al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La entidad que haya prestado la atención inicial de urgencias tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que lo dé de alta si no ha sido objeto de remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora. Esta responsabilidad está enmarcada por los servicios que preste, el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud. Si la entidad que recibe en primera instancia al paciente, no cuenta con la capacidad técnica científica para atenderlo, y debe remitirlo, la entidad receptora

también está obligada a prestar la atención inicial de urgencias hasta alcanzar la estabilización del paciente en sus signos vitales.

III LA ACCIÓN DE TUTELA

<.....Para que los colombianos se conviertan en guardianes de la libertad, de la justicia y de la igualdad, es necesario que dispongan de un procedimiento efectivo para acceder fácilmente a los jueces.>

Exposición de motivos al decreto 2591/91

3.1 HISTORIA

La Constitución política de 1886, solo definió el *habeas corpus* como mecanismo para hacer efectivos los derechos civiles y las garantías sociales de todos los colombianos, como lo expresa Barreto: *“La presencia de los derechos humanos en esa carta, en la práctica era apenas una formalidad. Los derechos tenían valor si eran reconocidos en leyes, pero la nueva Carta produce una trascendental modificación: las leyes tienen valor siempre que se respeten los derechos fundamentales.”*⁵

Durante la redacción de la nueva Constitución política, que tuvo su origen en el Poder Constituyente y en su actuación con la votación de la “Séptima Papeleta”, y que llevó al Gobierno Nacional a convocar una Asamblea Nacional Constituyente, mediante decreto 1926 de 1990, se presentaron varias ponencias en el sentido de que debía otorgarse a los ciudadanos un mecanismo de defensa ágil y eficiente de sus derechos fundamentales, pues de nada serviría redactarlos si no se contaba con esta herramienta, y se definió que el mismo solo procedería en ausencia de otros mecanismos adecuados de defensa y con la finalidad de otorgar protección

⁵ BARRETO, Rodríguez, José Vicente, Acción de tutela: teoría y práctica, Editorial Legis, Bogotá, 524 Pág. P.42

oportuna y eficaz a estos derechos. Se encargó a la Subcomisión tercera, de la Comisión Primera de la Asamblea Constituyente, estudiar las diferentes ponencias relacionadas con la defensa de los derechos fundamentales por parte de los ciudadanos, y después de varios análisis y debates se definió que tal figura se llamaría: Acción de Tutela, dejando claro que todo caso de fallo de los jueces de tutela, debía remitirse a la Corte Constitucional, para su eventual revisión.

Esta acción quedó consagrada en el artículo 86 de la Constitución política, en los siguientes términos:” *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 éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública.*

La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

En ningún caso podrán transcurrir más de diez días hábiles entre la solicitud de tutela y su resolución.

La ley establecerá los casos en los que la acción de tutela procede contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta

afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión. “

Correspondió al Dr. César Gaviria Trujillo, reglamentar el artículo 86 de la Carta Política, debido a las facultades extraordinarias que le concedió el artículo 5º transitorio de la nueva Constitución política, en tal sentido se promulgó el decreto ley 2591 de Noviembre 19 de 1991, que debió pasar por la aprobación de la comisión especial que se conoció como Congreso. Más tarde, el 19 de Febrero de 1992, se expidió el decreto 306/92, como decreto reglamentario del 2591/91.

3.2 GENERALIDADES

La entrada en vigencia de la Acción de Tutela en el escenario jurídico nacional, introdujo un gran cambio, pues los derechos fundamentales constitucionales se convirtieron en normas de obligatorio cumplimiento, para todos los colombianos, que serán directamente aplicables por los jueces con varios objetivos: *“hacer efectivo el derecho a reclamar, corregir fallas de la autoridad y abusos de los particulares en materia de derechos fundamentales, y complementar la arquitectura jurídica, el sistema de acciones, procedimientos y recursos del ordenamiento, tendientes al respeto y cumplimiento de un orden justo del Estado Social de Derecho como el nuestro, incluso durante los estados de excepción”*⁶

Así mismo, la responsabilidad que recayó sobre los hombros de la Rama Judicial, ha obligado a los jueces a ser árbitros imparciales en controversias de toda índole. Como lo expresa Olano, *“...la Acción de Tutela es un instrumento jurídico confiado por la Constitución política a los Jueces, cuya justificación y propósito consiste en brindar a la persona la posibilidad de acudir sin mayores requerimientos de índole formal y en la certeza de que obtendrán oportuna resolución, a la Protección*

⁶ Ibíd. p. 140

directa e inmediata del Estado, consistente en garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución política.” ⁷

3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA PROTECCIÓN OFRECIDA

- El afectado encuentra una solución rápida a su solicitud, pues se estipuló un plazo máximo de diez días hábiles entre la presentación de la tutela y su resolución, y se dio un plazo perentorio de cuarenta y ocho horas para el cumplimiento de lo resuelto. Se dispuso además que en caso de impugnación el juez de primera instancia dispone de dos días hábiles para el traslado al superior jerárquico inmediato, y el de segunda instancia cuenta con un plazo máximo de veinte días hábiles para su pronunciamiento.

- Al conceder el fallo de tutela, se está garantizando al agraviado el pleno goce de su derecho y volver al estado anterior a la violación, cuando fuere posible. Si se trata solo de una amenaza se ordena su inmediata cesación.
- En el momento en que el juez conoce el caso podrá tomar las medidas provisionales que considere necesarias, para suspender el hecho concreto que vulnera el derecho del afectado.
- El juez está autorizado para tutelar el derecho de forma inmediata, prescindiendo de consideraciones formales y sin averiguación previa, basando su fallo solo en la prueba aportada con la solicitud.
- El juez notifica a la autoridad violadora, para que en ningún caso vuelva a incurrir en las acciones u omisiones que dieron mérito para conceder la tutela, cuando el acto impugnado ya se hubiera consumado.

⁷ OLANO , Correa, Hernán, Acción de Tutela, Ediciones Doctrina y Ley, Bogotá, 1995,327 Pág., p.10

- El juez podrá ordenar en abstracto la indemnización del daño emergente, así como el pago de las costas del proceso, para lo cual dentro de los siguientes seis meses se realizará el trámite ante la jurisdicción de lo Contencioso Administrativo o ante el juez competente.
- Cuando se niega al peticionario la tutela, el juez deberá instruir al solicitante acerca del procedimiento idóneo para proteger su derecho violado o amenazado.
- La autoridad responsable del agravio, tiene un plazo de cuarenta y ocho horas para cumplir lo dispuesto en la sentencia, en caso contrario el juez puede aplicar sanciones por desacato al directo responsable y a su superior.
- En cuanto al desacato de la orden, el funcionario involucrado recibirá una sanción de arresto de hasta seis meses y multa de hasta veinte salarios mínimos mensuales vigentes. Esta sanción será impuesta por el mismo juez y consultada al superior jerárquico, en caso de que repita la acción u omisión que motivó la tutela, el funcionario responsable incurrirá en la responsabilidad penal a que hubiere lugar.
- El juez que incumpla las funciones que le son propias, incurrirá en prevaricato por omisión, sancionado como delito contra la administración pública.
- A la persona que por si mismo o mediante apoderado, presente la misma acción de tutela ante varios jueces o tribunales, se le negarán todas las solicitudes así sus argumentos sean válidos, y su abogado será sancionado al menos por dos años , en caso de que reincida se le cancelará la tarjeta profesional.

3.4 CAUSALES DE IMPROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA

Como lo señala Arenas Salazar, *“Para que la acción de Tutela no se degenera, para que no se convierta en un proceso parásito de los demás procesos del sistema jurídico ordinario, para que no se constituya en un nuevo factor de congestión judicial, es preciso ser muy enfático en la comprensión estricta de este precepto que estrictamente declara que la Tutela no procede cuando existan otros recursos o medios de defensa judiciales”*.⁸ La acción de tutela no es simultánea con los procesos comunes, por lo tanto no es una acción paralela, como tampoco es adicional o complementaria, ni acumulativa o alternativa, por definición es una acción extraordinaria, subsidiaria y condicionada. Esta acción no procede en los siguientes casos:

- Cuando existan otros medios de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. Aunque como lo señala Arenas Salazar, *“siempre se podrá predicar la existencia de otros recursos y medios de defensa judiciales, pero que habrá situaciones específicas y concretas en las cuales esos otros recursos o medios de defensa, serán muy precarios, hasta el punto en que virtualmente se pueden considerar inexistentes”*

⁹

- Si para proteger el derecho se puede invocar el recurso de *habeas corpus*.
- Cuando se pretenda proteger derechos colectivos, tales como la paz, el espacio, la seguridad y la salud pública, en cuyo caso se deben instaurar acciones populares, como ordena el artículo 88 de la Constitución política. Aunque un grupo de personas pueden presentar una acción de tutela, cuando consideran que sus derechos fundamentales han sido violados por la misma entidad o autoridad, como lo señaló el Magistrado Eduardo Cifuentes Muñoz” *Se trata de una modalidad de*

⁸ ARENAS, Salazar, Jorge, La Tutela, una acción humanitaria, Ediciones Doctrina y ley, 1993, Bogotá, 643 Pág., p.147

⁹ *Ibíd.*, p.151

*la acción que no debe confundirse con la defensa de los derechos colectivos ni con la acción de cumplimiento, pues lo que está en juego para los interesados son sus derechos fundamentales concretamente violados y no la protección en abstracto del ordenamiento jurídico”*¹⁰

- Cuando la violación del derecho originó un daño consumado, salvo que continúe ocurriendo la acción u omisión violatoria.
- Cuando se trate de actos de carácter general, impersonal o abstracto.

3.5 DERECHOS PROTEGIDOS

Por tratarse de una acción personal, cuya sentencia solo tiene efectos para las partes involucradas, el juez debe confirmar que existe una situación de vulneración o amenaza de los derechos constitucionales fundamentales, antes de dar su fallo.

10 CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-25, junio 30/93, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

Tabla 1: Derechos Fundamentales.

ARTICULO C.P.	DERECHO FUNDAMENTAL
11	Derecho a la vida
12	Derecho a la integridad física
13	Derecho a la igualdad
14	Al reconocimiento de la personalidad jurídica
15	Derecho a la intimidad personal, familiar y al buen nombre. A conocer, actualizar y rectificar informaciones
16	Derecho al libre desarrollo de la personalidad
17	Derecho a no ser esclavizado, sometido a servidumbre, o trata de seres humanos en todas sus formas
18	Libertad de conciencia
19	Libertad de cultos
20	Libertad de expresión, opinión e información
21	Derecho la honra
22	Derecho a la paz
23	Derecho de petición
24	Derecho de locomoción y residencia
25	Derecho al trabajo
26	Derecho a escoger profesión u oficio
27	Libertad de enseñanza, investigación y cátedra
28	Derecho a la libertad
29	Derecho al debido proceso y a la presunción de inocencia
30	<i>Hábeas corpus</i>
31	Derecho de apelación ,consulta y no agravamiento de la pena
33	Derecho a no declarar contra si mismo o contra los parientes
34	Derecho a no ser sometido a penas de destierro, prisión perpetua o confiscación
35	Derecho a no ser sometido a extradición
36	Derecho de asilo
37	Derecho de reunión y manifestación
38	Derecho de libre asociación
39	Derecho de asociación sindical
40	Derechos políticos

La Corte Constitucional en diferentes fallos, ha dejado claro que esta clasificación no es taxativa sino indicativa, es decir no deben tomarse como criterio determinante sino auxiliar para el juez, como en el caso del derecho a la salud, que aunque no haga parte de este listado, si se protege por medio de tutela cuando está en conexidad con el derecho a la vida, relación que le da el carácter de derecho fundamental. El mismo decreto 2591/91, dejó claro este punto en su artículo 2º *“La acción de tutela garantiza los derechos constitucionales fundamentales. Cuando una decisión de tutela se refiere a un derecho no señalado expresamente por la Constitución política como fundamental, pero cuya naturaleza permita su tutela para casos concretos, la Corte Constitucional le dará prelación en la revisión a esta decisión.”*

3.6 PRINCIPIOS PROCESALES DE LA TUTELA

3.6.1 Publicidad. En este procedimiento solo intervienen las partes, pero no está cubierto por la reserva, se trata de un trámite público.

3.6.2 Prevalencia del derecho sustancial. El juez está obligado a aplicar el procedimiento y a respetar el debido proceso, si está en la alternativa de optar por una norma procesal o defender un derecho, debe inclinarse por lo segundo.

3.6.3 Economía. Hay una economía procesal, debe evitarse toda actuación o exigencia que tienda a dilatar el trámite.

3.6.4 Celeridad. El trámite debe ser preferente y sumario, el juez cuenta con un término máximo de 10 días hábiles a partir de la solicitud para resolver el caso.

Términos:

- 3 días hábiles para que el demandante corrija la solicitud.

- 3 días hábiles para que el órgano o la autoridad rinda el informe o envíe la documentación requerida.
- 3 días hábiles máximo para la rendición de información adicional.
- 10 días hábiles máximo para concluir el trámite de la acción.
- 48 horas para el cumplimiento del fallo.
- 48 horas máximo para que el superior haga cumplir el fallo que el inferior no cumplió.
- 48 horas máximo para abrir investigación contra el superior renuente a cumplir el fallo de tutela.
- 48 horas máximo para que el juez pueda ordenar que el derecho sea libremente ejercido sin más requisitos.
- 3 días hábiles para impugnar el fallo.
- 2 días hábiles para enviarlo al superior jerárquico a revisión.
- 20 días hábiles para fallar la segunda instancia.
- 10 días hábiles para enviarlo a revisión a la Corte Constitucional.

3.6.5 Eficacia. El juez deberá dirigir toda su actuación a la protección real y efectiva del derecho fundamental violado o amenazado.

3.7 TRAMITE DE LA ACCIÓN DE TUTELA

El procedimiento como tal comienza con la solicitud, la cual podrá ser ejercida por memorial, telegrama u otro medio de comunicación escrito, no requiere de apoderado. Adicionalmente cuando es ejercida por un menor de edad, analfabeta o discapacitado mental, podrá ser realizada verbalmente. Puede ser presentada por el interesado, su apoderado o por el Defensor del Pueblo. Siempre debe presentarse ante un juez del lugar donde se vulneró el derecho.

3.7.1 Contenido de la solicitud. La demanda debe contener los siguientes datos básicos:

- La acción u omisión que la motiva y las peticiones concretas.
- El derecho que se considera violado o amenazado.
- El nombre de la autoridad pública o del particular que está ocasionando el agravio.
- Descripción pormenorizada de los hechos.
- Datos personales del demandante que incluyan nombre, documento de identidad, teléfono, lugar de residencia.
- Las pruebas de que disponga el afectado.
- Todos los documentos anexos que considere importantes.

- La solicitud debe acompañarse de un juramento, acerca de que no se ha propuesto la misma acción anteriormente.

3.7.2 Admisión de la demanda. El decreto 1382 de 2000, estableció las reglas para el reparto de la acción de tutela. Cuando el juez analiza los hechos y determina que no es el competente para conocerlos, deberá enviar la solicitud al juez que lo sea, a más tardar al día siguiente de su recibo, previa comunicación a los interesados. Si admite la demanda, deberá comunicar este hecho a las partes involucradas, debido a que el demandado tiene la oportunidad de responder dentro de los términos legales, con sus respectivos argumentos y pruebas.

3.7.3 Corrección de la solicitud. Puede suceder que al leer la solicitud, el juez necesite precisar algunos hechos que no han quedado claros, en tal situación el juzgado fija un plazo de 3 días hábiles para aclarar, so pena de rechazar la demanda. Así lo señaló el artículo 17 del decreto 2591/91: *“Si no pudiere determinarse el hecho o la razón que motiva la solicitud de tutela se prevendrá al solicitante para que la corrija en el término de tres días hábiles, los cuales deberán señalarse concretamente en la correspondiente providencia. Si no la corrigiere, la solicitud podrá ser rechazada de plano”*.

3.7.4 Sanciones derivadas de la solicitud. El solicitante que utilice este medio de defensa, debe hacerlo con responsabilidad. Existen dos clases de sanciones:

- **Por demanda temeraria.** La temeridad consiste en presentar la demanda sin motivo justificado, o cuando por los mismos hechos y derechos se presenta en diferentes juzgados la misma acción.

En tal caso, el juez puede imponer multas, y en el segundo caso se puede configurar el delito de falso testimonio. El juez queda facultado para negar la solicitud, así el demandante tenga la razón. Respecto al abogado que promueva la

misma acción de tutela por los mismos hechos y derechos en varias ocasiones, se le sancionará con la suspensión de la tarjeta profesional, al menos por 2 años. Si reincide, se le cancela su tarjeta profesional.

- **Por falso testimonio.** Debido a que la persona que presenta la solicitud, está declarando unos hechos que el juez considerará como ciertos aplicando el principio de la buena fé, se aplicará lo dispuesto en el artículo 442 ,del Código Penal: ARTÍCULO 442 –“ *Falso testimonio. El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años.*”

3.7.5 Requerimiento de informes. El decreto 2591/91, definió que el juez puede solicitar informes a la entidad o autoridad contra quien se realizó la solicitud. Así quedó consignado en el artículo 19: *“El juez podrá requerir informes al órgano o a la autoridad contra quien se hubiere hecho la solicitud y pedir el expediente administrativo o la documentación donde consten los antecedentes del asunto. La omisión injustificada de enviar esas pruebas al juez acarreará responsabilidad.*

El plazo para informar será de uno a tres días hábiles, y se fijará según sea la índole del asunto, la distancia y la rapidez de los medios de comunicación.

Los informes se considerarán rendidos bajo juramento”.

3.7.6 Formas anormales de terminación. El proceso puede terminar antes de la sentencia, en los siguientes casos:

- **Por desistimiento.** Desistir es manifestar la voluntad de renunciar o terminar la demanda antes de que se produzca el fallo, en este caso el expediente quedará archivado. Si se realiza por una satisfacción extraprocesal de los derechos reclamados, el expediente podrá reabrirse en cualquier tiempo.

- **Cesación de la actuación impugnada.** Cuando durante el curso de la tutela, se dicte una resolución administrativa o judicial, que haga cesar la actuación impugnada, el juez debe declarar fundada la solicitud únicamente para efectos de indemnización y costas si fuere procedente.
- **Por fallecimiento de quien demanda.** La muerte de quien ha ejercido la acción de tutela, pone fin al procedimiento sumario iniciado, si todavía no se ha resuelto.

3.7.7 El fallo de tutela. Dentro de los 10 días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, el juez debe pronunciarse sobre los hechos narrados y las peticiones hechas por el demandante, mediante un fallo que debe contener los siguientes puntos:

- La identificación del solicitante
- La identificación del sujeto o sujetos de quien provenga la amenaza o vulneración.
- La determinación del derecho tutelado.
- La orden y la definición precisa de la conducta a cumplir con el fin de hacer efectiva la tutela.
- El plazo perentorio para el cumplimiento de lo resuelto, que en ningún caso puede exceder de 48 horas.
- Cuando el juez niegue las pretensiones, deberá informar al peticionario cual es el mecanismo de defensa adecuado para el caso particular.

- El fallo deberá comunicarse a las partes, por telegrama o por otro medio expedito que asegure su cumplimiento, a más tardar al día siguiente de haberse proferido.

3.7.8 Impugnación del fallo. Dentro de los 3 días hábiles siguientes a la notificación, el fallo podrá ser impugnado, en cuyo caso el juez remitirá el expediente dentro de los 2 días hábiles siguientes al superior jerárquico. Como quedó consignado en la sentencia No. T-368/95:” *La impugnación de los fallos de tutela busca permitir que las partes intervinientes que no han sido favorecidas por la decisión adoptada, o no se encuentran satisfechas con ella, puedan acudir ante el superior jerárquico para que éste estudie nuevamente el caso. El actor puede considerar que sus derechos fundamentales siguen siendo vulnerados o amenazados, por lo cual es necesario que el juez tutele sus derechos. Y la vía procesal con que cuenta para lograr tal resultado es la impugnación de la decisión de primera instancia, puesto que no puede presentar otra tutela respecto de los mismos hechos y derechos, ya que ello podría configurar una acción temeraria*”.¹¹

El juez de segunda instancia, podrá ratificar, revocar o modificar parcialmente el fallo de primera instancia, para lo cual cuenta con un plazo máximo de 20 días hábiles. Quien impugne debe argumentar con razones, por que no está de acuerdo con el fallo. Los fallos que no se impugnen, se enviarán a la Corte Constitucional, al día siguiente, para su eventual revisión. En cuanto a la revisión del fallo, cito las palabras del Dr. José Vicente Barreto:” *Le es posible, por ello, de oficio o a petición de parte, solicitar informes y ordenar la práctica de pruebas, y, desde el punto de vista material, con miras a la mejor protección de los derechos fundamentales violados o en peligro, ir más allá de la adopción de medidas o en la impartición de órdenes relativas al mismo. Tanto es así, que goza de competencia para conceder una tutela que había sido negada, o a la inversa*”.¹²

¹¹ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-368/95, M.P. Alejandro Martínez Caballero

¹² BARRETO, José Vicente, Op .cit. p.448

3.7.9 Revisión constitucional de sentencias de tutela. Según el artículo 86 de la Carta Política, sobre funciones de la Corte Constitucional, numeral nueve:” *Revisar en la forma que determine la ley, las decisiones judiciales relacionadas con la acción de tutela de los derechos constitucionales*”.

Como lo expresa Cepeda,” *El decreto 2591/91, dispone que dos magistrados designados por la corporación seleccionarán sin motivación, y dentro de los treinta días hábiles siguientes a su recepción, aquellas sentencias proferidas por los distintos jueces y tribunales del país que habrán de ser objeto de revisión. Los fallos escogidos son distribuidos por el sistema de reparto a las nueve salas de tres magistrados en que se encuentra subdividida la Corte para estos efectos. Esta estructura le ha permitido incrementar significativamente su eficiencia en número de sentencias por mes, como se podrá advertir en las páginas siguientes*”.¹³

Los casos de tutela que sean escogidos para revisión, deberán ser decididos en el término de 3 meses.

3.7.10 Facultad de solicitar revisión por parte del Defensor del Pueblo. Como lo señala el artículo 33, del decreto 2591/91, reglamentado mediante resolución 669 de 2000 de la Defensoría del Pueblo, cualquier magistrado de la Corte o el Defensor del Pueblo, podrán solicitar que se revise un fallo. Dentro de los 15 días hábiles siguientes a la decisión por parte de la Corte, de no seleccionar una sentencia, el Defensor del Pueblo podrá insistir en la revisión de una o más tutelas, en cuyo caso la sala de selección entrará a reexaminar la tutela objeto de insistencia, y si encuentra procedente su selección, la pasa a la sala de revisión, de lo contrario notifica al solicitante dentro de los 3 días hábiles siguientes.

¹³ CEPEDA, Manuel, José, Los derechos fundamentales en la Constitución política de 1991, Editorial Temis, 1997, Bogotá, 360 Pág. P.344

Cuando se hace este trámite de insistencia ante la defensoría, corresponde a la Dirección Nacional de Recursos y Acciones Judiciales de la Defensoría, estudiar la solicitud. Si la Defensoría da una respuesta negativa a la solicitud de insistencia, esta informará al solicitante las razones jurídicas por las cuales se abstuvo de ejercer esta facultad. La competencia del Defensor del Pueblo termina con la respuesta dada al peticionario, en el sentido de insistencia ante la Corte, o declaración de improcedencia de su solicitud.

IV LA CORTE CONSTITUCIONAL

< LA CORTE CONSTITUCIONAL EN NOMBRE DEL PUEBLO y POR MANDATO DE LA CONSTITUCION >

Encabezado de todas las sentencias de la Corte.

4.1 HISTORIA

En 1968 siendo presidente Carlos Lleras Restrepo, el Congreso de la República debatió una reforma a la Constitución Política, que incluía entre otros temas la creación de una Corte Constitucional, que asumiría las funciones de control constitucional que en ese momento ejercía la Corte Suprema de Justicia. El proyecto se aprobó en primera instancia y se hundió en posteriores debates, no obstante se acordó crear una sala constitucional dentro de la Corte Suprema de Justicia.

Colombia esperó hasta el año 1991, cuando la creación de la Corte Constitucional quedó consagrada en los artículos 239 al 245 de la Constitución política, que más tarde fue reglamentada mediante decreto 2067 de 1991. Como lo señala Mathías Hierdegen, *“La presencia del nuevo orden constitucional, establecido en 1991 en la conciencia de los órganos del Estado y de los ciudadanos, y su impacto sobre el desarrollo del derecho administrativo, civil y penal están estrechamente ligados a la jurisprudencia de la Corte Constitucional”*¹⁴

¹⁴ SANIN, Restrepo, Ricardo, Justicia Constitucional, editorial Legis, 2006, Bogotá, 311 Pág., p 69.

El gobierno de César Gaviria propuso y defendió la creación de una Corte Constitucional, para que asumiera la tarea de defender la supremacía e integridad de la Carta Política, argumentando que esta función debería salir de las manos de la Corte Suprema de Justicia, y que era necesario crear un órgano unificador de criterios que pudiera orientar la interpretación de derechos y disolviera con autoridad discrepancias legítimas. Como lo señala Parra:” *Tan importante es esta materia, que casi todas las legislaciones del mundo han consagrado la jurisdicción constitucional, con el objeto de mantener la integridad, así como la supremacía de la Constitución política y de los derechos allí consagrados*”¹⁵

4.2 INTEGRANTES

Consta de 9 magistrados elegidos por el Senado, de ternas enviadas por el Presidente de la República, la Corte Suprema de Justicia, y el Consejo de Estado, para ejercer por periodos de 8 años. Sobre este sistema de elección de los magistrados, Cepeda anota:”*También se cambió el sistema de integración de la Corte Constitucional a fin de incrementar su representatividad, fortalecer su legitimidad y hacer de esta una institución que interprete el sentimiento político de los colombianos y la realidad nacional*”¹⁶ Cada magistrado puede nombrar magistrados auxiliares, de libre nombramiento y remoción.

Cada mes, dos de sus magistrados son nombrados para conformar la sala de selección de tutelas rotativamente y por sorteo, esta sala recibe una reseña esquemática de todas las sentencias que se han proferido en el país y de ellas selecciona discrecionalmente las que considere pertinentes; los asuntos que seleccionan son remitidos a los demás magistrados de la Corte, quienes integran las salas de revisión.

¹⁵ PARRA, Guzmán, Mario Fernando, Tutela jurisdiccional de los derechos fundamentales, Ediciones Doctrina y Ley Ltda., Bogotá, 1996, 272 Pág., p.67

¹⁶ CEPEDA, Manuel, José, Op. cit. P.348

Corresponde a la Secretaría General de la Corporación atender las solicitudes hechas por los ciudadanos interesados en que se revise un fallo, así como responder a las solicitudes de insistencia realizadas por la Defensoría del Pueblo, aunque estas solicitudes son decididas por la sala de selección, y contra estas decisiones no procede recurso alguno.

Cualquier magistrado, así como el Procurador General de la Nación y el Defensor del Pueblo, podrán insistir en la revisión de una o más tutelas.

Todas las sentencias de la Corte sobre tutela son comunicadas inmediatamente al juez o tribunal competente de primera y segunda instancia. Copia de ellas será suministrada a los demás Magistrados de la Corporación y a la Presidencia de la República.

4.3 FUNCIONES

La Corte Constitucional tiene dos funciones básicas, la primera de ellas ejercer un control de constitucionalidad y la segunda pronunciarse sobre las sentencias de tutela proferidas por los diferentes jueces y tribunales de todo el país, que a su juicio considere seleccionar para revisión.

La Corte ejerce el control automático de constitucionalidad, y el control constitucional por vía de acción. Siguiendo el esquema desarrollado por Parra ¹⁷, se pueden clasificar estas funciones así:

¹⁷ PARRA, Guzmán, Mario, Fernando, Op. cit. p.69

4.3.1 Control automático de constitucionalidad

- **Control previo**
 - **Control previo de constitucionalidad**
 - Los proyectos de ley objetados por inconstitucionalidad por el presidente de la República.
 - Las leyes estatutarias.
 - **Control previo a la ejecución de ciertos actos**
 - Leyes de convocatoria a un referendo reformativo de la Constitución política.
 - - Acto de convocatoria a referendo de un acto legislativo.
 - Leyes de convocatoria a una asamblea constituyente.
 - Los tratados internacionales y las leyes que los aprueban.
- **Control posterior.** Sobre los decretos legislativos expedidos por el gobierno nacional en desarrollo de facultades extraordinarias.

4.3.2 Control de constitucionalidad por vía de acción. Puede ser ejercida por cualquier ciudadano, en aras de defender la supremacía de la Constitución política, sin término de caducidad.

- Decide sobre las demandas de inconstitucionalidad presentadas contra los actos reformativos de la Constitución política.
- Demandas presentadas contra leyes.
- Demandas contra los decretos con fuerza de ley.
- Demandas contra los decretos para poner en vigencia el Plan Nacional de Inversiones Públicas.

Los fallos de la Corte Constitucional tienen efecto de cosa juzgada, por tanto ninguna autoridad puede aplicar las normas legales declaradas inexecutable. En relación a los fallos de tutela, la parte resolutoria tiene efecto interpartes, mientras

que la parte motiva de la misma se convierte en criterio auxiliar para los jueces de primera y segunda instancia. Tal como lo expresa Barreto: *“Si bien la jurisprudencia no es obligatoria (C.P., Art. 230), las pautas doctrinales trazadas por la Corte, que tiene a su cargo la guarda de la integridad y supremacía de la Carta Política, indican a todos los jueces el sentido y los alcances de la normatividad fundamental y a ellas deben atenerse.”*¹⁸

4.4 ESTUDIO DE LOS FALLOS DE TUTELA EMITIDOS POR LA CORTE CONSTITUCIONAL EN SALUD, 1992-2008

Con el fin de conocer las características de los fallos que ha emitido la Corte Constitucional en salud, desde 1992 hasta diciembre de 2008, se realizó este estudio descriptivo cuantitativo, analizando las 2560 sentencias que ha proferido la Corporación durante el mismo período.

4.4.1 Objetivo. Establecer cuantas y cuales son las solicitudes que se hicieron en estas tutelas, y a que grupos de población pertenecían quienes que las interpusieron.

4.4.2 Objetivos específicos.

- Entregar mediante gráficos y tablas, un resumen de los hallazgos realizados.
- Destacar cuales grupos de población se han visto más favorecidos por las decisiones de revisión de sentencias realizadas por la Corte Constitucional.
- Realizar un análisis de la jurisprudencia desarrollada por la Corte Constitucional.

¹⁸ BARRETO, José Vicente, op. cit. . p.480

4.4.3 Población objetivo. Todas las sentencias proferidas por la Corte Constitucional durante el periodo 1992-2008, que invocaron vulneraciones del derecho a la salud.

No se realizó muestreo.

4.4.4 Metodología. El análisis se realizó utilizando la información completa consignada en la relatoría de la Corte Constitucional, realizando un registro de los hallazgos hechos en una hoja de Excel, a partir de la cual se consolidaron y se sacaron las conclusiones.

4.4.5 Variables analizadas. Se definieron dos variables, a saber: solicitudes realizadas y grupos poblacionales. Para estudiar la variable solicitudes realizadas, se definieron los siguientes valores:

- Cirugías
- Procedimientos
- Exámenes de diagnóstico.
- Exoneración de pago de cuotas moderadoras y copagos.
- Aparatos de ortopedia e implementos de diferente naturaleza.
- Cubrimiento de gastos para el desplazamiento a otras ciudades.
- Transplantes y exámenes relacionados.
- Solución de problemas relacionados con la afiliación de los pacientes.
- Tratamientos integrales.
- Medicamentos.

Para estudiar la variable grupos de población que interpusieron estas tutelas, se incluyeron los siguientes valores:

- Niños
- Tercera edad

- Población en condición de discapacidad física y mental.
- Reclusos
- Soldados enfermos al momento de su desvinculación al servicio.
- Población en condición de desplazamiento.
- Enfermos de cáncer.
- Enfermos de SIDA.
- Miembros de comunidades indígenas.

Como los datos se obtuvieron a partir de la información consignada en la relatoría de la página www.corteconstitucional.gov.co, es necesario aclarar que dicha página dispone de varios sistemas de búsqueda, y que no todos los fallos que aparecen en algunas consultas corresponden a solicitudes de servicios de salud; por ejemplo, están consignadas las solicitudes de pago de licencia de maternidad que fueron excluidas del presente estudio por ser considerada dicha solicitud como acreencia laboral. Igual consideración se hizo con las solicitudes de pensión de vejez realizadas por cotizantes enfermos, y las tutelas instauradas para obtener un traslado de lugar de trabajo, alegando enfermedad del empleado. Así mismo, no fueron tenidas en cuenta las sentencias en las que se reclamaba un ambiente sano, por no reclamar ninguna contraprestación en salud para un paciente. También es importante resaltar que un paciente puede ser tabulado en más de un grupo de población, así como en más de un grupo de solicitudes, para efectos de analizar los totales al final de las tablas.

Al final de la tabulación inicial, se concluye que en estos 17 años se han proferido 2560 fallos que corresponden a solicitudes de servicios de salud, y que representan un 21.4% de todas las sentencias. Con este consolidado se procede a realizar tablas y gráficos que muestren comparativamente estos hallazgos.

Es necesario aclarar que la mayoría de las sentencias revisadas realizan más de una solicitud, y que en algunos casos se hizo difícil decidir en que casilla

consignar la solicitud, por citar un ejemplo hay procedimientos que tienen como finalidad realizar un diagnóstico.

Así mismo es necesario tener en cuenta, que los valores de la variable grupos de población no son excluyentes, pues un solicitante puede pertenecer a más de un grupo. Ejemplo: Un paciente de cáncer puede también estar en condición de discapacidad. Igual sucede con los valores de la variable solicitudes realizadas. Ejemplo: Un paciente de cáncer puede solicitar una cirugía y un medicamento.

Gracias a este estudio se ha podido hacer un análisis de la solidaridad que ha caracterizado a la Corte con algunos grupos de población especialmente vulnerable, y con algunas solicitudes que de no concederse comprometían la salud, la vida y la integridad del solicitante. Así mismo permitió estudiar la jurisprudencia constitucional en materia de salud.

Al final del mismo, se presentan las conclusiones.

4.4.6 Resultados.

- **Consolidado a nivel nacional.** Desde marzo 1992, año en que empezó a funcionar la primera Corte Constitucional, hasta diciembre de 2008, habían llegado a la Corporación para su eventual revisión, 2.146.030 sentencias de tutela proferidas en todo el país, que invocaban la protección de todos los derechos fundamentales.

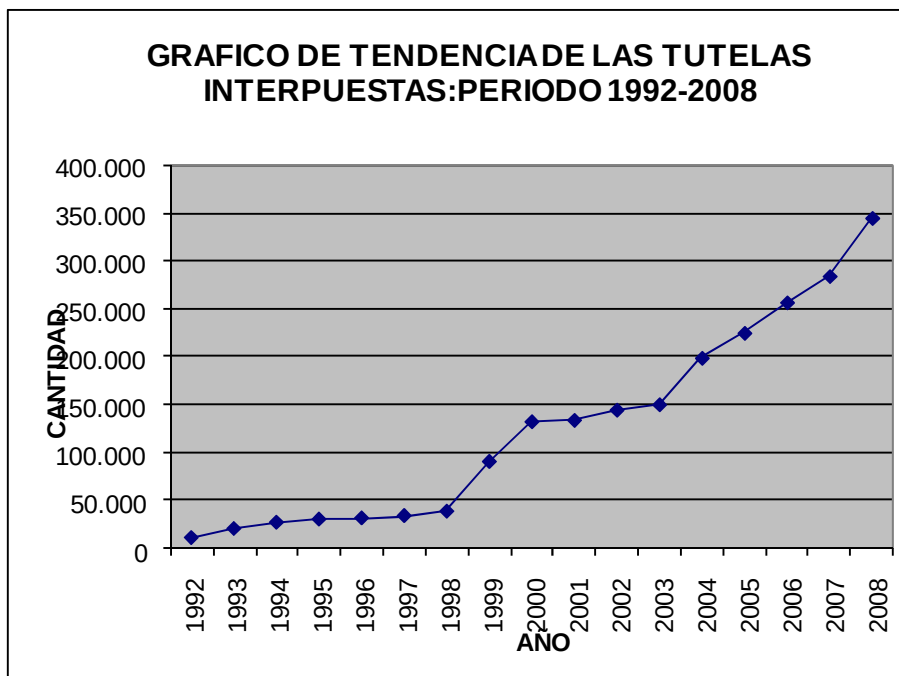
Los mayores incrementos se observan durante los años 1992-1993, periodo durante el cual se registró un incremento del 100%, y durante los años 2003-2004, con un incremento de 32.58%.

Tabla 2. Tutelas que Llegaron a la Corte Constitucional para Eventual Revisión: Periodo 1992-2008

TUTELAS QUE LLEGARON A LA CORTE CONSTITUCIONAL PARA EVENTUAL REVISIÓN :PERIODO 1992-2008	
AÑO	NUMERO DE TUTELAS
1992	10.732
1993	20.181
1994	26.715
1995	29.950
1996	31.248
1997	33.663
1998	38.248
1999	90.248
2000	131.765
2001	133.273
2002	143.887
2003	149.454
2004	198.125
2005	224.270
2006	256.166
2007	283.637
2008	344.468
TOTAL	2.146.030,00

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Grafico 1. Grafico De Tendencia De Las Tutelas Interpuestas periodo 1992-2008



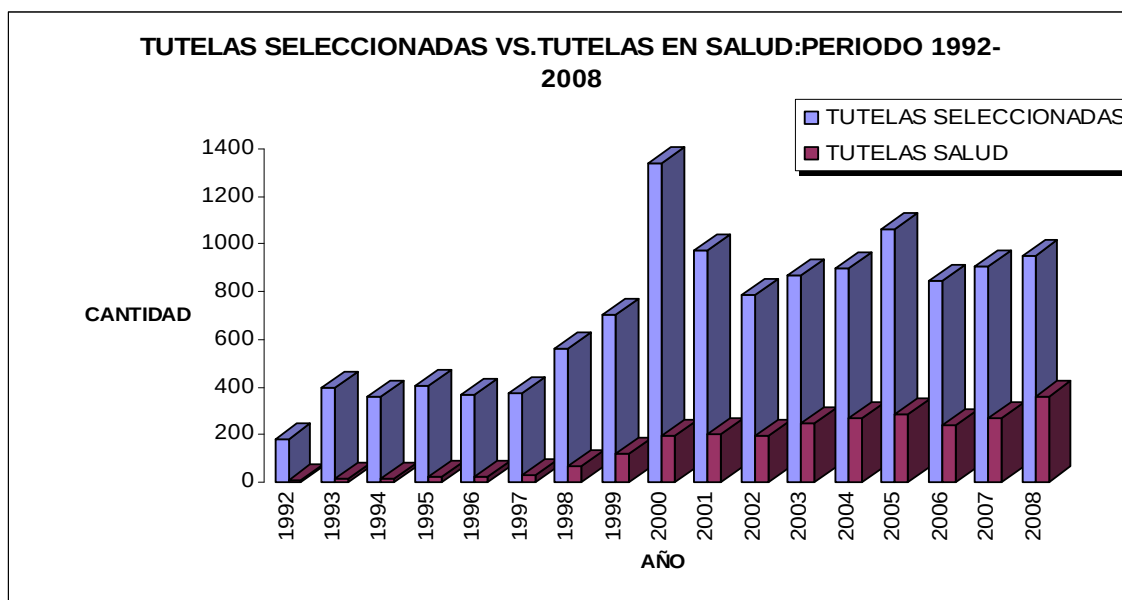
- **Fallos seleccionados para revisión.** Del total de fallos emitidos por los jueces de primera y segunda instancia, la Corte seleccionó para su revisión durante el periodo 1992-2008, 11978 fallos, de los cuales 2560 invocan el derecho a la salud. Se observa un aumento porcentual sostenido a través de los años, en la contribución del sector salud al total de fallos seleccionados para revisión. Es así que durante los primeros 6 años, menos del 10% de las sentencias revisadas invocaban el derecho a la salud, contrario a lo que ha sucedido los últimos 6 años en los que se ha mantenido un promedio aproximado de 30%, destacándose particularmente el último año con un 38,4% de contribución al total

Tabla 3. Tutelas seleccionadas vs. Tutelas en salud: periodo 1992-2008.

TUTELAS SELECCIONADAS VS. TUTELAS EN SALUD:			
PERIODO 1992-2008			
AÑO	TOTAL	SALUD	%
1992	182	8	4,4
1993	394	13	3,3
1994	360	17	4,7
1995	403	19	4,7
1996	370	22	5,9
1997	376	31	8,2
1998	565	67	11,9
1999	705	117	16,6
2000	1340	198	14,8
2001	976	201	20,6
2002	784	195	24,9
2003	868	247	28,5
2004	898	270	30,1
2005	1061	288	27,1
2006	845	236	27,9
2007	903	271	30
2008	948	360	38
TOTAL	11978	2560	21,4

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Grafico 2: Comparativo entre Tutelas Seleccionadas Vs Tutelas en Salud: 1992-2008.



- **Solicitudes realizadas.** Al estudiar las solicitudes presentadas en estas acciones de tutela que invocan el derecho a la salud, se observa que el mayor porcentaje se refiere a solicitudes de tratamientos y solución de problemas relacionados con la afiliación al SGSSS (ej: expedición del carnet, afiliación de beneficiarios mayores de 18 años, afiliación de la población carcelaria, realización de nueva encuesta del SISBEN), seguido por solicitudes de cirugías y medicamentos, exámenes de diagnóstico, aparatos ortopédicos y otros implementos, exoneración de pago de cuotas moderadoras y copagos, práctica de diferentes procedimientos, solicitud de gastos de desplazamiento a otras ciudades del paciente y su acompañante, y transplantes de órganos y procedimientos relacionados con los mismos, como los estudios de histocompatibilidad .

Se observa que casi la cuarta parte de las sentencias, tienen que ver con problemas relacionados con la afiliación, muchos pacientes dejan de recibir sus prestaciones en salud por causas ajenas a su voluntad, por ejemplo el atraso del

empleador en la cancelación de los aportes a la EPS., mientras que otros sufren las consecuencias de la demora en los trámites administrativos relacionados con la realización de las encuestas del SISBEN, así como la actualización de las mismas y la expedición de los respectivos carnets. También se observa con frecuencia que los hijos de madres adolescentes no tienen opción de afiliación a una EPS, pues sus mamás no están en edad de trabajar y se rechaza su afiliación como beneficiarios de sus abuelos.

Casi un 22% de las tutelas reclaman el tratamiento integral de la enfermedad, tendencia que se observa en aumento, debido a que en el pasado los pacientes se veían obligados a interponer diferentes tutelas según los médicos fueran prescribiendo una medicina, un procedimiento o cualquier otra solicitud.

Aproximadamente un 18% de las solicitudes estaban relacionadas con la realización de cirugías, que en muchos casos también reclaman la entrega de aparatos y dispositivos médicos que son indispensables para realizar la intervención y que algunas EPS exigen a sus pacientes por no estar incluidos en el POS. También tienen que ver con trámites administrativos que demoran la fecha de la intervención y con el tiempo de afiliación al SGSSS, por no haber cotizado el mínimo de semanas exigido o periodo de creencia.

En cuanto a la entrega de medicamentos, que solicitan un 17% de las tutelas, se observa que la mayoría de las veces se negó por tratarse de medicamentos de alto costo fuera de POS, aunque en muchos casos se trata de pacientes que exigen el medicamento de marca y la EPS solo le ofrece la presentación genérica. En otros casos se trata de fórmulas expedidas por médicos particulares, así como de demoras en la aprobación por parte del Comité Técnico Científico.

Los requerimientos de exámenes, que abarcan un 11% de las solicitudes, en muchos casos se relacionan con su exclusión del POS y en otros con la falta de contrato con entidades que los realicen.

El 5.3% que corresponde a la solicitud de aparatos ortopédicos y otros implementos, se relacionan en mayor proporción con pacientes discapacitados a quienes no se les ha entregado por primera vez su prótesis, aunque en otros casos se trata de la solicitud de un nuevo aparato, o el mantenimiento del mismo. También se relacionan con la necesidad de tener en casa aparatos que permitan controles de la enfermedad, como les sucede a los pacientes diabéticos que utilizan glucómetros para la medición de la glicemia. Aquí también se encuentran las solicitudes de algunos implementos, como las bolsas de colostomía.

Un 3.5% de las tutelas buscaban la exoneración de pago de la cuota moderadora y el copago, que en todos los casos hacen alusión a la falta de medios económicos para sufragarlos. Algunos pacientes cuyas enfermedades son catalogadas de alto costo, todavía se ven en la necesidad de hacer esta solicitud por medio de tutela.

El 1.7% de las solicitudes de cubrimiento de gastos de transporte, en su mayoría tienen que ver con enfermedades catastróficas, cuyo tratamiento se realiza en ciudades más grandes o en el exterior.

Se realizaron solicitudes de diferentes procedimientos médicos en un 2.8% de los casos, que tienen que ver la mayor parte de las veces con su exclusión del POS, el requerimiento por parte de las EPS a los pacientes de los insumos para su realización y la falta de contrato con entidades especializadas.

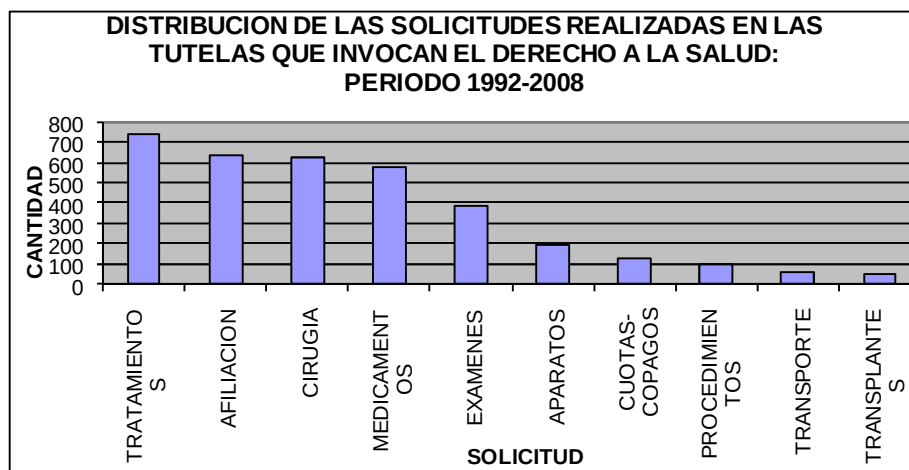
Finalmente, menos del 1.3% de las pacientes invocaban por este medio el trasplantes de órganos y los exámenes de histocompatibilidad, que en gran proporción se relacionan con el tratamiento del cáncer y otras enfermedades catastróficas como la insuficiencia renal.

Tabla 4: Solicitudes Realizadas En Las Tutelas Que Invocan El Derecho A La Salud Periodo: 1992-2008

SOLICITUDES REALIZADAS EN LAS TUTELAS QUE INVOCAN EL DERECHO A LA SALUD PERIODO:1992-2008		
TIPO DE SOLICITUD	CANTIDAD	%
TRATAMIENTOS	742	21,25%
AFILIACIÓN	638	18,28%
CIRUGÍA	628	17,99%
MEDICAMENTOS	583	16,70%
EXÁMENES	383	10,97%
APARATOS	188	5,39%
CUOTAS-COPAGOS	123	3,52%
PROCEDIMIENTOS	98	2,81%
TRANSPORTE	61	1,75%
TRANSPLANTES	47	1,35%
TOTALES	3.491	100,00%

Fuente. Relatoría Corte Constitucional

Grafico 3: Distribución De Las Solicitudes Realizadas En Las Tutelas Que Invocan El Derecho A La Salud: Periodo 1992-2008.



- **Grupos de población.** El análisis por grupos de población, muestra que un 17.6% de las tutelas seleccionadas corresponden a menores de edad, seguidos en su orden por población de la tercera edad, población en condición de

discapacidad física y mental, pacientes de cáncer, portadores del virus HIV, soldados activos o que fueron desvinculados del servicio enfermos, población carcelaria y una mínima parte de las mismas corresponde a población en condición de desplazamiento y comunidades indígenas.

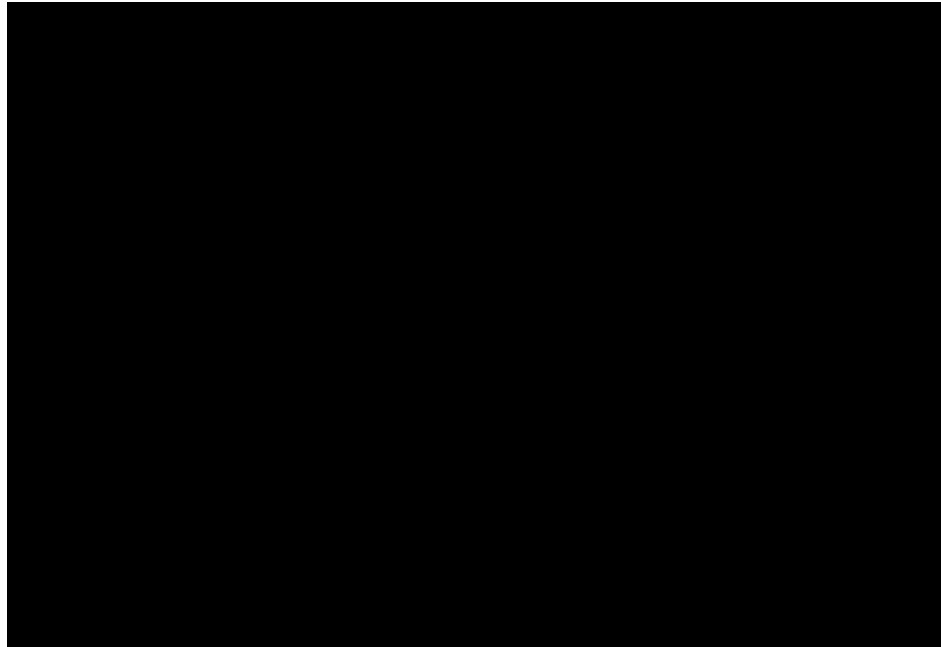
Muy pocas tutelas interpuestas por miembros de comunidades indígenas y de la población en condición de desplazamiento, han sido seleccionadas para revisión.

Tabla 5 Grupos de población que realizaron las solicitudes: periodo 1992-2008.

GRUPOS DE POBLACIÓN QUE REALIZARON LAS SOLICITUDES: PERIODO 1992-2008		
GRUPOS	CANTIDAD	%
NIÑOS	450	17,58%
TERCERA EDAD	302	11,80%
EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	235	9,18%
CÁNCER	194	7,58%
SIDA	155	6,05%
SOLDADOS	74	2,89%
POBLACIÓN CARCELARIA	64	2,50%
EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	11	0,43%
COMUNIDADES INDÍGENAS	3	0,12%
OTROS	1.072	41,88%
TOTALES	2.560	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Grafico 4. Distribución De Los Grupos De Población Que Realizaron Las Solicitudes



- **Los menores de edad.** Algunos de los niños que realizaron estas solicitudes tenían además otras características que los hacían aún más débiles, como encontrarse en condición de discapacidad física y/o mental que en la mayor parte de los casos se debía a problemas congénitos. Se destaca también el grupo de niños que padecía cáncer, que en mayor proporción estaban solicitando tratamientos de quimioterapia y radioterapia.

Tabla 6. Grupos De Niños Que Realizaron Las Solicitudes: Periodo 1992-2008.

GRUPOS DE NIÑOS QUE REALIZARON LAS SOLICITUDES: PERIODO 1992-2008		
POBLACIÓN NIÑOS	CANTIDAD	%
EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	88	19,56%
CÁNCER	36	8,00%
SIDA	1	0,22%
EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	1	0,22%
COMUNIDADES INDÍGENAS	1	0,22%
OTROS	323	71,78%
TOTALES	450	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Al analizar las peticiones realizadas por este grupo de población, se encuentra un predominio de solicitudes de tratamientos, que en muchos casos fueron negados alegando que se trataba de enfermedades congénitas sin esperanza de curación, seguido de solicitudes de medicamentos que en algunas ocasiones como el factor VIII de la coagulación, se negó aduciendo que la hemofilia no estaba incluida para tratamiento dentro del POS.

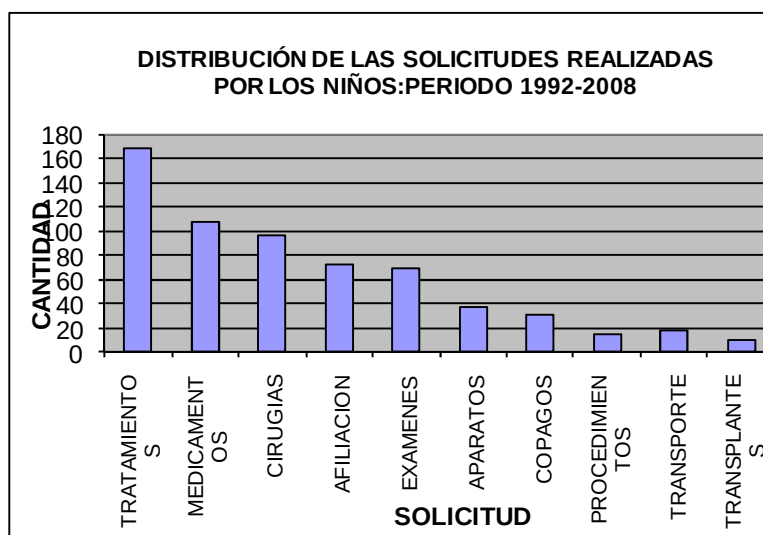
Le siguen en su orden las solicitudes de solución de problemas relacionados con la afiliación, que corresponden en gran medida a las consecuencias de la pérdida de empleo de sus padres, la irresponsabilidad de los jefes de los mismos que dejan de hacer los respectivos aportes, y en otros casos a problemas con la realización de la encuesta del SISBEN y la expedición de los respectivos carnets. Las demás tutelas se interpusieron en su orden pidiendo la realización de exámenes de diagnóstico, solicitud de aparatos ortopédicos, exoneración de copagos y cuotas moderadoras, realización de procedimientos, cubrimiento de gastos de transporte y la realización de transplantes casi siempre de médula ósea.

Tabla 7. Solicitudes Realizadas Por Los Niños: Periodo 1992-2008.

SOLICITUDES REALIZADAS POR LOS NIÑOS: PERIODO 1992-2008		
TIPO DE SOLICITUD	CANTIDAD	%
TRATAMIENTOS	169	27,08%
MEDICAMENTOS	108	17,31%
CIRUGÍAS	96	15,38%
AFILIACIÓN	73	11,70%
EXÁMENES	69	11,06%
APARATOS	37	5,93%
COPAGOS	30	4,81%
PROCEDIMIENTOS	15	2,40%
TRANSPORTE	18	2,88%
TRANSPLANTES	9	1,44%
TOTALES	624	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Grafico 5: Distribución De Las Solicitudes Realizadas Por Los Niños: Periodo 1992-2008.



- **La tercera edad.** Un 12.3% del grupo de la tercera edad que interpuso estas acciones de tutela, también eran enfermos de cáncer que solicitaban mayoritariamente el tratamiento integral de su enfermedad, en muchos casos negado por encontrarse en periodo de carencia. El siguiente grupo corresponde a población en condición de discapacidad, que reclamaban tratamientos de sus dolencias físicas y/o mentales, estas últimas rechazadas casi siempre aduciendo que solo se trata la fase crítica de la enfermedad.

Solo cuatro pacientes son portadores de HIV, y uno solo se encuentra en condición de desplazamiento por la violencia.

Tabla 8. Grupos de la tercera edad que realizaron las solicitudes: periodo 1992-2008.

GRUPOS DE LA TERCERA EDAD QUE REALIZARON LAS SOLICITUDES:		
PERIODO 1992-2008		
POBLACIÓN TERCERA EDAD	CANTIDAD	%
CÁNCER	37	12,25%
EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	21	6,95%
SIDA	4	1,32%
COMUNIDADES INDÍGENAS	1	0,33%
EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	1	0,33%
OTROS	238	78,81%
TOTALES	302	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

El análisis de las solicitudes realizadas por este grupo de población muestra que la mayor parte de las mismas se referían a medicamentos, en muchos casos para el tratamiento de patologías crónicas como la hipertensión, algunos de ellos fuera de POS, en cuyo caso los pacientes deben demostrar la condición de pobreza que les impide adquirirlo. Otros medicamentos solicitados con frecuencia son los utilizados para el tratamiento del cáncer, caso en el cual se exige el periodo

mínimo de cotización por ser enfermedad catastrófica, aunque en otros casos sencillamente se trata de dilaciones injustificadas en trámites administrativos.

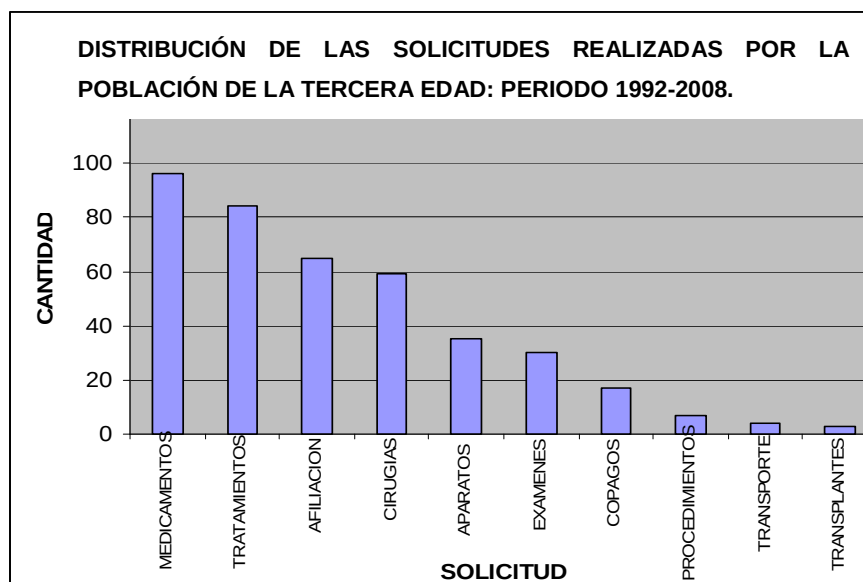
Le siguen en orden las solicitudes de tratamientos integrales, muchos de ellos de alto costo que se niegan por no haber cotizado el mínimo de semanas exigido. Las peticiones relacionadas con problemas de la afiliación, están relacionadas casi siempre con la aplicación de la encuesta del SISBEN y la pérdida de la calidad de beneficiario o cotizante. Las otras peticiones se hicieron pidiendo la realización de cirugías, entrega de aparatos como audífonos y otros insumos, exámenes de diagnóstico, la exoneración de pago de cuotas moderadoras y copagos, estas últimas debido a situaciones de pobreza y dependencia económica de otras personas. Muy pocas tutelas se referían a procedimientos médicos, pago de gastos de transporte a otras ciudades y realización de transplantes y exámenes de histocompatibilidad.

Tabla 9: Solicitudes Realizadas Por La Población De La Tercera Edad: Periodo 1992-2008.

SOLICITUDES REALIZADAS POR LA POBLACIÓN DE LA TERCERA EDAD :PERIODO 1992-2008		
TIPO DE SOLICITUD	CANTIDAD	%
MEDICAMENTOS	96	24,00%
TRATAMIENTOS	84	21,00%
AFILIACIÓN	65	16,25%
CIRUGÍAS	59	14,75%
APARATOS	35	8,75%
EXÁMENES	30	7,50%
COPAGOS	17	4,25%
PROCEDIMIENTOS	7	1,75%
TRANSPORTE	4	1,00%
TRANSPLANTES	3	0,75%
TOTALES	400	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Gráfico: N °6 Distribución de las solicitudes realizadas por la población de la tercera edad: periodo 1992-2008.



- **Población carcelaria.** Dentro de los 64 pacientes privados de la libertad que interpusieron estas acciones de tutela, se encuentran tres personas en condición de discapacidad, dos enfermos de SIDA, y dos que solicitaban tratamiento para el cáncer, correspondiente a un 3.1% del total de solicitantes.

Tabla 10. Grupos De Población Carcelaria Que Realizaron Las Solicitudes: Periodo 1992-2008.

GRUPOS DE POBLACIÓN CARCELARIA QUE REALIZARON LAS SOLICITUDES: PERIODO 1992-2008		
POBLACIÓN CARCELARIA	CANTIDAD	%
EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	3	4,69%
SIDA	2	3,13%
CÁNCER	2	3,13%
OTROS	57	89,06%
TOTALES	64	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Este grupo de población en una gran proporción se queja de que ha solicitado a las directivas del penal la atención de sus dolencias sin haber sido escuchado, de que los médicos que los atienden les brindan las más mínimas garantías en salud y les niegan el traslado a centros hospitalarios.

Se observa la solicitud de tratamientos, que si no han pasado primero por un médico adscrito al centro penitenciario, les son negados por los jueces de primera y segunda instancia la mayoría de las veces, así como la realización de cirugías que de no realizarse complicarían su condición.

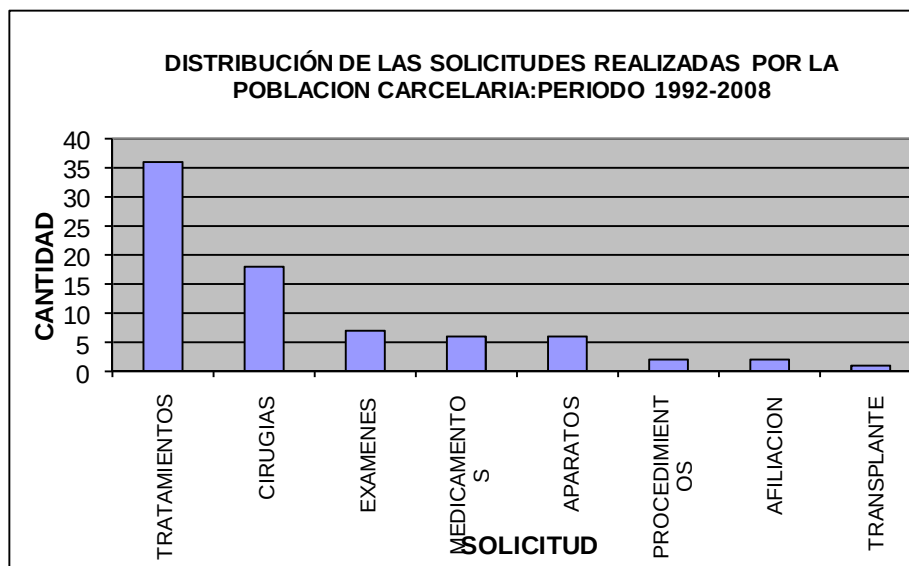
Las demás peticiones en su orden corresponden a exámenes, entrega de medicamentos, y aparatos entre los que se incluyen gafas, audífonos y prótesis dentales. Una mínima parte alude a la realización de procedimientos, problemas de afiliación y realización de transplantes.

Tabla 11. Solicitudes realizadas por la población carcelaria: periodo 1992-2008.

SOLICITUDES REALIZADAS POR LA POBLACIÓN CARCELARIA: PERIODO 1992-2008		
TIPO DE SOLICITUD	CANTIDAD	%
TRATAMIENTOS	36	46,15%
CIRUGÍAS	18	23,08%
EXÁMENES	7	8,97%
MEDICAMENTOS	6	7,69%
APARATOS	6	7,69%
PROCEDIMIENTOS	2	2,56%
AFILIACIÓN	2	2,56%
TRANSPLANTES	1	1,28%
TOTALES	78	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Grafico 7. Distribución de solicitudes realizadas por la población carcelaria: periodo 1992-2008.



- Población en condición de discapacidad.** En el grupo de población en condición de discapacidad, los niños hacen un gran aporte con 87 casos, dentro de los cuales se destaca que la mayoría corresponden a enfermedades congénitas que las EPS se niegan a tratar, como es el caso del autismo, aduciendo que no hay esperanza de recuperación. Igual ha sucedido con algunos niños en estado vegetativo a los cuales las EPS les niegan los cuidados paliativos y la entrega de algunos implementos necesarios como los pañales desechables. Le siguen los miembros de la tercera edad que en algunos casos solicitan aparatos ortopédicos como caminadores y en otros requieren el tratamiento de trastornos psiquiátricos. También se observan algunos soldados activos o retirados, que han sufrido lesiones durante la realización de actividades propias del servicio y que las Fuerzas Militares se niegan a tratar.

Algunos pacientes sufren la doble condición de estar en condición de discapacidad y ser enfermos de SIDA o enfermos de cáncer.

Solo tres están privados de la libertad y uno se encuentra en condición de desplazamiento.

Tabla 12. Grupos de población en condición de discapacidad que realizaron las solicitudes: periodo 1992-2008

GRUPOS DE POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD QUE REALIZARON LAS SOLICITUDES: PERIODO 1992-2008		
POB. EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	CANTIDAD	%
NIÑOS	88	37,61%
TERCERA EDAD	21	8,97%
POBLACIÓN CARCELARIA	3	1,28%
SOLDADOS	9	3,85%
CÁNCER	4	1,71%
SIDA	4	1,71%
EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	1	0,43%
OTROS	104	44,44%
TOTALES	234	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Evaluando los requerimientos realizados por este grupo de población, se encuentra que casi un 37.7% reclaman tratamientos integrales, hecho que va de la mano con la negativa a tratar enfermedades sin esperanza de curación por parte de las EPS. Le siguen en número las solicitudes de medicamentos, dentro de los cuales están los utilizados para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, muchos de ellos fuera de POS.

Los aparatos solicitados en gran parte de los casos corresponden a prótesis, sillas de ruedas y caminadores y los problemas con la afiliación de algunos pacientes se deben a que se encuentran en condición de abandono, y las tutelas fueron interpuestas por un conocido o por la Defensoría del Pueblo.

Las cirugías en algunas tutelas buscan corregir problemas de nacimiento, como el caso de los niños con espina bífida. Casi todas las solicitudes de transporte, se

refieren a desplazamientos en ambulancia dentro de la misma ciudad, para la realización de terapias de rehabilitación.

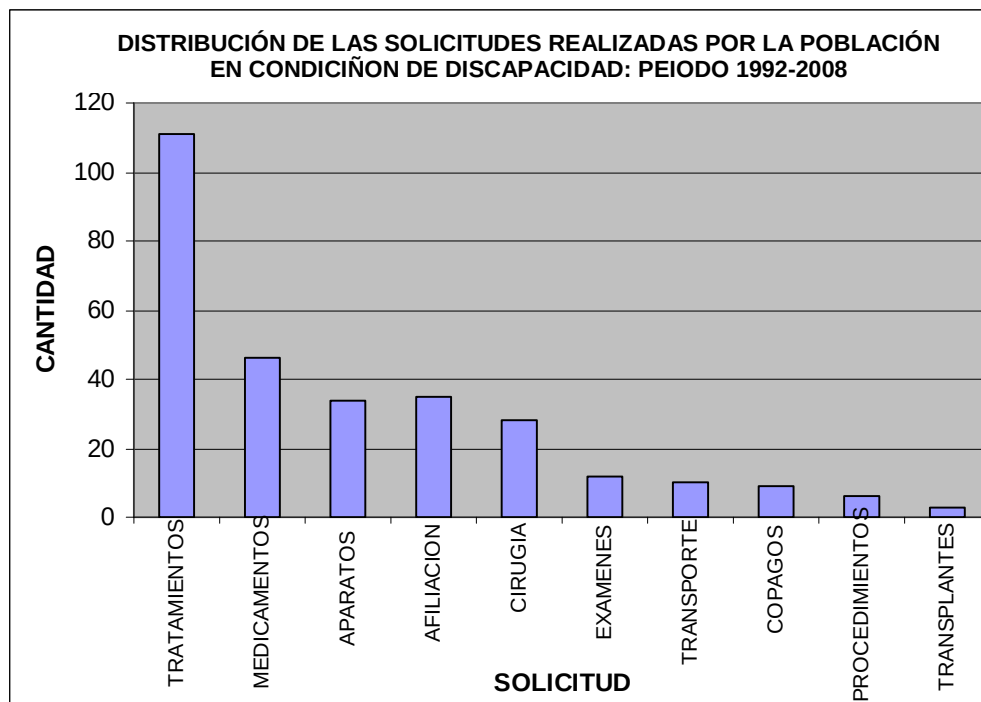
Pocos solicitaron la realización de exámenes, exoneración de copagos y cuotas moderadoras, y solo tres requirieron trasplantes de órganos.

Tabla 13. Solicitudes realizadas por la población en condición de discapacidad: periodo 1992-2008

SOLICITUDES REALIZADAS POR LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: PERIODO 1992-2008		
TIPO DE SOLICITUD	CANTIDAD	%
TRATAMIENTOS	111	37,76%
MEDICAMENTOS	46	15,65%
APARATOS	34	11,56%
AFILIACIÓN	35	11,90%
CIRUGÍA	28	9,52%
EXÁMENES	12	4,08%
TRANSPORTE	10	3,40%
COPAGOS	9	3,06%
PROCEDIMIENTOS	6	2,04%
TRANSPLANTES	3	1,02%
TOTALES	294	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Gráfico 8. Distribución de las solicitudes realizadas por la población en condición de discapacidad: periodo 1992-2008.



- **Pacientes de cáncer.** En el grupo de los 194 pacientes de cáncer, se encuentra un 19.1% de personas de la tercera edad, que reclaman la mayoría de las veces el cubrimiento total del tratamiento, debido a que no han cotizado el mínimo de semanas que la ley exige para su cubrimiento, por tanto deben pagar un porcentaje del mismo. Casi siempre reclaman la realización de quimioterapia y/o radioterapia, y algunos solicitan cirugías y/o tratamientos considerados por las EPS como experimentales, como la cirugía estereotaxica.

Dentro del grupo de los niños, el tratamiento que más se solicita es el de la leucemia, algunas tutelas se interpusieron solicitando el transplantes de médula ósea. También se observan muchos niños con cáncer que no se encuentran afiliados a ninguna EPS.

Pocos pacientes tenían la doble condición de encontrarse en condición de discapacidad y ser enfermo de cáncer, o ser enfermo de cáncer y recluso.

Se encuentra un paciente en condición de desplazamiento, y un soldado que prestando el servicio militar desarrolló un linfoma y fue desvinculado del ejército sin ofrecerle ningún tratamiento.

Tabla 14. Grupos de población con cáncer que realizaron las solicitudes: periodo 1992-2008.

GRUPOS DE POBLACIÓN CON CÁNCER QUE REALIZARON LAS SOLICITUDES: PERIODO 1992-2008		
POBLACIÓN CON CÁNCER	CANTIDAD	%
TERCERA EDAD	37	19,07%
NIÑOS	36	18,56%
EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	4	2,06%
POBLACIÓN CARCELARIA	2	1,03%
EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	1	0,52%
SOLDADOS	1	0,52%
OTROS	113	58,25%
TOTALES	194	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Al analizar los requerimientos realizados por este grupo de pacientes, se observa el predominio de las solicitudes de tratamientos, casi todos de alto costo, seguido por las solicitudes relacionadas con los problemas en la afiliación, algunos de ellos originados en la revisión de pensiones que son denegadas después de haber sido disfrutadas, o en las sustituciones pensionales.

Después se encuentran las solicitudes de medicamentos, algunos de ellos para la quimioterapia, otros para tratamientos paliativos. Le siguen en orden las solicitudes de cirugías, y la exoneración de copagos y cuotas moderadoras, que por ley no deben cobrarse a estos pacientes.

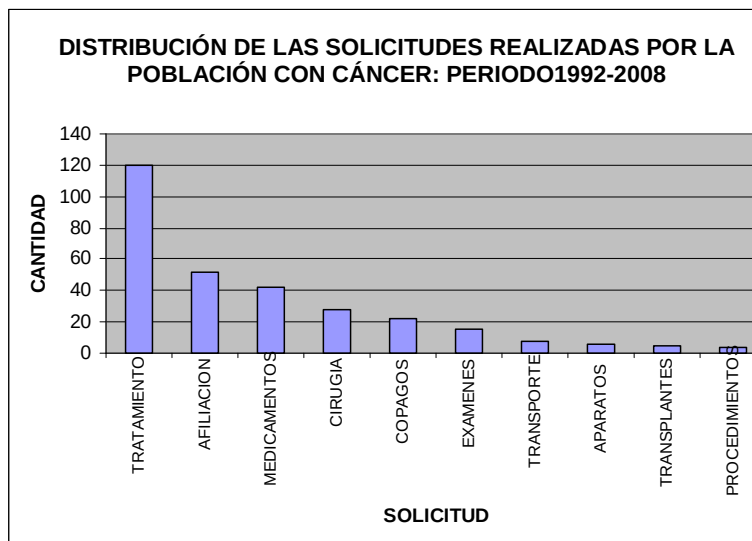
Un 4.9% solicitaron la realización de exámenes, como las tomografías, y el 2.6% el cubrimiento de gastos de transporte, esto último debido casi siempre a que el paciente vive en una ciudad pequeña donde no se encuentra la tecnología necesaria para tratar su enfermedad. Pocos requirieron la entrega de aparatos, la realización de transplantes, y otros procedimientos.

Tabla 15. Solicitudes realizadas por la población con cáncer: periodo 1992-2008.

SOLICITUDES REALIZADAS POR LA POBLACIÓN CON CÁNCER: PERIODO 1992-2008		
TIPO DE SOLICITUD	CANTIDAD	%
TRATAMIENTO	120	39,74%
AFILIACIÓN	52	17,22%
MEDICAMENTOS	42	13,91%
CIRUGÍA	28	9,27%
COPAGOS	22	7,28%
EXÁMENES	15	4,97%
TRANSPORTE	8	2,65%
APARATOS	6	1,99%
TRANSPLANTES	5	1,66%
PROCEDIMIENTOS	4	1,32%
TOTALES	302	100,00%

Fuente: Corte Constitucional

Grafico 9. Distribución de las solicitudes realizadas por la población con cáncer: periodo 1992-2008



- **Pacientes de SIDA.** Se encuentran 155 pacientes portadores del virus HIV y enfermos de SIDA, de los cuales un 92% son adultos, y el restante 8% lo conforman un niño, cuatro pacientes de la tercera edad, cuatro adultos en condición de discapacidad, dos reclusos, y dos soldados .

Tabla 16. Grupos de población con sida que realizaron las solicitudes: periodo 1992-2008.

GRUPOS DE POBLACIÓN CON SIDA QUE REALIZARON LAS SOLICITUDES: PERIODO 1992-2008		
POBLACIÓN CON SIDA	CANTIDAD	%
ADULTOS	142	91,61%
TERCERA EDAD	4	2,58%
EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	4	2,58%
POBLACIÓN CARCELARIA	2	1,29%
SOLDADOS	2	1,29%
NIÑOS	1	0,65%
TOTALES	155	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Este grupo de pacientes reclama mayoritariamente la práctica de exámenes, entre los cuales se encuentran las pruebas de ELISA, para el diagnóstico inicial, las pruebas de carga viral, y las de recuentos de linfocitos CD4/CD8 para monitorear la evolución de la enfermedad.

La siguiente solicitud en orden de frecuencia, es la de medicamentos antiretrovirales, cuya lista a lo largo de los 17 años se ha ido extendiendo. Después se encuentran los problemas relacionados con la afiliación, algunos debidos a la pérdida del empleo por discriminación y con prácticas de selección adversa por parte de algunas EPS.

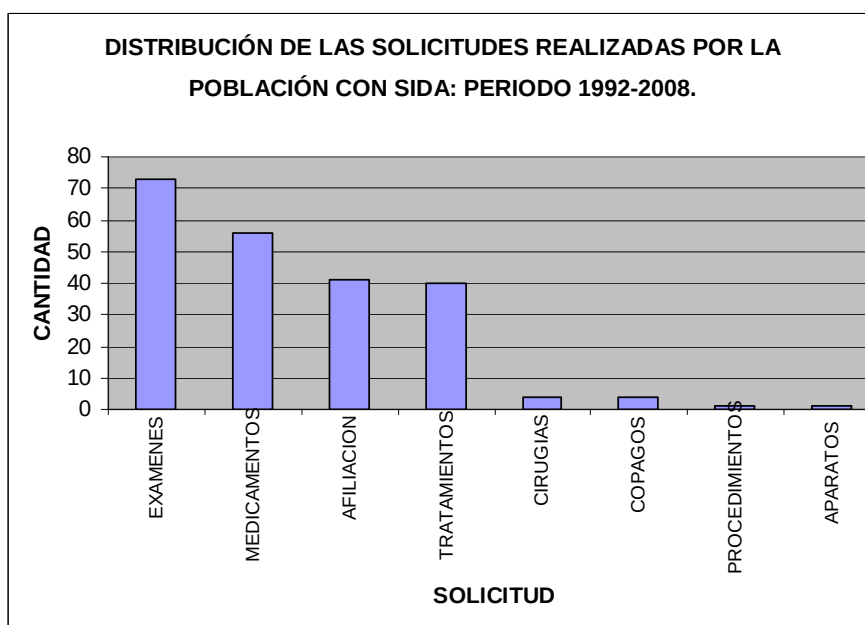
La siguiente solicitud observada es la de tratamientos integrales de la enfermedad. Unos pocos pacientes solicitaron la práctica de cirugías, exoneración de copagos y cuotas moderadoras, procedimientos y aparatos.

Tabla 17: solicitudes realizadas por la población con sida: periodo 1992-2008.

SOLICITUDES REALIZADAS POR LA POBLACIÓN CON SIDA: PERIODO 1992-2008		
TIPO DE SOLICITUD	CANTIDAD	%
EXÁMENES	73	33,18%
MEDICAMENTOS	56	25,45%
AFILIACIÓN	41	18,64%
TRATAMIENTOS	40	18,18%
CIRUGÍAS	4	1,82%
COPAGOS	4	1,82%
PROCEDIMIENTOS	1	0,45%
APARATOS	1	0,45%
TOTALES	220	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Grafico 10. Distribución de las solicitudes realizadas por la población con sida: periodo 1992-2008.



- **Soldados.** Dentro del grupo de 74 soldados retirados o en servicio activo que interpusieron estas tutelas, se encuentran 9 en condición de discapacidad física y/o mental, la mayoría como consecuencia de actividades propias del servicio, dos enfermos de SIDA y un enfermo de cáncer.

Tabla 18. Grupos de población de soldados que realizaron las solicitudes: periodo 1992-2008.

GRUPOS DE POBLACIÓN DE SOLDADOS QUE REALIZARON LAS SOLICITUDES: PERIODO 1992-2008		
POBLACIÓN DE SOLDADOS	CANTIDAD	%
EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	9	12,16%
SIDA	2	2,70%
CÁNCER	1	1,35%
OTROS	62	83,78%
TOTALES	74	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

El análisis de las solicitudes realizadas, permite concluir que la gran mayoría le solicita a las Fuerzas Militares, el tratamiento de la enfermedad que adquirieron durante la prestación del servicio muchas veces como consecuencia del mismo. Le siguen en frecuencia las solicitudes de cirugías algunas veces reconstructivas u ortopédicas, y la afiliación como soldado durante el tiempo que dure el tratamiento y la recuperación.

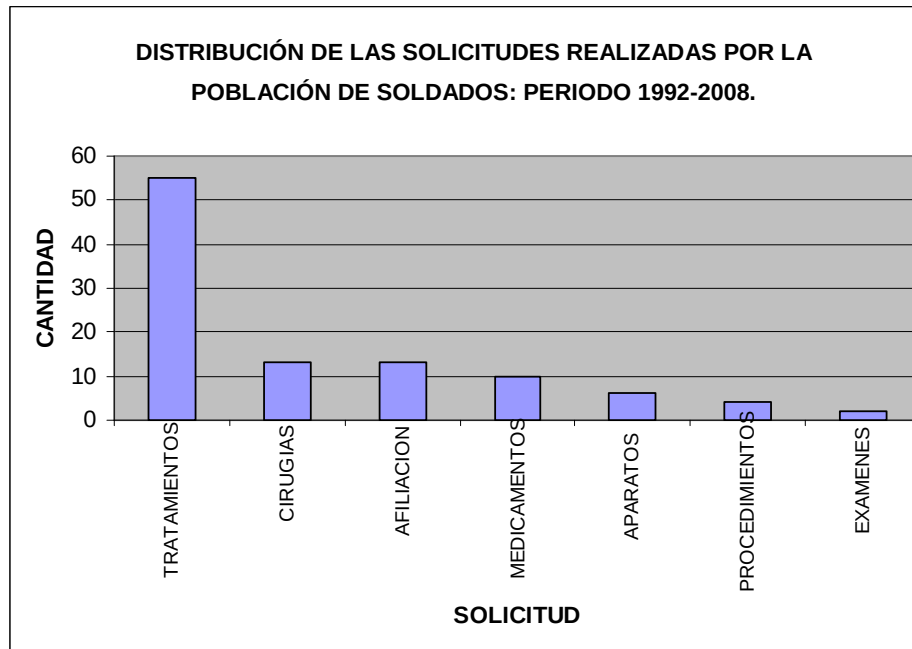
Diez pacientes solicitaron medicamentos, algunos para tratamiento de trastornos psiquiátricos, seis solicitaron aparatos ortopédicos la mayoría prótesis, y muy pocos solicitan la realización de procedimientos y exámenes diagnósticos.

Tabla 19. Solicitudes realizadas por la población de soldados: periodo 1992-2008.

SOLICITUDES REALIZADAS POR LA POBLACIÓN DE SOLDADOS: PERIODO 1992 - 2008		
TIPO DE SOLICITUD	CANTIDAD	%
TRATAMIENTOS	55	53,40%
CIRUGÍAS	13	12,62%
AFILIACIÓN	13	12,62%
MEDICAMENTOS	10	9,71%
APARATOS	6	5,83%
PROCEDIMIENTOS	4	3,88%
EXÁMENES	2	1,94%
TOTALES	103	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Grafico 11: Distribución de las solicitudes realizadas por la población de soldados: periodo 1992-2008.



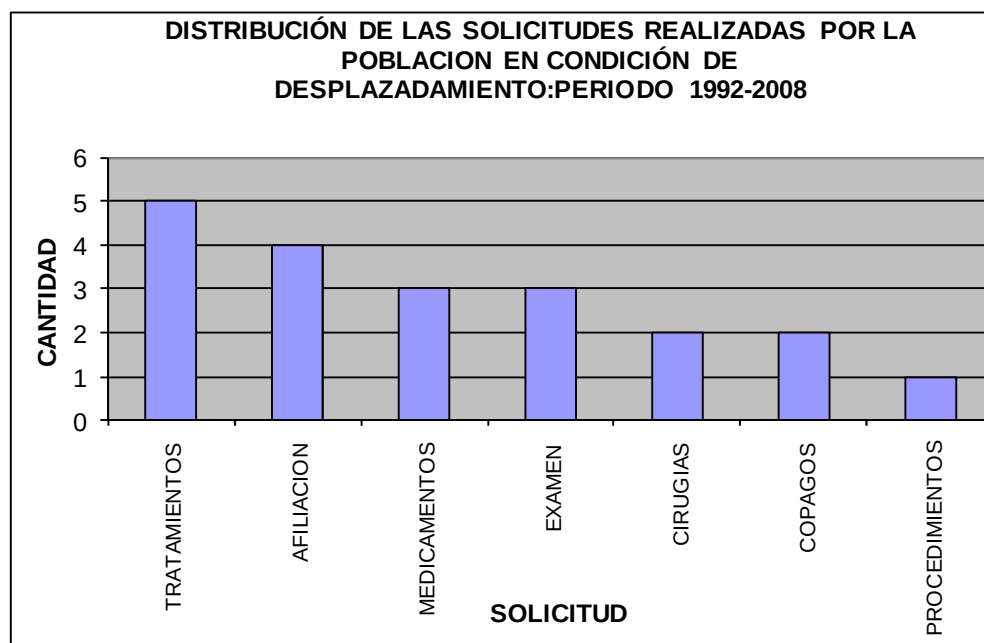
- Población en condición de desplazamiento debido a la violencia.** Se encuentra que 11 pacientes están en condición de desplazamiento por la violencia, fueron objeto de revisión de sus tutelas por parte de la Corte Constitucional, cuatro de ellos pedían ser afiliados a una EPS-S, cinco reclamaban el tratamiento de su enfermedad, tres la realización de exámenes, dos necesitaban la práctica de una cirugía, dos se referían a la exoneración de pago de cuotas moderadoras y copagos, y en una se solicita la realización de un procedimiento. Algunos pacientes se encontraban afiliados a una EPS-S en su lugar de origen, pero al llegar a otra ciudad esta afiliación perdió validez por el carácter de territorialidad del régimen subsidiado. Algunos pacientes tuvieron que ser asesorados por entidades estatales como la Defensoría del Pueblo. Un paciente pertenecía a la tercera edad, y solicitaba su registro como población en condición de desplazamiento para recibir las ayudas humanitarias de emergencia, otro tenía cáncer y finalmente se encuentra un niño dentro de este grupo.

Tabla 20. Solicitudes realizadas por la población en condición de desplazamiento: periodo 1992-2008

SOLICITUDES REALIZADAS POR LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO: PERIODO 1992-2008		
TIPO DE SOLICITUD	CANTIDAD	%
TRATAMIENTOS	5	25,00%
AFILIACIÓN	4	20,00%
MEDICAMENTOS	3	15,00%
EXAMEN	3	15,00%
CIRUGÍAS	2	10,00%
COPAGOS	2	10,00%
PROCEDIMIENTOS	1	5,00%
TOTALES	20	100,00%

Fuente: Relatoría Corte Constitucional

Grafico 12. Distribución de las solicitudes realizadas por la población en condición de desplazamiento: periodo 1992-2008



4.5 JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL EN SALUD

A lo largo de estos diecisiete años, la Corte Constitucional a través de sus diferentes fallos ha establecido las pautas que delimitan el contenido normativo del derecho a la salud, a continuación cito algunas sentencias con el fin de mostrar los rasgos generales de esta jurisprudencia.

4.5.1 Prestaciones excluidas del POS. En diferentes sentencias la Corte ha consignado los cinco criterios para conceder una acción preventiva, diagnóstico, medicamento, tratamiento, implemento o servicio de salud que se encuentren excluidos del Plan Obligatorio de Salud (POS), así:

- Cuando la falta del diagnóstico, medicamento, procedimiento o implemento excluido por la norma legal o reglamentaria amenace los derechos fundamentales a la vida o la integridad física del interesado.
- Cuando se trate de un medicamento, tratamiento o implemento que no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud o que, pudiendo sustituirse, no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan, siempre y cuando ese nivel de efectividad sea el necesario para proteger el mínimo vital del paciente.
- Cuando el paciente realmente no pueda sufragar el costo del diagnóstico, medicamento, tratamiento o implemento requerido.
- Cuando no se puede acceder a él por ningún otro modo o sistema.
- Cuando el diagnóstico, medicamento, tratamiento o implemento ha sido prescrito por un médico adscrito a la EPS a la cual se encuentre afiliado el demandante.

4.5.2 Medicamentos. Al respecto la Corte ha señalado en sentencias como la T-300 de 2005 ¹⁹, en la que ordena la entrega del medicamento Viscotears Gel, excluido del POS,:" i) *Cuando el servicio médico requerido es un medicamento, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud tiene la obligación de suministrarlo, tanto en el régimen contributivo (EPS) como en el régimen subsidiado (ARS), asistiéndole a la respectiva entidad el derecho de repetir contra el Estado por el monto que, según las normas legales y reglamentarias, no le corresponda asumir ."*

En la misma sentencia la Corte analizó el papel que juega el Comité Técnico Científico al analizar las diferentes solicitudes:" *El Comité Técnico Científico está constitucionalmente autorizado para negar un medicamento, tratamiento o prueba de diagnóstico, prescrito por el médico tratante si cumple con los siguientes requisitos mínimos: (1) consultar la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad y, (2) la historia clínica del paciente, esto es, los efectos que concretamente tendría el tratamiento solicitado en el accionante"*

Existen algunos fallos controvertidos como el de la sentencia T-926 de 1999²⁰, en la que ordena la entrega del medicamento Viagra, haciendo la siguiente consideración:" *Debe resaltarse que lo comprometido en este caso no es sólo una afección psicológica que merma la autoestima del actor; su padecimiento pone en juego su capacidad de relación, en uno de los aspectos esenciales de la misma: la vida de pareja, y compromete el ejercicio de otros derechos indudablemente fundamentales, como el de formar libremente una familia y el de la pareja para decidir sobre la procreación de los hijos."*

4.5.3 Cirugías. Al respecto la Corte ha señalado en sentencias como la T-929 de 2001²¹, en la que ordena la realización de una cirugía de emergencia para un

¹⁹ CORTE Constitucional, Sentencia T-300 de 2005, M.P. Manuel José Cepeda.

²⁰ CORTE Constitucional, Sentencia T-926 de 1999, M.P. Carlos Gaviria Díaz

²¹ CORTE Constitucional, Sentencia T-929 de 2001, M.P. Álvaro Tafur Galvis.

paciente hospitalizado, sin haber cumplido el periodo mínimo de cotización:” *Sin embargo, mirado el problema desde el punto de vista constitucional, en eventos de enfermedades catastróficas en los que se halla en peligro la vida del peticionario como en esta ocasión ocurre-, no es posible condicionar el tratamiento a la asunción de los costos en porcentajes. Cafesalud, dada la urgencia del tratamiento, debe prestar la atención que necesite el paciente y luego, si se demuestra que el usuario tiene capacidad de pago, puede repetir contra éste para que asuma los costos en la proporción que la ley ha determinado; y si, por el contrario, la situación económica del afiliado o beneficiario es precaria, Cafesalud E.P.S. podrá acudir ante el Fondo de Solidaridad y Garantías con el fin de recuperar la erogación efectuada.”*

En otras como la T-488 de 2006 ²² , en la que niega la práctica de una neurocirugía estereotáxica, a un enfermo de Parkinson, que fue ordenada por su médico particular, hizo la siguiente consideración:” *Para que prospere la acción de tutela contra alguna E.P.S. o A.R.S., ha reiterado esta Corporación que el servicio médico que se solicita debe ser prescrito por el médico tratante del peticionario. En consecuencia, no es válida para efectos de obligar a una E.P.S. o A.R.S., la orden médica expedida por un médico particular no vinculado a la misma. Si el accionante decide acudir a un médico diferente a los que están adscritos a la E.P.S. o A.R.S. a la que se encuentra afiliado, entonces, debe asumir por cuenta propia los gastos derivados del tratamiento que le sea determinado por su galeno particular “*

Otro tema que ha ocupado a la Corporación es el de la solicitud de cirugías que tienen carácter estético, como en la sentencia T-1078 de 2007²³ , en la que niega la práctica de una cirugía de bypass gástrico, a una paciente con obesidad mórbida, anotando lo siguiente:” *Finalmente. no considera esta Sala de revisión*

²² CORTE Constitucional, Sentencia T-488 de 2006, M.P. Jaime Araujo Rentería

²³ CORTE Constitucional, Sentencia T-1078 de 2007. M.P Humberto Antonio Sierra Porto

que sea un argumento suficiente para negarse a explorar otros posibles tratamientos la negativa de la actora a seguir dietas o practicar ejercicios debido a que según afirma es “lasciva con los alimentos”, cabe recordar que el Bypass gástrico por laparoscopia se encuentra excluido del POS, tiene un elevado costo, y por ende sólo de manera excepcional puede ordenarse su práctica máxime cuando debe sufragarse con recursos públicos, por tal razón los pacientes deben hacer esfuerzos para cumplir con el mandato constitucional de autocuidado de su salud y no limitarse a alegar su falta de disciplina para negarse a intentar los procedimientos previstos en el POS. “

En la sentencia T-023 de 2005 ²⁴ , la Corte ordena realizar una cirugía de reconstrucción de esfínter anal, haciendo la siguiente precisión:” *Así las cosas, no puede la Corte dejar de proteger a una persona que ve menguada su salud y su derecho a una vida digna, en razón a la negativa de la entidad accionada en disponer lo necesario para la realización de un procedimiento quirúrgico que implicaría una mejora notoria en su calidad de vida y en su salud”*

4.5.4 Exámenes. En la sentencia T-1053 de 2002²⁵ , la Corte al analizar la solicitud de una paciente afiliada a una entidad de medicina prepagada, ordena la realización de una manometría ano rectal , haciendo la siguiente precisión:” *No es normal que se retrase la autorización de exámenes que los médicos recomiendan, pues ello va en contra de los derechos a la vida y a la integridad física de los afiliados, no solamente cuando se demuestre que sin ellos la vida del paciente está en peligro- posición de la sentencia de instancia para no acceder a la tutela- sino cuando se suspenden injustificadamente tratamientos que son necesarios para recuperar el restablecimiento de la salud perdida. La realización de un*

²⁴ CORTE Constitucional, Sentencia T-023 de 2005, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra

²⁵ CORTE Constitucional, Sentencia T-1053 de 2002, M.P. Clara Inés Vargas

examen diagnóstico puede llegar a involucrar la protección del derecho a la salud en conexidad con la vida y por lo tanto es tutelable, como en este caso”.

En otros casos como en la sentencia T-829 de 2004 ²⁶, la Corte ordena la realización de una angioresonancia cerebral, para una paciente de cáncer y desempleada, que no se encuentra afiliada a ninguna EPS-s, en los siguientes términos: *“La peticionaria carece, de manera objetiva, de los recursos suficientes para costear el pago que le permita acceder al servicio de salud requerido con urgencia para conservar su integridad física y su vida. Tampoco tiene la posibilidad de procurarse la atención por otros medios, tales como la medicina prepagada, los planes complementarios o los beneficios que surjan con ocasión de una relación laboral, precisamente por su debilidad económica”.*

4.5.5 Copagos y cuotas moderadoras. La Corte Constitucional ha definido las dos situaciones en las cuales debe eximirse al afiliado del pago de copagos y cuotas moderadoras, así:

- Cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora y/o copago, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor.
- Cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea prestado, la entidad encargada de la prestación, exigiendo garantías adecuadas, deberá brindar oportunidades y formas de pago de la cuota moderadora y/o copago, sin que su falta de pago

²⁶ CORTE Constitucional, Sentencia T-829 de 2004 ,M.P. Rodrigo Uprimny Yepes

pueda convertirse de forma alguna en obstáculo para acceder a la prestación del servicio.

En la sentencia T-310 de 2006²⁷, la Corte examina el caso de una niña enferma de anemia de células falciformes, a la que se le niegan exámenes y procedimientos por la incapacidad de su familia de cancelar los copagos, y se pronuncia en los siguientes términos al conceder la solicitud:” .- *En relación con ello, se hace necesario anotar que para este caso en particular resulta totalmente ajustable la jurisprudencia constitucional en relación con la inaplicación de las disposiciones que estipulan la obligación de cancelar copagos y cuotas moderadoras para acceder a la respectiva prestación de los servicios médicos, puesto que se está en presencia de un evento en el que la falta de capacidad económica se convierte en un verdadero obstáculo para la consecución de la asistencia profesional requerida.*”

4.5.6 Gastos de transporte. Respecto del cubrimiento de los gastos de transporte, la Corte ha señalado los casos en que deben ser cubiertos por la Entidad Prestadora de Servicios de salud, así:

- Que el procedimiento o tratamiento se considere indispensable para garantizar los derechos a la salud y a la integridad, en conexidad con la vida de la persona.
- Que el paciente y sus familiares cercanos no cuenten con los recursos económicos para atenderlos.
- Que de no efectuarse la remisión, se ponga en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del afectado.

²⁷ CORTE Constitucional, Sentencia T-310 de 2006, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

- En cuanto al cubrimiento de gastos de transporte para el familiar acompañante la Corte ha precisado:
- Cuando el paciente requiere de un tercero ya fuere para hacer posible su desplazamiento, como para garantizar su integridad física y la atención de sus necesidades más apremiantes.
- Lo anterior, siempre que el paciente y su núcleo familiar carezcan de los recursos suficientes para financiar los gastos

En la sentencia T-197 de 2003²⁸, se analiza la solicitud de gastos de transporte de un paciente en condición de discapacidad física y su acompañante, para realizar una valoración neurológica en otra ciudad. La Corte concede la solicitud haciendo la siguiente consideración: *“Como se indicó en este fallo, está probado que el señor Germán Méndez Barrera depende de forma absoluta de su familia para realizar las tareas más elementales, debe estar acompañado continuamente por una persona que impida que se infrinja daño durante los episodios convulsivos propios de la enfermedad que padece y, según las pruebas practicadas por la Corte, su familia no tiene los ingresos suficientes para costear el transporte del acompañante hasta la ciudad de Cartagena; circunstancias que llevan a la Sala a decidir favorablemente la solicitud de protección constitucional de la referencia.”*

4.5.7 Transplantes. En la sentencia 1131 de 2004²⁹, la Corte estudia la solicitud de transplantes simultáneo de riñón y corazón, y ordena que la EPS convoque a un comité interdisciplinario independiente, en el que participarán los profesionales especializados que según los protocolos existentes para trasplantes deban conceptuar sobre el mismo, para que se pronuncien sobre la conveniencia o no de

²⁸ CORTE Constitucional, Sentencia T-197 de 2003, M.P. Jaime Córdoba Triviño

²⁹ CORTE Constitucional, Sentencia T-1131 de 2004, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto

la cirugía pedida y los aspectos que consideren pertinentes. En la misma sentencia la Corte aclara lo siguiente:” *Las decisiones que pueda tomar el juez de tutela en materia de salud, prestación de servicios médicos, práctica de tratamientos y demás servicios de este tipo, deben estar sustentadas y avaladas por conceptos médicos y especializados que le permitan al fallador evaluar de manera juiciosa y ponderada la situación real del afectado. La jurisprudencia de esta Corporación ha hecho ver cómo no es facultad del juez constitucional indicar el tratamiento médico que debe serle practicado a un paciente, ni determinar el momento en que debe suspenderse,...*”

En la Sentencia T-678 de 2004³⁰, la Corte analiza la solicitud de transplantes de córnea, de una paciente madre cabeza de familia, y al conceder la solicitud precisa:” *Así mismo, en diferentes ocasiones la Corte Constitucional ha puesto de presente que la pérdida progresiva de la visión causada por una enfermedad afecta la vida digna y la integridad física de la persona y por ello ha ordenado a las E.P.S. la realización de las cirugías requeridas y el suministro de los medicamentos y protocolos que demande la cirugía, permitiendo a esas entidades que repitan contra el Fosyga por el costo de los servicios no incluidos en el POS.*

4.5.8 Problemas de afiliación. En la Sentencia T-051 de 2005³¹, la Corte analiza la solicitud de tratamiento integral de un paciente de SIDA, cuyo patrono ha dejado de hacer los aportes a la EPS, y aclara:” *La jurisprudencia ha señalado que cuando el empleador ha sido negligente con el cumplimiento de su obligación de afiliar a los trabajadores o de trasladar los dineros correspondientes a una entidad promotora de salud, no se le puede acarrear ese descuido al trabajador, sino que aquél debe asumir directamente y en forma total esa responsabilidad, cuestión que se refleja en el cubrimiento de los costos que demanden los servicios*

³⁰ CORTE Constitucional, Sentencia T-678 de 2004, M.P. Jaime Córdoba Triviño.

³¹ CORTE Constitucional, Sentencia T -051 de 2005, M.P. Jaime Córdoba Triviño

médicos, como consultas, medicamentos, tratamientos, atención por maternidad, etc.”, concediendo al paciente el amparo solicitado.

La sentencia 842 de 2005³², solicita la continuidad del tratamiento de cáncer de una paciente cuyo esposo perdió su trabajo, por lo tanto la EPS suspendió toda atención. La Corte concede el amparo del derecho dejando la siguiente aclaración:”. *La Corte Constitucional ha reiterado que debe existir una continuidad respecto de la prestación del servicio público de salud. Esto implica que las E.P.S. no pueden desentenderse de usuarios a los cuales se les ha iniciado un tratamiento para contrarrestar una enfermedad grave argumentando razones de índole contractual. En consecuencia si a causa de la terminación del contrato de trabajo de su cónyuge, la accionante quedó sin el servicio médico y no está afiliada a otro régimen, la EPS debe continuar suministrando la atención médica reclamada, hasta que la señora sea afiliada nuevamente a una EPS, se vincule como independiente al Régimen Contributivo, se beneficie del Régimen Subsidiado, o hasta tanto la amenaza cese u otra entidad encargada de prestar el servicio en cuestión asuma sus obligaciones legales y los continúe efectivamente prestando.”*

4.5.9 Entrega de aparatos y otros insumos. En sentencias como la T-078 de 2005³³, la Corte establece las pautas sobre la especial protección debida a los limitados físicos y/o neurosensoriales en los siguientes términos:

- La Constitución Política prescribe que, con el fin de promover condiciones de igualdad real y efectiva de todos, el Estado tiene la obligación de proteger especialmente a aquellas personas que por su condición física, económica o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.

³² CORTE Constitucional, Sentencia T-842 de 2005, M.P. Manuel José Cepeda.

³³ CORTE Constitucional, Sentencia T-078 de 2005, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra

- El Estado adelantará una política de integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos y prestará la atención especializada a quienes lo requieran.
- Por último, dispone que la educación de personas con limitaciones físicas, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.

En la misma sentencia se ordena la entrega de una nueva prótesis de pierna debajo de rodilla al paciente, debido a que la actualmente utilizada está deteriorada y le disminuye su capacidad funcional y calidad de vida.

En otras tutelas se solicita la entrega de implementos necesarios para el cuidado de la salud, como en la sentencia T-367 de 2004³⁴, que analiza la entrega de bolsa de colostomía excluidas del POS, en ella la Corte concede la protección solicitada aclarando :” *El derecho a la vida en sí mismo considerado, no es un concepto restrictivo que no se limita solamente a la idea reducida de peligro de muerte, sino que es un concepto que se extiende a la posibilidad concreta de recuperación y mejoramiento de las condiciones de salud, en la medida en que ello sea posible, cuando éstas condiciones se encuentran debilitadas o lesionadas y afecten la calidad de vida de las personas o las condiciones necesarias para garantizar a cada quien, una existencia digna.*”

4.5.10 Tratamientos. En el expediente T-124 de 2002³⁵, se analiza la solicitud de tratamiento de esquizofrenia para dos pacientes, en institución hospitalaria especializada, la Corte concede la solicitud aclarando lo siguiente:” *De este modo, es posible exigir a todos los estamentos comprometidos en la prestación de los servicios de salud, que dentro de sus propios límites operativos, económicos y logísticos, proporcionen el mejor servicio médico científicamente admisible y humanamente soportable. Así, “las entidades encargadas de prestar servicios*

³⁴ CORTE Constitucional, Sentencia T-367 de 2004, M.P. Jaime Córdoba Triviño.

³⁵ CORTE Constitucional, Sentencia T-124 de 2002, M.P. Manuel José Cepeda

de salud, deben propender un grado de garantía de máxima utilización de los medios científicos razonablemente disponibles". De ahí que no resulte acertado pensar o sugerir, que "nada puede o debe hacerse por pacientes que presentan afecciones permanentes o degenerativas, pues a ellos asisten los mismos derechos que a cualquier otro enfermo, y las obligaciones que pueden predicarse del Estado o de la familia permanecen intactas: prodigar al disminuido físico o mental, los cuidados adecuados para asegurar una existencia digna y tranquila".

4.5.11 Procedimientos. Algunas EPS solicitan a sus pacientes el pago de su erario propio de los insumos necesarios para realizar un procedimiento, así se trate de una urgencia vital. Es el caso que analizó la sentencia T-070 de 2008³⁶, en el que a un paciente se le exige la compra de un kit de ligadura de vasos esofágicos, para tratar un cuadro hemorrágico, la Corte concede el amparo solicitado haciendo varias consideraciones:” *Cuando un procedimiento se encuentra incluido en el POS se entienden también incluidos los insumos para practicarlo”* y más adelante señaló:”. *En el presente caso se reiterará la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre la procedencia excepcional de la acción de tutela como mecanismo para ordenar el reembolso de gastos, ya que se constató que tres de los cuatro servicios médicos ordenados por el médico tratante, negados por la EPS, si se encontraban incluidos en el POS, además, dichos procedimientos fueron ordenados al ingresar por el servicio de urgencias a la Clínica AMI, bajo la advertencia del médico tratante de que no podía posponerse su realización, razón por la que se vio obligado a cancelar su costo.”*

³⁶ CORTE Constitucional, Sentencia T-070 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda.

V TRABAJOS REALIZADOS POR LA DEFENSORIA DEL PUEBLO

La Defensoría del Pueblo de Colombia ha realizado dos estudios descriptivos, el primero de ellos correspondió al periodo 1999- primer semestre de 2003³⁷ y el segundo estudió el periodo comprendido entre los años 2003(segundo semestre)- 2005³⁸, con el fin de analizar la trascendencia que ha tenido la acción de tutela en el país, en el ámbito de la protección del derecho a la salud, mediante un estudio de las bases de datos que reposan en la Corte Constitucional, y de muestreos de los expedientes que reposan en los juzgados de los diferentes municipios.

La primera conclusión que se observa, es que durante estos siete años se interpusieron 328.191 tutelas en todo el país que invocaban el derecho a la salud, correspondiendo a un 29% del total de tutelas tramitadas.

Tabla 21. Participación de las tutelas en salud: periodo 1999-2005.

PARTICIPACIÓN DE LAS TUTELAS EN SALUD: PERIODO 1999-2005				
AÑO	TOTAL TUTELAS	TUTELAS QUE INVOCAN EL DERECHO A LA SALUD	%	INCREMENTO ANUAL EN SALUD
1999	86.313	21.301	24,7	7,60%
2000	131.764	24.843	18,9	16,60%
2001	133.272	34.319	25,8	38,10%
2002	143.887	42.734	29,7	24,50%
2003	149.439	51.944	34,8	21,60%
2004	198.125	72.033	36,4	38,70%
2005	224.270	81.017	36,1	12,70%
TOTAL	1.067.070	328.191	PROMEDIO ANUAL 29%	CRECIMIENTO GENERAL PERIODO 1999-2005: 280%

Fuente: Defensoría del Pueblo

³⁷ MEJIA, Villegas, Darío, La Tutela y el derecho a la salud, período 1999-2003, Imprenta Nacional, Bogotá, 2004, 42 Pág.

³⁸ MEJIA, Villegas, Darío, La Tutela y el derecho a la salud, período 2003-2005, Imprenta Nacional, Bogotá, 2007, 81 Pág.

En el primer estudio se encontró que 87.300(70%) personas interpusieron la acción invocando servicios que se encontraban dentro del POS, con un 95.2% no sujetas a "periodos mínimos de cotización"; mientras que en el segundo estudio se encontró que 83.023(56.4%) tutelas se interpusieron para reclamar servicios en salud incluidos en el POS, de las cuales 93.4% no se hallaban limitadas por la causal "semanas mínimas de cotización"

Las solicitudes más realizadas fueron: exámenes, cirugías, medicamentos, tratamientos, prótesis y órtesis, y citas médicas.

Tabla 22. Contenidos mas frecuentes en las tutelas interpuestas: periodo 1999-2005.

CONTENIDOS MAS FRECUENTES EN LAS TUTELAS INTERPUESTAS: PERIODO 1999-2005								
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
EXÁMENES	4650	5165	8835	11380	14173	19348	20745	84.296
CIRUGÍAS	7292	5911	8337	9380	12152	16543	18796	78.411
MEDICAMENTOS	2326	4167	5860	9808	11894	16945	20914	71.914
TRATAMIENTOS	3257	4699	9580	9808	7332	10416	14645	59.737
PRÓTESIS Y ÓRTESIS	1036	1759	2657	2827	6864	9783	12707	37.633
CITAS MEDICAS OTROS RELACIONADOS CON EL SISTEMA	1010	1576	2790	1438	3768	7094	8004	25.680
OTRAS	1989	2682	3758	3999	3913	4348	4794	25.483
OTRAS	2980	3552	3006	3021	3524	4148	4899	25.130
PROCEDIMIENTOS	421	723	1486	910	2861	3919	5432	15.752
OTROS:	4969	6234	6764	7200	7437	8496	9693	50793
TOTALES	31.929	38.468	55.074	61.773	75.921	103.044	122.634	474.829

Fuente: Defensoría del Pueblo

Se encontró que las 10 EPS más demandas en estas acciones de tutela fueron en su orden: Seguro Social, Saludcoop, Coomeva, Cajanal, Cafesalud, Salud Total, Sanitas, Susalud, Humana Vivir, y Caprecom, según se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla 23. Número de tutelas por EPS: periodo 1999-2005

NUMERO DE TUTELAS POR EPS :1999-2005								
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
I.S.S.	14099	12639	14116	15695	17831	21024	18871	114.275
Saludcoop	320	625	1284	2184	3207	5947	7644	21.211
Coomeva	221	357	1026	1888	2785	4469	6491	17.237
Cajanal	655	2517	2628	3143	2517	2363	446	14.269
Cafesalud	86	180	715	1335	2433	3170	3472	11.391
Salud Total	78	164	518	1168	1425	2148	3106	86.07
Sanitas	42	118	240	533	655	2008	3624	7.220
Susalud	141	374	689	1071	1156	1496	2212	7.139
Humana Vivir	14	68	196	573	943	1133	1926	4.853
Caprecom	111	104	298	918	850	681	845	3.807
OTRAS	681	1160	2092	2903	5436	7264	2510	22046
TOTALES	16.448	18.306	23.802	31.411	28.366	37.175	46.127	201.635

Fuente: Defensoría del Pueblo

Se concluye que las especialidades de la medicina en las que más tratamientos se solicitaron fueron: oncología, cardiovascular, sida, ortopedia, neurología-neurocirugía, renal y transplantes, oftalmología, otorrinolaringología, ginecología, psiquiatría, endocrinología, urología y nefrología, cirugías de tórax y abdomen, salud oral, reumatología, y diagnósticos genéticos.

Tabla 24. Tratamientos Más Solicitados Por Especialidades: Periodo 1999-2005.

TRATAMIENTOS MAS SOLICITADOS POR ESPECIALIDADES: PERIODO 1999-2005								
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
Oncología	709	871	2461	2264	2105	3392	3952	15.754
Cardiovascular	518	519	1442	1946	1025	1038	1324	7.812
Sida	332	698	841	1095	196	842	433	4.437
Ortopedia	60	333	449	423	512	787	1522	4.086
Neurología-neurocirugía	103	225	426	676	488	890	756	3.564
Renal y transplantes	188	192	773	713	709	455	484	3.514
Oftalmología	284	114	767	228	366	395	418	2.572
Otorrinolaringología	228	114	220	327	49	349	620	1.907
Ginecología	57	57	267	0	147	309	705	1.542
Psiquiatría	59	114	245	428	99	145	428	1.518
Endocrinología	160	163	251	114	292	153	380	1.513
Urología y nefrología	0	285	203	213	170	0	517	1.388
Cirugías tórax-abdomen	228	0	220	276	98	96	428	1.346
Salud oral	103	136	110	178	123	94	281	1.025
Reumatología	0	164	57	57	48	259	337	922
Genética	114	171	225	171	25	47	43	796
OTROS	114	543	631	699	880	1165	2017	6049
TOTALES	3257	4699	9588	9808	7332	10416	14645	59745

Fuente: Defensoría del Pueblo

En los dos estudios se encontró que el 77% de las tutelas se dirigen contra EPS Y EPS-S en el primer periodo estudiado un 11.4% se interpuso contra entes territoriales y en el segundo periodo se hizo en un 14.6%.El resto de tutelas se interpusieron contra otras entidades como ARP, empresas de medicina prepagada y regímenes especiales como ECOPETROL.

Tabla 25: Tutelas Por Tipo De Entidad Demandada: Periodo 1999-2002.

TUTELAS POR TIPO DE ENTIDAD DEMANDADA :PERIODO1999-2002					
	1999	2000	2001	2002	TOTAL
EPS	16488	18306	23802	31411	90007
Entes territoriales	1793	2329	4008	5424	13554
ARS(Aseguradora Régimen Subsidiado)	144	444	1206	1877	3671
IPS	463	632	980	1060	3135
Empresas particulares	1534	2024	2757	1369	7684
Otras Empresas del Estado.	807	929	1373	1333	4442
ARP	42	74	109	139	364
Empresas adaptadas al sistema	42	51	50	83	226
Empresas de medicina prepagada.	28	54	34	38	154
TOTALES	23.340	26.843	36.320	44.736	123.237

Fuente: Defensoría del Pueblo

El segundo estudio separó las EPS según si atienden régimen contributivo, subsidiado o los dos, haciendo lo mismo con otras entidades del Estado como Inpec y regímenes de excepción, siendo un poco más específico en esta clasificación.

Tabla 26: Tutelas Por Tipo De Entidad Demandada: Periodo 2003-2005

TUTELAS POR TIPO DE ENTIDAD DEMANDADA: PERIODO 2003-2005				
	2003	2004	2005	TOTAL
EPS(solo régimen contributivo)	28366	37175	46127	111.668
EPS(régimen contributivo y subsidiado)	9860	14353	13617	37.830
Entes territoriales	7305	11414	11275	29.994
EPS(solo en régimen subsidiado)	1432	2575	4096	8.103
IPS	1221	1872	1848	4.941
Entidades particulares	1002	1216	1054	3.272
Entidades del Estado	967	902	737	2.606
Inpec/penitenciarías	647	945	943	2.535
Regímenes de excepción	559	632	609	1.800
Empresas de servicios públicos	239	585	251	1.075
ARP	145	176	190	511
Empresas adaptadas al sistema	142	121	177	440
Empresas de medicina prepagada	59	67	93	219
TOTALES	53.947	74.037	83.022	204.994

Fuente: Defensoría del Pueblo

Los jueces de primera instancia han favorecido mayoritariamente con sus decisiones a los solicitantes en estas acciones de tutela, el primer estudio reveló que en el 78.5% de los casos la petición fue concedida; El segundo trabajo encontró que el amparo solicitado fue concedido a un 83.5% de los demandantes.

Tabla 27: Análisis De Las Decisiones De Los Jueces De Primera Instancia: Periodo 1999-2003.

ANALISIS DE LAS DECISIONES DE LOS JUECES DE PRIMERA INSTANCIA: PERIODO 1999-2003							
	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL	%
CONCEDIDAS	15370	18852	27395	34451	18005	114073	78,5
NEGADAS	5786	5920	6829	8140	4097	30772	21,2
SIN INFORMACION	28	42	62	102	45	279	0,2
DESISTIDA	116	28	33	40	15	232	0,2
ABSTENCION	1	1	0	1	1	4	0
TOTAL	21.301	24.843	34.319	42.734	22.163	145.360	100

Fuente: Defensoría del Pueblo

Esta investigación encontró que el escaso número de tutelas negadas obedece a factores como la carencia actual de objeto (muerte del accionante), , o hecho superado, que sucede cuando la entidad entrega al demandante lo solicitado antes de que se produzca el fallo; al respecto la Defensoría del Pueblo denuncia que se trata de un habilidoso mecanismo de solución parcial para que el juez niegue la solicitud sin condenar al asegurador, quien posteriormente reincide en detrimento del usuario que ya no puede interponer otra tutela por los mismos hechos y derechos según decreto 2591/91.

Otras tutelas se negaron por que el juez consideró que existían otros mecanismos de defensa, o por que se omitieron algunos trámites como la solicitud ante el Comité Técnico Científico.

6. CONCLUSIONES

- Con este estudio se concluye que la mayor proporción de tutelas en salud se interponen por servicios incluidos en el POS, y que el factor semanas mínimas de cotización no ha jugado un papel preponderante, contrariando la creencia popular de que la tutela en salud solo invoca servicios excluidos del POS.
- Dentro del grupo de pacientes de enfermedades catastróficas o ruinosas, la tutela se ha convertido en un requisito casi obligatorio para conseguir el pleno disfrute del derecho a la salud, principalmente por estar sujetas a periodos mínimos de cotización y porque en muchos casos se desconoce que en estos eventos no pueden exigirse copagos ni cuotas moderadoras.
- El aumento progresivo en el número de tutelas, se debe entre otras razones a un mayor conocimiento de sus derechos por parte de los usuarios, el trabajo de asesoría realizado por entidades como la Defensoría del Pueblo y las Personerías y a fallas en la regulación, vigilancia y control del SGSSS.
- La entrada en vigencia de los Comités Técnico Científicos para analizar las solicitudes de drogas excluidas del listado de medicamentos esenciales, no logró reducir el número de solicitudes presentadas ante los jueces, y en muchos casos se han convertido en otro obstáculo para los pacientes, pues las EPS alegan la no realización del trámite ante dicho CTC como excusa para no entregar las medicinas prescritas.
- Se observa un aumento sostenido en el número de tutelas en salud que la Corte Constitucional ha escogido para revisión, desde el 4.4% que escogió en 1992, hasta

el 38% que seleccionó en el año 2008, y un marcado compromiso de algunos Magistrados como el Dr. Manuel José Cepeda con esta problemática.

- La Corte Constitucional ha mostrado una gran sensibilidad frente al tema de la salud de los grupos más vulnerables de la población como los niños, los ancianos y la población en condición de desplazamiento por la violencia, y particularmente con aquellos que muestran condiciones que los hacen aún más frágiles como los enfermos de cáncer y las personas en condición de discapacidad física y mental.
- La ley 1122 de 2007, se quedó corta en introducir reformas que regularan las funciones de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, tendientes a endurecer las sanciones a las entidades prestadoras de servicios de salud que desconozcan las leyes, arriesguen la vida de los usuarios por la continua negación de los servicios y desconozcan las órdenes impartidas por los jueces y la jurisprudencia desarrollada por la Corte Constitucional.
- Se observan mecanismos de selección adversa de usuarios por parte de algunas EPS, para evitar asumir los costosos tratamientos de algunas enfermedades como el cáncer y el SIDA.
- El tema de los soldados que son retirados enfermos o en condición de discapacidad del servicio activo, sin ofrecérseles ningún tratamiento por parte del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, sigue presentándose con frecuencia a pesar de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional desde 1992.
- Muchos usuarios ven frustrado su acceso a los servicios de salud debido a su incapacidad económica para cancelar copagos y cuotas moderadoras, incluso en casos de urgencias vitales.

- Se ha desconocido que el derecho a la salud de los niños y las niñas es fundamental, y que al mismo no puede oponerse ningún obstáculo de índole legal, administrativo o económico.
- Muchos usuarios desconocen que han sido desafiliados de las diferentes EPS, por la actitud irresponsable de sus empleadores que no hacen los respectivos traslados de aportes, que si han sido deducidos de su sueldo.
- Para una gran proporción de usuarios del SGSSS, esta problemática ha implicado tener que hacer grandes gastos de su propio bolsillo, principalmente porque algunas enfermedades exigen una solución inmediata y no pueden esperar el tiempo que se toman los jueces para decidir, sin contar con los casos en que se niega el recurso.
- Algunas EPS cuando son notificados por los diferentes juzgados de la acción de tutela en su contra, han adoptado la costumbre de ofrecerle a los pacientes los servicios que antes les negaron, para evitar ser condenados por los jueces y evitar que el paciente los vuelva a demandar.
- Existen dos solicitudes que casi siempre son negadas en sede tutela: los tratamientos de odontología especializada y los de fertilidad, este último tema muy debatido por que en algunos casos una enfermedad que causa esterilidad también causa síntomas que pueden ser muy dolorosos y que requieren la práctica de algunas intervenciones.
- Las dilaciones injustificadas en algunos trámites de tipo administrativo, han originado muchas acciones de tutela, lo mismo que la no resolución de derechos de petición que solicitaban soluciones a casos concretos.
- Algunas EPS retienen a sus usuarios en sus bases de datos, a pesar de que les hayan solicitado su desafiliación para trasladarse a otra entidad, ocasionándole con

esto al paciente la condición de “doble afiliación” que es causal de negación de cualquier acción de tutela en salud.

- A muchos pacientes de alto costo, se les ha negado la continuidad de su tratamiento en razón a la pérdida de su empleo o de la persona que los afilió como beneficiarios.
- Muchos jueces y aún algunos Magistrados de la Corte Constitucional han desconocido el esfuerzo que han hecho algunos pacientes, al acudir a un médico particular, debido a la negativa del médico tratante de remitirlos a un especialista, y han negado las solicitudes hechas en estas consultas dejando al paciente sin ninguna salida a su problema.
- Es frecuente el tema de las tutelas contra entidades de medicina prepagada, que afilian a sus pacientes sin practicarles ningún examen de ingreso y después les niegan las solicitudes realizadas en salud, por tratarse de preexistencias.
- Existen procedimientos que las EPS aprueban, pero no así los insumos necesarios para su realización, como ocurre con la cirugía de cataratas incluida en el POS, y la lente intraocular no incluida dentro del Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS (MAPIPOS), en estos casos la Corte ha aplicado la interpretación que resulta más favorable a la protección de los derechos de los pacientes.
- Las EPS niegan a sus pacientes cualquier cirugía plástica, así se trate de víctimas de quemaduras o niños con defectos congénitos como el paladar hendido, en estos casos la Corte ha favorecido estas solicitudes por encontrarse dentro del POS y tener una finalidad reconstructiva funcional.

- El uso de la tutela como opción alternativa para acceder a la prestación de los servicios de salud, ha llevado a una congestión cada vez mayor de los juzgados y tribunales en todo el país, desgastando el concepto de esta acción como mecanismo extraordinario de protección.

7. RECOMENDACIONES

- Que se realice una actualización del POS-C y POS-S y por consiguiente del MAPIPOS, de acuerdo a los avances de la medicina y la tecnología, dentro de criterios de viabilidad y sostenibilidad financiera del SGSSS, tendiente a hacerlo más justo para los usuarios. Que el mismo quede definido en términos claros que no permitan interpretaciones ambiguas, que perjudiquen a los pacientes.
- Que la Superintendencia Nacional de Salud, adopte medidas sancionatorias para aquellas entidades que injustificadamente nieguen a sus usuarios beneficios contenidos en el POS-C y POS-S, en coordinación con los diferentes jueces, adoptando medidas drásticas contra aquellas que reincidan en las mismas prácticas. Que su sistema de atención de PQR (peticiones, quejas y reclamos) y resolución de problemas sea más ágil y más efectivo. Que escuche las inquietudes presentadas por las asociaciones de usuarios y les de trámite y solución.
- Que se modifique el decreto 2591 de 1991 en lo concerniente al reparto de la acción de tutela y se establezca que las solicitudes de tutela en salud sean atendidas por jueces que tengan conocimientos en dicha área, y de no ser posible, que se reglamente la asesoría por parte de profesionales de la medicina, para que el juez cuente con una base científica a la hora de tomar una decisión.
- Que se de cumplimiento al artículo 162 de la ley 100 del 93, según el cual los planes de beneficios de los dos regímenes –subsidiado y contributivo- se unificarían, para que el SGSSS deje de ser inequitativo.
- Que se adopten medidas por parte del Ministerio de la Protección Social para que el procedimiento de recobro ante el FOSYGA, por el cubrimiento de enfermedades de alto costo y beneficios excluidos del POS, sea más ágil y así las diferentes EPS-C

y EPS-S no tengan el temor de que nadie les responderá por estos gastos, debido a que en la actualidad cada recobro debe llevar anexos tantos documentos que se torna dispendioso y el trámite puede tardar tanto tiempo que las entidades pueden verse afectadas en sus recursos.

- Que las EPS-C y EPS-S dispongan medidas para controlar la actuación de los Comité Técnico Científicos, con el fin de que no demoren injustificadamente las solicitudes de los pacientes y que las decisiones en las que niegan un medicamento se soporten en los conocimientos científicos y el estudio de la historia clínica del paciente. Que exista una instancia de réplica ante sus decisiones, debido a que en la actualidad este mecanismo no está contemplado en la ley. Que este trámite sea realizado internamente, y no se le convierta al paciente en una obligación.
- Fortalecer la figura del Defensor del usuario, para que pueda ayudar a canalizar ante las directivas de las diferentes entidades las peticiones, quejas y reclamos de los usuarios, y así mismo transmita a los entes de control las diferentes irregularidades que encuentre.
- Que los entes territoriales vigilen y controlen a los funcionarios encargados de aplicar las encuestas del SISBEN y expedir los respectivos carnets, para que actúen con agilidad y eficiencia, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud de la población más necesitada.
- Que la Superintendencia Nacional de Salud realice auditorías a las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud, con el fin de establecer el uso que se le está dando a los recursos de la salud, y determinar por qué una sola EPS reporta utilidades de 20.000 millones de pesos durante el año 2008, mientras los usuarios tienen que seguir acudiendo a los jueces para poder recibir los servicios requeridos.

- Que se de cabal cumplimiento a lo dispuesto en el decreto 1141 de 2009, del Ministerio de la Protección Social, en acatamiento a la sentencia T-1031 de 2008 la Corte Constitucional, que ordena la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de la población reclusa a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Inpec; de esta manera se disminuirá el número de tutelas tramitadas por estas personas.
- Que se disponga que todas las entidades prestadoras de servicios de salud, implementen un Modelo de Gestión Integral de la Calidad, definan una Política de Calidad, y tengan establecido un Mapa de Procesos, con el fin de que se ofrezca un servicio más humano, cuyo único objetivo sea la conservación de la salud y la vida de los pacientes, y que la acreditación en salud sea obligatoria para todas las entidades prestadoras de servicios de salud.
- Que el Congreso de la República continúe con su compromiso de proteger a los pacientes de algunas patologías que hasta el día de hoy fueron excluidas del POS, como la ley que obliga a las EPS a tratar la obesidad mórbida como enfermedad, y a realizar la cirugía bariátrica en caso de que sea ordenada por el médico.
- Que se dé estricto cumplimiento a todas las órdenes impartidas por la Corte Constitucional, al Ministerio de Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud y a los demás actores del SGSSS, en la sentencia T-760 de 2008.
- Que se reglamente por parte del Ministerio de la Protección Social, que sea el médico tratante el que determine la pertinencia de un medicamento, tratamiento o procedimiento, sin que se cuestionen sus decisiones o se limite la cantidad consignada en sus solicitudes, por parte de las oficinas de autorizaciones de las EPS, como está ocurriendo en la actualidad en algunas entidades.

- Que en las facultades de medicina, se enseñe con rigor el concepto de ética médica, para que sus egresados no accedan a las actitudes de constreñimiento de la autonomía médica, que se observa en la actualidad en muchas instituciones prestadoras de servicios de salud, a cambio de incentivos de tipo económico o mejoras laborales, como lo ha constatado la Defensoría del Pueblo en su investigación sobre este tema³⁹.

³⁹ GUALTERO, Marta Lucía, Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud, Imprenta Nacional, Bogotá, 2007, 75 Pág.

8. BIBLIOGRAFÍA

1-ARBELAEZ, Rudas, Mónica, El derecho a la salud en Colombia, Ediciones Antropos Ltda, Bogotá, 2006,372 Pág.

2-PARRA, Guzmán, Mario, Fernando, Tutela jurisdiccional de los derechos fundamentales, Ediciones Doctrina y ley Ltda, Bogotá, 2000, 272 Pág.

3-PEREZ, Villa, Jorge, Los derechos en Colombia, Editorial Leyer, Bogotá, 1996,269 Pág.

4-ARENAS, Salazar, Jorge, La tutela: una acción humanitaria, Ediciones Doctrina y ley, 1993, Bogotá, 643 Pág.

5-CEPEDA, Manuel, José, Los derechos fundamentales en la Constitución de 1991, Editorial Temis, 1997, Bogotá, 360 Pág.

6-BARRETO, José, Vicente, Acción de tutela: teoría y práctica, Legis Editores S.A. 2001, Bogotá, 524 Pág.

7-SANIN, Restrepo, Ricardo, Justicia constitucional, Legis Editores S.A. 2006, Bogotá, 311 Pág.

9-YOUNES, Moreno, Diego, Derecho constitucional colombiano, Legis Editores S.A., 1997, Bogotá, 476 Pág.

10-PARRA, Vera Oscar, El derecho a la salud, Imprenta Nacional de Colombia, 2003, Bogotá, 417 Pág.

11-ARENAS, Monsalve, Gerardo, El derecho colombiano de la seguridad social, Editorial Legis S.A., 2007, Bogotá, 757 Pág.

12-OLANO, Correa, Hernán, Alejandro, Acción de tutela, Ediciones Doctrina y ley, 1995, Bogotá, 327 Pág.

13-MEJIA, Villegas, Darío, La tutela y el derecho a la salud: periodo 1999-2003, Imprenta Nacional, Bogotá, 2004, 42 Pág.

14- MEJIA, Villegas, Darío, La tutela y el derecho a la salud: periodo 2003-2005, Imprenta Nacional, Bogotá, 2007,82 Pág.

15-GUALTERO, Marta, Lucía, Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud, Imprenta Nacional, Bogotá, 2007,79Pág.