

**LA TUTELA EN UNA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EN EL PERIODO
2013-2014.**

ANÁLISIS DE TENDENCIA, FRECUENCIA Y COSTO

JOSE NILSON RUIZ FRANCO



**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI, 2015**

**LA TUTELA EN UNA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EN EL PERIODO
2013-2014.**

ANÁLISIS DE TENDENCIA, FRECUENCIA Y COSTO

JOSE NILSON RUIZ FRANCO

**Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de
Magíster en Salud Publica**

**Directora
Elsa Patricia Muñoz Laverde
Médico Magister en Epidemiología**



**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI, 2015**

AGRADECIMIENTOS

A Dios Padre, por ser la luz en el camino, sus bendiciones, y orientación en el propósito de mi vida.

A mi familia por el apoyo incondicional, acompañamiento y comprensión.

A la Doctora Elsa Patricia Muñoz Laverde por su orientación, enseñanza, dedicación, estímulo y confianza en la realización de este trabajo de investigación.

A todas y cada una de las personas de una u otra forma contribuyeron en el desarrollo y finalización de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	6
1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	8
2. OBJETIVOS	15
2.1 GENERAL	15
2.2 ESPECÍFICOS	15
3. MARCO REFERENCIAL	16
3.1 ESTADO DEL ARTE	16
3.2 MARCO TEORICO	18
3.3 MARCO CONCEPTUAL	22
3.4 MARCO LEGAL	25
3.5. MARCO CONTEXTUAL	26
4. METODOLOGIA	28
4.1 TIPO DE ESTUDIO	28
4.2 AREA DE ESTUDIO	28
4.3 POBLACIÓN	28
4.4 VARIABLES	28
4.5 RECOLECCION DE DATOS	29
4.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	29
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	31
6. RESULTADOS	33
7. DISCUSIÓN	46
8. CONCLUSIONES	53
9. RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFIA	55

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Frecuencia de tutelantes en Empresa administradora de planes de beneficios Colombia 2013-2014.	34
Tabla 2. Frecuencia de solicitantes a nivel Regional año 2013-2014.....	36
Tabla 3. Distribución de solicitantes por genero.....	37
Tabla 4. Frecuencia de tutelas a nivel Nacional por afiliado 2013-2014	38
Tabla 5. Distribución de solicitudes salud por año.....	38
Tabla 6. Costo y distribución por servicio año 2013.....	39
Tabla 7. Costo y distribución por servicio año 2014.....	40
Tabla 8. Distribución del costo de acuerdo al ordenamiento 2013-2014.....	40
Tabla 9. Distribución por tipo de medicamento 2013-2014.....	41
Tabla 10. Frecuencia de solicitudes de acuerdo a la causa de origen año 2013-2014.....	42
Tabla 11. Frecuencia de solicitudes de acuerdo a origen a nivel regional período 2013-2014.....	43
Tabla 12. Frecuencia de solicitudes por grupo diagnostico 2013-2014.....	44
Tabla 13. Frecuencia de solicitudes por grupo diagnóstico a nivel regional período 2013-2014.....	45

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Grafica 1. Pirámide poblacional de EPS para el año 2013	33
Grafica 2. Distribución tutelantes por regional por año x cada 1.000 afiliados	35
Grafica 3. Frecuencia de solicitantes a nivel Nacional año 2013-2014	35
Gráfica 4. Frecuencia nacional de tutelantes por rango de edad periodo 2013-2014	37

RESUMEN

La tutela es un mecanismo de participación que fue consagrado como instrumento de protección de derechos fundamentales incluida en la Constitución Política de Colombia expedida en 1991. Luego de su implementación el número de acciones de tutela registra un incremento progresivo a lo largo de los años, alcanzando el mayor número de solicitudes en el año 2014, siendo el derecho a la salud el segundo más reclamado, constituyendo este mecanismo en un recurso de uso frecuente por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), reconocido como el instrumento más eficaz y oportuno de defensa jurídico con que cuenta la población colombiana⁽¹⁾.

Esta investigación caracterizó las solicitudes de tutela al interior de una empresa promotora de salud (EPS), uno de los principales actores del SGSSS con una participación en el mercado de la salud del régimen contributivo del 25%. Se realizó un estudio descriptivo, que abarco el total de tutelas notificadas durante el periodo 2013-2014 a nivel Nacional, determinando la frecuencia, la tendencia y características de afiliados realizando este trámite, las posibles causas que llevaron a este tipo de reclamaciones, el tipo de servicios solicitados y los costos generados a partir de la prestación de estos servicios.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró que los problemas de operación de la EPS generan barreras de acceso a la prestación de los servicios, siendo una de las principales causas de generación de solicitudes de tutela, situación que se perpetúa debido a grandes fallas en el registro de la información, la falta de control y seguimiento de los diferentes procesos administrativos hacia el interior de la empresa, que no permiten generar los planes de intervención adecuados para mitigar esta situación.

PALABRAS CLAVE: *Tutela, mecanismo de participación, SGSSS, EPS, problemas administrativos, planes de intervención*

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Los mecanismos de participación ciudadana reglamentados en La Ley 134 de 1994 permiten a todos los individuos asegurar su participación en la toma de decisiones y la resolución de los problemas que afectan el bien común. El objetivo de estos es brindar garantías y beneficios para que el pueblo colombiano pueda incidir en cambios dentro de los sistemas judicial, ejecutivo y legislativo⁽¹⁾, estos mecanismos son: La iniciativa popular legislativa y normativa, el referendo, la consulta popular, la revocatoria del mandato, el plebiscito, el cabildo abierto y la tutela; este último, consagrado en el artículo 86 de la Constitución de 1991, permite que toda persona pueda reclamar ante los jueces la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando estos son vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública.

En relación al uso de la Tutela, el derecho a la salud y a la seguridad social han sido los más reclamados ante los distintos actores del sistema, en materia de salud desde el año 1999 hasta el año 2014 se registró un incremento en el número de este tipo de solicitudes aproximado del 500% ⁽²⁾ lo que indicaría una constante vulneración de este derecho, sin embargo es probable que parte de este problema inicie desde la misma interpretación del concepto Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: “el estado de completo bienestar físico, psicológico y social”. con respecto al derecho a la salud este fue consagrado como un derecho humano en la Declaración Universal de Derechos Humanos¹, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre afirmó²: *“Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”*, en la Convención Americana sobre Derechos Humanos el derecho a la salud se consagra *“como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social,”* la OMS afirma *“el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano,”* lo que exige componentes como la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos³, en Colombia el derecho a la salud se elevó a rango constitucional, expresamente consagrado como un derecho fundamental en el artículo 44 de la Constitución Política de 1991 donde el Estado es garante del derecho a la salud y de la materialización progresiva de los bienes y servicios de salud, lo que plantea los siguientes interrogantes: ¿Cómo los diferentes actores del SGSSS pueden garantizar el completo “bienestar”, cuál es su interpretación y cómo podría medirse este

¹ Numeral 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. 1948

² Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Bogotá, Colombia, 1948 artículo XI

³ Salud y derechos humanos Nota descriptiva N°323 Diciembre de 2015 OMS

concepto? ¿Cómo garantizar el derecho a la salud de la población a partir de esta concepción?, preguntas de difícil respuesta teniendo en cuenta que la Ley 100 de 1993 se implementó para garantizar el derecho a la seguridad social y uno de sus objetivos principales es: “crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención” enfocándose principalmente en la cobertura universal del aseguramiento lo que perse no garantiza el acceso, ni la calidad de los servicios. El Ministerio de la Protección Social en el año 2005 formuló la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, ante los problemas emergentes identificados entre ellos el desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda derivado de los cambios suscitados en el sistema de salud hasta ese momento, con el fin de mejorar la accesibilidad, calidad y eficiencia de estos, sin embargo el incremento en el número de tutelas persistió. Posteriormente la Corte Constitucional ante el crecimiento progresivo en el número de solicitudes judiciales invocando el derecho a la salud realizó una revisión de veintidós asuntos de tutela, donde constata la existencia de problemas recurrentes de violaciones al derecho a la salud, y dificultades estructurales del sistema de salud colombiano, esencialmente por diversas fallas en su regulación, por lo que profiere el 31 de julio de 2008 la Sentencia de tutela identificada con el número 760 que como parte de las medidas ordena la revisión y actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS), enfocándose en la recuperación de la salud del interesado y el principio de integralidad como fin principal. Previamente en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 se estableció que dicha actualización debería realizarse *“de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema”* por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, quien a su vez realizó múltiples modificaciones, ampliando el paquete de beneficios, sin embargo la Sentencia manifiesta que estas modificaciones puntuales no fueron realmente a una actualización, lo que encuentra soporte en los informes de la Defensoría del Pueblo donde se afirmó que más del 50% de las solicitudes están relacionadas con tratamientos y medicamentos y de estos, más del 70% corresponden a servicios No POS. Ordena también desincentivar a las entidades a que supediten la presentación de acciones de tutela para la autorización de servicios, estableció que los gastos no POS que sean aprobados por el CTC pueden recobrarse 100% al FOSYGA, mientras que los gastos no POS que no pasen por CTC pero que se den por orden de tutela solo se pueden recobrar en un 50% al FOSYGA ⁽³⁾. Para el año 2009 se observó una disminución en el número de solicitudes de tutela del 30% manteniendo esta tendencia para el año 2010 con una disminución del 6%, correspondiendo el 54% a servicios POS en el régimen contributivo (Pueblo, 2010), sin embargo, para el año 2011 el aumento en el número de solicitudes de tutela fue del 12%. Para el año 2012 el incremento fue del 7% en el uso de este mecanismo, con un número de tutelas por cada 10.000 habitantes de 96,4 registrando un incremento en el 5,8% respecto al comportamiento presentado en el 2011. Para el año 2012 se informa la cobertura casi total de la población (94,92%)⁽⁴⁾ y en el año 2013 las acciones de tutela continúan en aumento (0,73%),

siendo una cuarta parte del total las solicitudes donde se reclama el derecho a la salud, el 65% de estas solicitudes tienen que ver con contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS)⁽²⁾, luego aparece la Sentencia T-039 de 2013 donde se mencionan los elementos que comprenden el principio de integralidad.

“(i) garantizar la continuidad en la prestación del servicio y (ii) evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la misma patología”⁽¹⁾

y además se actualiza integralmente el POS luego de la sanción de la Ley 1438 de 2011 donde se ordenó actualizar integralmente el POS cada dos (2) años, lo que se reglamentó a través de la Resolución 5521 de 2013. Para el 2014 el aumento en el número de solicitudes persiste siendo del 1,82% con relación al año 2013, con una disminución del 3,2% en reclamaciones por servicios incluidos en el POS⁽²⁾, por lo que a pesar de todas las medidas tomadas, las reformas, los avances realizados y modificaciones, el alto porcentaje de tutelas solicitando acceso a servicios incluidos en el paquete de beneficios convierten la tutela no solo en un mecanismo para acceder a servicios no incluidos en el POS, sino también para hacer exigible lo consignado en el plan de beneficios, evidenciando fallas en la prestación de los servicios y dificultades por parte de los usuarios en el acceso a los servicios de salud.

El Ministerio de Salud y protección social (MSPS) reconoce que se han presentado múltiples barreras de acceso a los servicios de salud, barreras administrativas como los excesivos tramites a cargo de los afiliados para la autorización de la prestación de los servicios, la negación de servicios o la demora en las autorizaciones debido a mecanismos burocráticos, Martínez cita en el año 2013 el “incentivo perverso hacia la negación o postergación de servicios en el pago por capitación” como parte de este problema⁽⁴⁾.

“Esta potestad de negar servicios o posponerlos por mil mecanismos burocráticos y el incentivo perverso implícito, que supone la posibilidad de ganar más dinero en la medida que no se autoricen o se pospongan las autorizaciones de atención especializada o procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en especial de mediana y alta complejidad, es la causa fundamental de las denuncias públicas y de los millones de tutelas presentados por los ciudadanos ante la justicia por el derecho a la salud y la vida, para exigir la prestación de servicios”⁽²⁾

Otro factor a tener en cuenta es el carácter negativo de la acción de tutela cuando pasa de ser un mecanismo de defensa del derecho a la salud y obliga a dar prestaciones o servicios no sólo excluidos del POS, sino que no son responsabilidad del sistema de salud o de la EPS ⁽⁶⁾. De acuerdo a Rubio ⁽⁵⁾ existe evidencia suficiente para mostrar lo mal que funciona hoy en día la tutela: “La acción de tutela, a pesar de su popularidad, es burda, desorganizada, poco predecible, a veces desconcertante y está teniendo efectos indeseables sobre el entorno jurídico. En buena parte porque sigue hundida en la informalidad; es una especie de San Victorino de la justicia.” De acuerdo a García ⁽⁶⁾ “la tutela no ha estado exenta de abusos; sobre todo de abusos cometidos por abogados corruptos (parte importante de los problemas de la tutela proviene de la falta de regulación y de control que en Colombia existe de la profesión jurídica) por particulares avivatos, por jueces inescrupulosos o poco preparados, o por falta de regulación legal”

En lo que respecta a la sostenibilidad financiera del sistema y las repercusiones que ha tenido a lo largo de los años el uso de la tutela como herramienta para la protección del derecho a la salud, se puede evidenciar en los gastos directos adicionales de alrededor de 1% del PIB en salud ⁽⁷⁾, con el agravante de que en esta materia las cifras subestiman el gasto, en la medida en que parte de los efectos de las sentencias se han traducido en ampliaciones del POS cuyo valor no es posible estimar. En mención a los recobros, inicialmente el mecanismo de las tutelas fue el más utilizado, aunque para el año 2005 el número de recobros por tutela era de 124 mil anuales, muy similar al de los recobros vía CTC, de este año en adelante los recobros por las dos modalidades continúan creciendo y llegan a 357 mil en el 2006, 815 mil en el 2007, 1,46 millones en 2008, 1,4 millones en el 2009 y 1,45 millones en el 2010 según datos de FIDUFOSYGA, desde 2009 se revierte la tendencia pues los recobros vía CTC superan en número a las tutelas ⁽⁸⁾, con una disminución del 30% y del 6% en 2010, con un nuevo incremento para el 2011 como resultado de la Sentencia C-463 de 2008 que estableció el mecanismo de comités técnico científicos (CTC). ⁽⁹⁾ En síntesis los recobros no sólo amenazan el equilibrio financiero del sistema de salud colombiano sino que acentúan la inequidad en el acceso a los servicios ya que en mayor medida las personas de ingresos medios y altos son las que más se están beneficiando de los servicios obtenidos vía CTC o tutela por lo que estos han tenido un efecto regresivo en la distribución de la riqueza; es el 20% más rico de la población aquel que ha tenido una “ampliación de la cobertura” por medio de CTC o tutelas. ⁽¹⁰⁾

Otros factores relacionados con la acción de tutela que contribuyen al incremento de los costos, se derivan de la falta de oportunidad en la atención derivada de los trámites realizados por el afiliado para acceder al servicio, lo puede deteriorar la condición de salud del solicitante, dado que este atraso requiere posteriormente procesos asistenciales de mayor complejidad tecnológica, encareciendo la atención. La innovación tecnológica puede explicar el incremento del 50% del

costo en salud, situación derivada de la tendencia natural a asociar las nuevas tecnologías con mejoras en el estado de salud o en la calidad de vida de las personas, por lo que algunos usuarios tienden a buscar nuevos medicamentos, aún si están en su etapa experimental, y sin registro sanitario, y sin haber demostrado su beneficio, lo que al final puede generar mayores costos para el sistema ⁽¹¹⁾.

El impacto de los servicios No POS y de los recobros sobre las finanzas de las EPS es bastante significativo y tiene un impacto que repercute sobre toda la cadena productiva del sector de la salud, en términos puntuales, el aumento del gasto No POS ha sido una constante en el último quinquenio, pasó de representar el 0,9% del total del gasto al 18,5%, y un 41% por encima de la UPC para el año 2010 en el régimen contributivo (SIGOB, 2010), el volumen desmesurado de los recobros representa un trabajo administrativo importante con altos costos laborales, legales y financieros para las IPS, EPS, el FOSYGA y en general para todo el sistema. Las EPS enfrentan serios problemas de liquidez y solvencia, es claro entonces que los problemas que se generan al desfinanciar el sistema por decisiones que parecen razonablemente sociales terminan por afectar a quienes se intenta proteger teniendo en cuenta que el dinero debe salir de la sociedad o más específicamente del mismo sistema ⁽⁸⁾

El uso de este mecanismo además implica costos adicionales al sistema judicial, de acuerdo a estimaciones realizadas, el costo administrativo de un proceso de tutela ordinaria es cerca de \$441.512 pesos constantes de 2009, valor que se incrementa en \$380.586 pesos en caso de ser extraordinaria, cifra que solo es una parte del costo de transacción, y que se incrementa notoriamente teniendo en cuenta el número de solicitudes que se han tramitado hasta ese año, y que en un mayor porcentaje están relacionadas con servicios POS, un costo de transacción adicional para acceder a un servicio al cual se tiene derecho ⁽¹²⁾.

Para el año 2011 la Corte Constitucional, manifestó que luego de casi tres (3) años de haberse proferido la sentencia T-760 de 2008 las barreras de acceso a los servicios de salud no han sido superadas definitivamente, y las actuaciones que se han desarrollado por los órganos responsables de su cumplimiento no resultan suficientes para superar en toda su dimensión los obstáculos que llevaron a proferir la decisión ⁽¹⁾, por ende el Gobierno Colombiano a través del MSPS, planteo una reforma al sistema de salud basada en cambios estructurales que permitan corregir el rumbo del SGSSS, esto incluye acciones para el mejoramiento de la calidad de los servicios y la reducción de las barreras de acceso por lo que genera la Ley Estatutaria número 1751 de 2015, a través de la cual habrá mayor claridad sobre el alcance de la protección al derecho, lo que reduciría las llamadas “zonas grises” y sus consecuencias adversas, se eliminarán algunas barreras administrativas tales como las autorizaciones para servicios de urgencias, se

fortalecería el control de precios a medicamentos, lo que permitirá, a su vez, avanzar más rápidamente en la incorporación de nuevas tecnologías. La Ley Estatutaria crearía por ende un nuevo marco general de protección del derecho fundamental a la salud que tendrá un impacto positivo sobre el sistema en general y con lo que se espera disminuir sustancialmente el número de reclamaciones por derechos en salud, que se traducen en procesos de recobro al SGSSS, ya sea por el Comité Técnico Científico (CTC) o por vía tutela ⁽³⁾.

Teniendo en cuenta los diferentes actores que integran el SGSSS: El Estado, a través del MSPS, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las EPS responsables de la afiliación, el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados; son estas los núcleos organizativos básicos del sistema de seguridad social en salud, cuya función es garantizar, directa o indirectamente, la prestación de servicios de salud a los afiliados, con el fin de obtener el mejor estado de salud de su población afiliada, por lo que deben coordinar la oferta de servicios de salud a través de la contratación con IPS y con Profesionales de la Salud; e implementar sistemas de control y establecer procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las IPS, por lo que al observar el crecimiento gradual en el número de solicitudes de tutela se pone de manifiesto que se deben presentar fallas en todo el proceso de prestación de los servicios por parte de estas instituciones.

Con este panorama general la tutela se convierte pues en un problema de salud pública que afecta de forma directa a todos los actores del SGSSS, además de generar tensión entre el enfoque del Estado Social de Derecho y la tradición liberal clásica, es decir, entre los sectores proclives al derecho a la salud y los sectores proclives al mercado ⁽¹³⁾, su incremento refleja la violación persistente del derecho a la salud en Colombia, afectando al afiliado y su estado de salud. Puede considerarse también como un indicador de calidad de la prestación de servicios de salud en todos los niveles. Dado que su origen en general está relacionado con una falla en el proceso de la prestación del servicio por parte de la EPS y teniendo en cuenta la tendencia de esta demanda ciudadana evidenciada en los informes de la Defensoría del Pueblo, hace falta caracterizar este tipo de reclamaciones al interior de estas empresas, conocer con más detalle los diferentes niveles del proceso donde se presentan las fallas, identificar con mayor detalle la causa que genere la solicitud, las características de los afiliados que realizan este trámite, conocer el costo directo de dichos servicios, información de gran valor para la EPS sujeto de estudio que permitiría generar planes de mejoramiento en todo lo relacionado al proceso de la prestación de servicios, generando un impacto positivo sobre la población afiliada mejorando el acceso a los servicios, lo que se reflejaría a nivel nacional debido a la participación en salud de esta empresa teniendo en cuenta que esta empresa se ubica en los primeros lugares de

participación en el SGSSS, y hace parte de las cinco entidades más tuteladas en Colombia, y de las empresas con mayor número de tutelas que invocaron el derecho a la salud.⁽²⁾

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Determinar las características de las solicitudes de tutela en una EPS en el periodo 2013-2014

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar la ocurrencia de las solicitudes de tutela
- Determinar el comportamiento de las tutelas de acuerdo a las regionales
- Establecer los costos generados por las tutelas

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 ESTADO DEL ARTE

El informe de la Defensoría del Pueblo del año 2004 mostró que entre 1999 y 2003, el 25.7% de las tutelas interpuestas en el país invocó la protección del derecho a la salud, con un crecimiento promedio del 20,8% durante este periodo y concluye que la vulneración del derecho a la salud tiene un carácter generalizado y obedece a factores de naturaleza estructural ⁽²⁾, la tasa aumentó al 35,9% en el periodo 2003 - 2005, de acuerdo con el informe subsiguiente realizada por la misma institución ⁽²⁾.

En lo que respecta a recobros el estudio de Pinto ⁽¹⁴⁾ encontró que por tutelas las empresas aseguradoras recobraron al FOSYGA alrededor de 51 mil millones de pesos en el 2002 y cerca de 70 mil millones de pesos para el 2003. De los valores recobrados 95% provenían del régimen contributivo, plantea el recobro como una forma sistemática de obtener recursos para el pago de medicamentos y procedimientos no contemplados en los planes de beneficios, y la falta de claridad sobre la pertinencia y los beneficios de los medicamentos y procedimientos recobrados

De acuerdo con Alba Lucía Vélez ⁽¹⁵⁾, la acción de tutela se consagro como mecanismo de protección de derechos fundamentales, sin embargo es utilizada como un proceso alternativo de acceso a servicios de salud. Nelsy Paredes ⁽¹⁷⁾ manifiesta que a través de la tutela o de acciones populares se obliga a otorgar prestaciones sobre las cuales no existe evidencia de su impacto positivo en la salud de la población frente a los costos de su provisión, y concluye que por este mecanismo se otorgan servicios no prioritarios para la salud de la población, que poco tienen que ver con la protección del derecho a la vida.

En Manizales se realizó un estudio que caracterizo las tutelas motivadas por acceso a servicios de salud, dicho estudio mostro la tendencia al incremento de la acción de tutela en esta ciudad y de acuerdo a los resultados concluye que este mecanismo es el mayor logro para acceder a los servicios de salud ante las deficiencias estructurales y operativas del sistema y la falta de acción por parte del Estado ⁽¹⁶⁾.

De acuerdo al informe de Fedesarrollo, las obligaciones por concepto de pago de otros eventos y fallos de tutela pasaron de representar 0,9% del gasto de la UPC

en 2003 al 5,7% en el año 2007, el año 2008 cerró con recobros totales al FOSYGA por un valor de un billón 139 mil millones de pesos, y plantea como este crecimiento indiscriminado de los gastos por fuera del POS, ya sea por decisión del CTC o por decisión judicial, podrían generar serios desequilibrios financieros en la cuenta de compensación y a la vez poner en riesgo la sostenibilidad financiera del SGSSS ⁽¹⁸⁾

Paredes ⁽¹⁶⁾ en su análisis sobre el SGSSS afirma que la falta de actualización del POS durante años, es la causa principal del incremento observado en el número de solicitudes de tutela que reclaman el derecho a la salud en el año 2011, luego de la disminución evidenciada durante los dos años anteriores. Afirmación similar es realizada por FEDESARROLLO ⁽¹⁶⁾ donde se plantea como este problema administrativo se convierte en un problema judicial.

En el informe de la Procuraduría General de la Nación (2012) se plantea la hipótesis de que la falta de actualización de los planes de beneficios, no acorde a la demanda creciente por parte de los usuarios a eventos y medicamentos no POS; y el recurso de los aseguradores de acudir a la cuenta para financiar la prestación de los servicios de sus usuarios porque no se encuentra en equilibrio la Unidad de Pago por Capitación que reciben, deriva a la alta frecuencia de tutelas en salud y el incremento en los recobros ⁽¹⁵⁾.

Para la Defensoría del Pueblo en su informe de 2013 ⁽¹⁹⁾ no hay un progreso significativo debido a los problemas de acceso a los servicios de salud, afirma que a partir de la aplicación de la Sentencia T-760 de 2008, se observó una leve disminución del número de tutelas en salud durante los años 2009 y 2010 efecto que fue transitorio, dado el incremento en número de acciones interpuestas en los siguientes años, y que para 2013 se constituyeron como la segunda cifra más alta, desde aquella alcanzada en 2008, cuando la honorable Corte Constitucional intervino a través de la Sentencia T-760 del mismo año. En el informe de la misma entidad para el año 2014, de acuerdo a los resultados obtenidos, persiste el incremento en el número de tutelas de salud lo que evidencia la conducta violatoria, repetitiva, de este derecho fundamental ⁽²⁾.

3.2 MARCO TEORICO

La palabra tutela proviene del sustantivo latino "tutela ae", que significa protección o defensa y tutela ae proviene de "tutoraris ari" verbo que significa fundamentalmente defender, guardar, preservar, sostener, sustentar, socorrer, considerada como el poder otorgado por el derecho civil a una persona con el objeto de que ésta proteja a otra incapaz por razones de edad o de sexo. Sus orígenes se remontan a Roma, allí la tutela era una institución de carácter civil, consagrada a favor de las personas que no podían dirigirse a sí mismas, o administrar completamente sus negocios, y que no se encontraban bajo la potestad del padre o el marido que pudiera brindarles la protección debida ⁽²⁰⁾.

Los derechos y libertades fundamentales están protegidos en todos los sistemas constitucionales, no sólo con los recursos procesales generales, sino con recursos especiales sumarios y breves cuyo origen se remonta a la Carta Magna de la Gran Bretaña ⁽¹⁷⁾, se coteja con el derecho anglosajón en el mandamiento de prohibición ordenada por un juez (*writ of injuiction*), a la autoridad estatal para que se abstenga de realizar actos que puedan lesionar derechos de las personas. Se estableció con el propósito de devolver al demandante sus derechos y privilegios en caso de haber sido ilegalmente despojado de ellos. En el derecho iberoamericano la denominación genérica de "amparo" tiene origen hispánico, con diversas acepciones, como recurso o medio de impugnación de las resoluciones judiciales. La Constitución Española de 1978, también tiene previsto el recurso de amparo, mediante el cual el ciudadano puede solicitar la tutela de las libertades y derechos reconocidos ante los principios de preferencia y sumariedad ⁽²¹⁾.

Al respecto la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 reza: "Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución o por la Ley". De igual manera, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Las Naciones Unidas, de 1966 menciona "Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley", este recurso no es otro, en esencia, que la acción de tutela. La Convención Americana de Derechos Humanos de 1969 contempló que toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido ante los jueces o tribunales competentes, a fin de que le brinden protección cuando por cualquier hecho o acto se le violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, en donde se menciona que la

seguridad social es una responsabilidad del Estado. Se concluye entonces que es el propio Estado quien debe garantizar por todos los mecanismos políticos, jurídicos, sociales, económicos y técnicos que los individuos a los cuales representa estén seguros socialmente y así tener calidad de vida.

En América Latina, la primera consagración corresponde a México, con antecedente en la Constitución de Yucatán (1841) donde se establece el amparo, como un medio capaz de hacer respetar los derechos fundamentales de los gobernados ante el poder y autoridad de los gobernantes cuya finalidad es controlar las violaciones a las garantías constitucionales y preservar la integridad constitucional ⁽²²⁾. Esta institución jurídica de vanguardia, ha servido de referente a diferentes países en el mundo que han desarrollado mecanismos de protección de derechos fundamentales, similares al amparo mexicano, tales como: Argentina, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Brasil, Chile y Colombia.

La Asamblea Nacional Constituyente, consciente de la importancia de entregar una herramienta ágil y eficaz a los ciudadanos, en el marco del nuevo modelo de Estado Social y democrático de Derecho, para garantizar el cumplimiento de los derechos y garantías constitucionales, incluyó la herramienta judicial más innovadora, accesible y contundente de la historia constitucional contemporánea en Colombia: **la acción de tutela**.

En el proyecto de acto reformativo de la Constitución Política de Colombia, liderado por el Presidente César Gaviria Trujillo, se presentó ante la Asamblea Nacional Constituyente, bajo el nombre de “derecho de amparo”, un instrumento tomado del derecho mexicano, atribuyéndole, en consecuencia, un único fin: la protección procesal de los derechos constitucionales y su función sería la de garantizar que los derechos y libertades constitucionales recibieran una efectiva protección, el amparo abarcaría los derechos fundamentales, teniendo en cuenta que estos son los que se encuentran en el Capítulo I del Título II de la Constitución.

Una vez presentado el proyecto, y luego de ser aprobado, viene su reglamentación, la cual se logra en el decreto legislativo 2591 de 1991, Decreto que es aprobado por una gran mayoría de la comisión de treinta y seis miembros elegidos por cociente electoral por la Asamblea Nacional Constituyente. El Decreto 2591 de 1991, reglamentario de la acción de tutela, se ajusta a la Constitución Política de Colombia, por dos razones fundamentales a saber: Primera. El artículo 86 prevé la tutela contra actos y omisiones de cualquier autoridad pública, incluso la judicial, y, además, le confía a la Corte Constitucional, como última instancia, la

revisión del fallo de tutela dictado por el juez competente. Segunda. El artículo 241 de la Carta Constitucional le confiere, a la Corte Constitucional, como una de sus funciones, “la guarda de la integridad y supremacía de la Constitución”; por tanto, la facultad de “revisar en forma que determine la Ley, las decisiones judiciales relacionadas con la acción de tutela de los derechos constitucionales”.

La Ley 100 de 1993 se implementó el SGSSS, que introdujo tres principios fundamentales en la prestación de los servicios de salud: la eficiencia, la universalidad y la solidaridad. Se crearon dos tipos de regímenes: el Contributivo (RC) y el Subsidiado (RS) y tres tipos de entidades para administrar y prestar los servicios de salud: (i) las Empresas Promotoras de Salud (EPS), (ii) las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS, hoy EPS-S), y (iii) las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Las EPS y EPS-S son las aseguradoras de los individuos del RC y el RS, respectivamente. Estas entidades contratan directamente a las IPS (hospitales o centros de salud, incluyendo a las Empresas Sociales del Estado, ESE) para la prestación de los servicios de sus afiliados. Así, las EPS y las ARS se comportan como compañías aseguradoras: administran riesgos y reciben dinero que remunera este servicio. Cabe notar que las IPS pueden ser de diferentes niveles (del I al IV, donde los niveles III y IV corresponden a enfermedades complejas o de “alto costo”), dependiendo de la complejidad de los servicios ofrecidos. El SGSSS se financia con tres fuentes principales: (i) los aportes que realizan los beneficiarios del RC, (ii) impuestos generales, y (iii) las rentas territoriales (rentas cedidas y recursos propios de las entidades territoriales), con lo que se lograron avances como cubrir al 97% de sus ciudadanos para el 2014 con el mismo plan de prestaciones ⁽²³⁾, disminuyó el gasto de bolsillo especialmente en la población más vulnerable ⁽²⁴⁾, desde el punto de vista normativo se realizaron actualizaciones en el paquete de beneficios, garantizando el acceso a nuevas tecnologías ⁽²⁵⁾. A partir del incremento del costo en salud derivado de la innovación tecnológica, se sancionó la Ley 1438 de 2011 que establece en su artículo 92 la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, cuyo objetivo principal es evaluar las nuevas tecnologías, teniendo en cuenta la eficiencia, efectividad, utilidad e impacto económico, entre otros.

En lo que respecta al derecho a la salud, el primer avance en cuanto al reconocimiento del derecho a la atención social, aparece tras la Revolución Francesa en la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano (1793) en su artículo 21 en la que se dice que la sociedad debe de asegurar la subsistencia de los “ciudadanos desgraciados”, y que tiene la virtud de reconocer el papel de los poderes públicos en la protección social⁴, el siguiente paso significativo se dio

⁴ Acta Constitucional Francesa del 24 de junio de 1793 y Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/2/804/9.pdf>

a partir de la creación del primer sistema de seguro estatal en Alemania durante el gobierno de Bismarck en 1881. El seguro, planteado como obligatorio para todos los trabajadores y gestionado por el Estado cuyo punto nodal es la relación que establece entre la obligación de afiliación al seguro de enfermedad de acuerdo con un trabajo remunerado⁵. Con la finalización de la II guerra mundial en el Reino Unido, se dio la creación del Servicio Nacional de salud en 1948 por Aneurin Bevan que aplicaba los principios propuestos en 1942 por Beveridge en el Informe Beveridge que sentaban las bases para el estado del bienestar y el Servicio Nacional de Salud. La principal diferencia con el modelo implantado por Bismarck es que se aseguraba las prestaciones asistenciales a cualquier ciudadano por el solo hecho de serlo, independiente de realizar cotización o no y en que la financiación del sistema sanitario partía de los impuestos recaudados por el Estado¹⁵, en España la Constitución de 1978 (artículo 43) reconoce el derecho a la protección de la salud, y obliga a los poderes públicos a “organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.” El más amplio desarrollo acerca del derecho a la salud, su alcance y significado, lo ha realizado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Observación General N°14 (2000) acerca “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. De manera clara y categórica, la Observación General N°14 (2000) establece que “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”⁶.

En Colombia a partir de la Constitución de 1991 el derecho a la salud y a la seguridad social se consagran como servicios públicos, cuyo soporte jurídico está integrado por una serie de artículos⁷ y otros preceptos constitucionales como el Artículo 11 que consagra el derecho a la vida, el Artículo 13 inciso tercero, según el cual el Estado debe proteger especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y el Art. 366 en el cual se señalan el bienestar general, el mejoramiento de la calidad de vida de la población y la solución de las necesidades insatisfechas de salud, entre otras, como finalidades sociales del Estado.

⁵ Principales modelos de seguridad social y protección social Biblioteca jurídica virtual del instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM www.juridicas.unam.mx

⁶ ¿Derecho a la salud o equidad en salud? Félix León Martínez Martín

⁷ República de Colombia. Asamblea Nacional Constituyente, 1991. Constitución Política de Colombia 1991. Gaceta Constitucional, No. 116. Bogotá. Legis Editores, S.A. Art. 11, 44, 48, 49, 50, 366.

3.3 MARCO CONCEPTUAL

Acción de Tutela: Es como se denomina al mecanismo previsto en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia vigente, que busca proteger los derechos constitucionales fundamentales de los individuos "cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública".

Afiliado: La persona con o sin capacidad de pago (cotizante o familiar beneficiario) que tiene derecho a la cobertura de riesgos en salud.

Afiliación: Es el acto jurídico, que requiere de la inscripción a una EPS, por medio del cual el usuario y su grupo familiar adquieren los derechos y las obligaciones derivados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Aseguramiento En Salud: Es la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Atención Integral: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o un grupo de ellas en su entorno bio-psicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

Beneficiarios: Son las personas afiliadas, que no hacen aporte de cotización, pertenecientes al grupo familiar del cotizante al sistema, quienes reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por sus parentescos y/o dependencia económica.

Cobertura: Es la garantía para los habitantes del Territorio Nacional de acceder al Sistema General de Seguridad en Salud y al Plan Obligatorio de Salud.

Constitución: Es la norma fundamental, escrita o no, de un estado soberano, establecida o aceptada para regirlo.

Cotización: Es la fuente de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el régimen Contributivo y corresponde al monto del descuento que se le hace al pensionado, trabajador (dependiente e independiente) y del aporte que le corresponde al empleador. Corresponde al 12.5% del ingreso base de cotización.

Derechos Fundamentales: Son aquellos inherentes al ser humano.

Defensoría Del Pueblo: Entidad pública encargada de la promoción, el ejercicio y defensa de los derechos humanos en el País.

Empresa Promotora de Salud: Empresas que tienen a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras

Falla De Servicio: Es la determinación del nivel de calidad.

Ley: Es una norma jurídica dictada por el legislador. Es decir, un precepto establecido por la autoridad competente.

Plan Obligatorio De Salud: Corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria.

Participación Ciudadana: Es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

Salud: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de la enfermedad

Seguridad Social: Es entendida como un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado y a su vez, como derecho irrenunciable que se garantiza a todos los habitantes del territorio nacional.

Seguridad Social En Salud: Es el derecho que tiene todas las personas a protegerse integralmente contra los riesgos que afectan sus condiciones de vida , en especial los que menoscaban la salud y la capacidad económica

Sistema General De Seguridad Social En Salud: Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos con que cuentan los usuarios y la comunidad en general para obtener el cubrimiento de los servicios de atención en salud definidos en la Ley.

3.4 MARCO LEGAL

La Asamblea Nacional Constituyente, consciente de la importancia de entregar una herramienta ágil y eficaz a los ciudadanos, en el marco del nuevo modelo de Estado social y democrático de derecho, para garantizar el cumplimiento de los derechos y garantías constitucionales, incluyó la acción de tutela.

- Constitución Política de Colombia de 1991.
- Ley 100 de 1993
- Decreto 306 de febrero 19/1992, que reglamenta el Decreto 2591/1991
- Decreto 2591 de 1991 y demás decretos reglamentarios de la acción de tutela
- Ley 134 de 1994, reglamenta todo lo relativo a mecanismos de participación ciudadana
- Resolución 8430/93 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”
- Ley 715 de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288.356 y 357 de la constitución política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de salud.
- Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud.
- Decreto 1018 de 2007 por la cual se modifica la estructura de la Súper Intendencia de salud.
- Resolución Numero 1043, 1445, 1446, de 2006 y 3763, 2680 de 2007 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud.
- Proyecto de Ley 210 de 2013
- Ley 1122 de 2007 estructura de la Superintendencia de Salud.
- Decreto 1018 de 2007 Superintendencia Nacional de la Salud.
- Decreto 4747 de 2007 regulación de aspectos de las entidades prestadoras de salud. (EPS).
- Resolución 1212 de 2007 procedimientos en salud.
- Sentencia T-760 de 2008
- Ley Estatutaria Numero 1751 de 2015

3.5. MARCO CONTEXTUAL

La creación de la EPS en la cual se realizó el estudio se dio en el año 1995, teniendo como misión propender por la salud de los afiliados a través de la promoción, la prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación con calidad y calidez en el servicio, como Política de Calidad mejorar continuamente sus procesos y garantizar la prestación de servicios con calidad humana, y se plantearon como objetivos de calidad lograr la mejora de los procesos que tiene impacto en el cliente-usuario y aumentar la satisfacción de sus usuarios mediante la prestación de un servicio humanizado.

En el año 2001 se consolidó como una de las EPS privadas de mayor participación en el Régimen Contributivo, con una población distribuida en 692 municipios del país. En el año 2003 Se implementó el software base para manejo de la información, la EPS se consolidó como Top of Mind entre las Entidades Promotoras de Salud, es decir, la marca más recordada por los colombianos. Fue la primera Entidad Promotora de Salud que obtuvo la Certificación de Calidad ISO 9001:2000 en todos sus procesos., hacia el año 2010 continuó su tendencia de crecimiento en términos de población, manteniendo su posición hasta la actualidad.

Con respecto a la operatividad frente al manejo de las tutelas en esta empresa, una vez se recepciona la tutela o la medida provisional, la información se debe ingresar en el aplicativo, esta actividad es realizada auxiliar regional jurídico, auxiliar oficina y/o analista regional jurídico.

Si la tutela tiene anexos (historia clínica, ordenamientos médicos, negaciones CTC, derechos de petición, certificados de incapacidades y licencias) se deben registrar todos los soportes, si la tutela tiene medida provisional; es muy importante el registro debido a que se debe cumplir con lo ordenado por el juez antes de que se emita el fallo de tutela de igual forma el médico auditor debe dar alcance a la medida provisional. Al finalizar el ingreso de la tutela, se genera el número consecutivo con el cual queda registrado.

- Resumen de Hechos
- Auto / Oficio de Tutela
- Fecha de Vencimiento de Traslado

Una vez sea enviado al juzgado se debe registrar el fallo de **segunda instancia**. En caso de que el fallo segunda Instancia revoque o modifique el fallo de primera instancia se debe comunicar al analista jurídico y al médico auditor para su cumplimiento. En caso que la tutela haya sido objeto de revisión por parte de la corte se debe ingresar la decisión de la corte en el aplicativo. Si la decisión de la corte modifica, adiciona o revoca los fallos tanto de primera como de segunda instancia, se debe comunicar al analista jurídico, médico auditor o al funcionario responsable para que se tomen las medidas pertinentes. El registro de los desacatos; Una vez registrado el analista debe verificar el cumplimiento del fallo de la tutela. Si se incumplió se debe gestionar la orden judicial, de lo contrario se requiere gestión para dar respuesta.

Si el fallo de tutela concede recobro al FOSYGA, se debe indicar el porcentaje concedido. Una vez el fallo se registre el analista jurídico debe solicitar gestión para el cumplimiento del fallo ya sea al responsable operativo, administrativo o médico auditor. Si el analista regional jurídico tienen conocimiento del ingreso del fallo de la tutela y hace su análisis para impugnarlo, registrara impugnación, si el afiliado es el que impugna, se debe registrar impugnación afiliado. En el caso que no sea impugnado se debe solicitar una copia al juzgado del fallo para realizar el proceso de recobros.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo observacional descriptivo transversal, no hay intervención por parte del investigador. La finalidad de este es exclusivamente descriptivo, la fuente de información para esta investigación son los registros realizados en la base de datos de la empresa objeto del estudio a través de la que se obtendrán los datos para la realización de la investigación durante el año 2013- 2014. Teniendo en cuenta los errores de parametrización del aplicativo, las fallas en el registro y el subregistro de la información, se puede presentar sesgo en los resultados producto de este trabajo de investigación.

4.2 AREA DE ESTUDIO

Una empresa administradora de planes de beneficios de origen nacional que facilitara las bases de datos objeto de esta investigación.

4.3 POBLACIÓN

Todas las Tutelas registradas en el aplicativo de la Empresa Administradora de Planes de Beneficios del año 2013 y 2014 donde se esperan aproximadamente 20.000 tutelas de acuerdo al año previo (2013).

4.4 VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de variable	Forma de medición
Edad del tutelante	Edad en años cumplidos del solicitante	Cuantitativa continua	✓ 0-17 años ✓ 18-64 años ✓ 65 o más años
Sexo	Sexo del solicitante	Categórica dicotómica	✓ Hombre ✓ Mujer
Diagnóstico de la Solicitud	Entendido como el diagnostico medico con el que se realizó la solicitud	Categórica politómica	✓ Diagnostico relacionado en CIE-10
Origen de la tutela	Entendida como la razón que origino la solicitud del usuario	Categórica	✓ Negación CTC ✓ Oportunidad en la prestación ✓ Servicio No POS

Variable	Definición	Tipo de variable	Forma de medición
Tipo de solicitud	Entendido como el servicio en salud solicitado	Categórica	✓ Medicamento ✓ Procedimiento
Alcance de la tutela	Entendido como el servicio en salud solicitado aprobado a partir del fallo judicial	Categórica	✓ Integral ✓ Específica
Sitio de origen de la tutela	Entendido como la región del país donde se solicitó la tutela	Categórica	✓ Suroccidente ✓ Noroccidente ✓ Centro oriente ✓ Caribe ✓ Eje cafetero ✓ Nororiente
Costo del servicio	Entendido como el costo en pesos colombianos del servicio en salud prestado	Cuantitativa	✓ Miles de pesos

4.5 RECOLECCION DE DATOS

El proyecto utilizó una fuente secundaria consistente en la base de datos obtenida a partir del aplicativo del sistema de la EPS y se dispone autorización de la empresa para el uso de estos. Se contó con la base de datos general donde se administra el sistema de información de la empresa, se realizó extracción de los datos mediante lenguaje “Query” (Lenguaje de consulta estructurado o SQL) de acuerdo a las variables planteadas para el estudio, se realiza análisis de los datos obtenidos mediante Clearview y tablas de excel, a partir de las cuales se generaron las tablas dinámicas requeridas para la obtención de la información.

4.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

Dando cumplimiento a los objetivos definidos en la presente investigación, se presenta a continuación la descripción del análisis realizado:

La base de datos se trabajó en una tabla de excel, como identificador de los casos se tiene el número de identificación, y el número consecutivo de la tutela, los datos se procesaron en el programa EPI INFO versión 7.

Al realizar la frecuencia absoluta y relativa de las variables de interés, se encontró que en el 43,7% en 2013 y el 48,9% en 2014 de las solicitudes de tutelas no había

registro del diagnóstico relacionado. Situación similar se evidenció en la clasificación del fallo de la demanda (integral o específica), en 2013 se encontró que el 43,9% de las solicitudes no tenían este registro, tendencia al subregistro que se incrementa en el 2014 con el 49,3%.

Se realizó la caracterización de la tutela en la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, determinando el comportamiento de las tutelas de acuerdo a las regionales, los costos ocasionados a partir de los ordenamientos generados.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para realizar la investigación se tuvo en cuenta las consideraciones éticas de la declaración de Helsinki, las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS y la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, con las cuales se garantizó:

- El cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.
- La confidencialidad de la información suministrada en la base de datos y la toma de las medidas tendientes a cumplir con este aspecto durante la investigación

Esta investigación no presenta riesgo, pues no hay un contacto directo con la población de estudio, información puesto que se analizara la información suministrada en la base de datos de la EPAB.

Según el artículo 11, literal a, Resolución 008430 del MinSalud se clasificaría esta investigación sin riesgo.

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

Con respecto al artículo 4 de la resolución mencionada, esta investigación en salud pretende contribuir a:

- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud

- A la producción de insumos para la salud. Los resultados se entregaran a la empresa sujeto del estudio para su uso en los procesos de mejoramiento continuo.

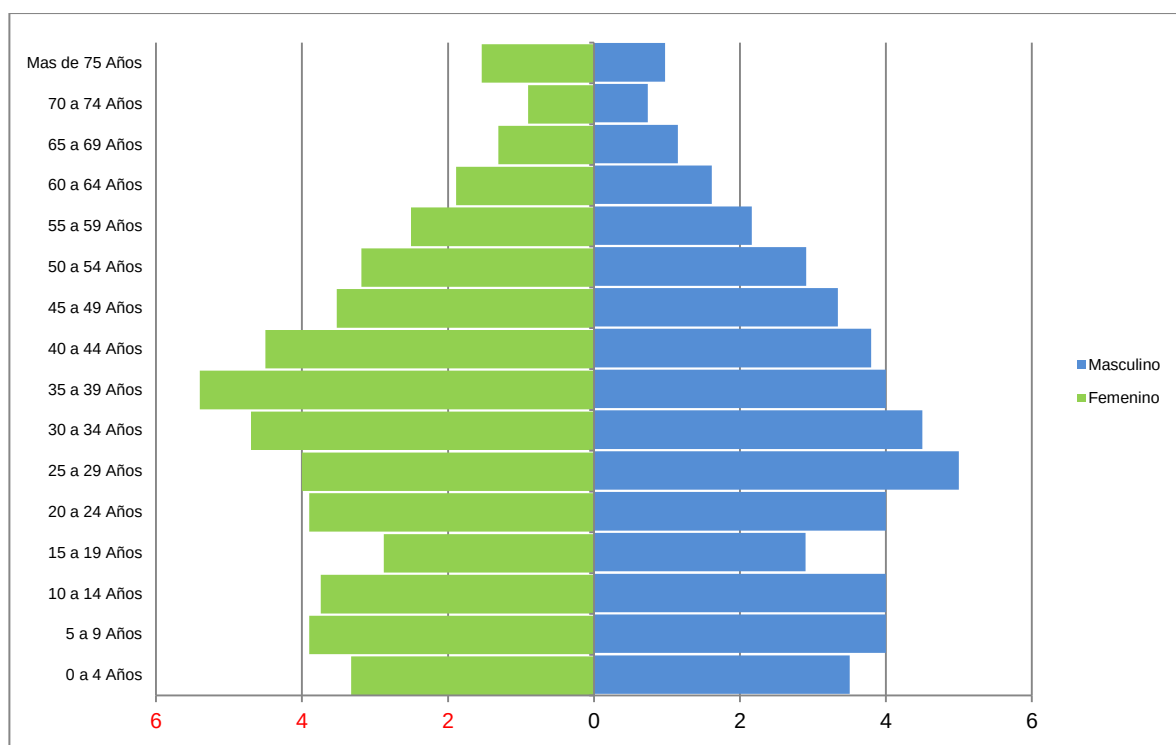
El investigador declara no tener conflicto de intereses a pesar de formar parte de la empresa y participar de algunos de los procesos de auditoria específicamente de los servicios no POS, no haber recibido ningún tipo de sanción ética o disciplinaria en ejercicio de su profesión. El estudio se realizara de forma imparcial y monitoreado por el docente tutor de la investigación, no se recibirá ningún tipo de beneficio y existe interés por parte de la empresa en la obtención de datos para los procesos de gestión. Las consideraciones éticas que guiaron el desarrollo de este proyecto son coherentes con la Declaración de Helsinki y la Resolución No. 008430 del Ministerio de Salud de Colombia

6. RESULTADOS

La empresa administradora de planes de beneficios donde se realizó el estudio, tenía una población afiliada de 3.027.885 a 31 de diciembre de 2014, distribuidas en 28 departamentos y residentes en 336 municipios del país. Desde el punto administrativo y con fines operativos la empresa está dividida en seis regionales con 37 oficinas distribuidas a lo largo de territorio nacional.

La población afiliada está compuesta en el 51,2% por el género femenino. De acuerdo a la población acumulada para el 2014 la pirámide poblacional tiende a ser constrictiva en la base con un porcentaje de 28,3%, en personas menores de 19 años, la población adulta entre 20 y 64 años amplía la pirámide con el 65,1% y finalmente los mayores de 65 años con un porcentaje del 6,6% (Gráfica 1).

Gráfica 1. Pirámide poblacional de EPS para el año 2013



Fuente: Autor

El presente estudio incluyo 43.466 tutelas registradas en el sistema de información de la EPS de las cuales 52% se presentaron en el 2013, en este año se

registraron un total de 22.657 solicitudes de tutela de las cuales 12.414 corresponden a salud, tramitadas por 20.745 afiliados, para el 2014 se tramitaron un total de 20.809 solicitudes de tutela, por un total de 19.019 afiliados de las cuales 10.860 corresponden a salud.

Se evidencio para el año 2014 una disminución del 8,2% de solicitudes de tutela, lo que denoto una disminución en la tasa de este año pasando de 70 a 63 tutelantes por cada 10.000 afiliados (tabla1).

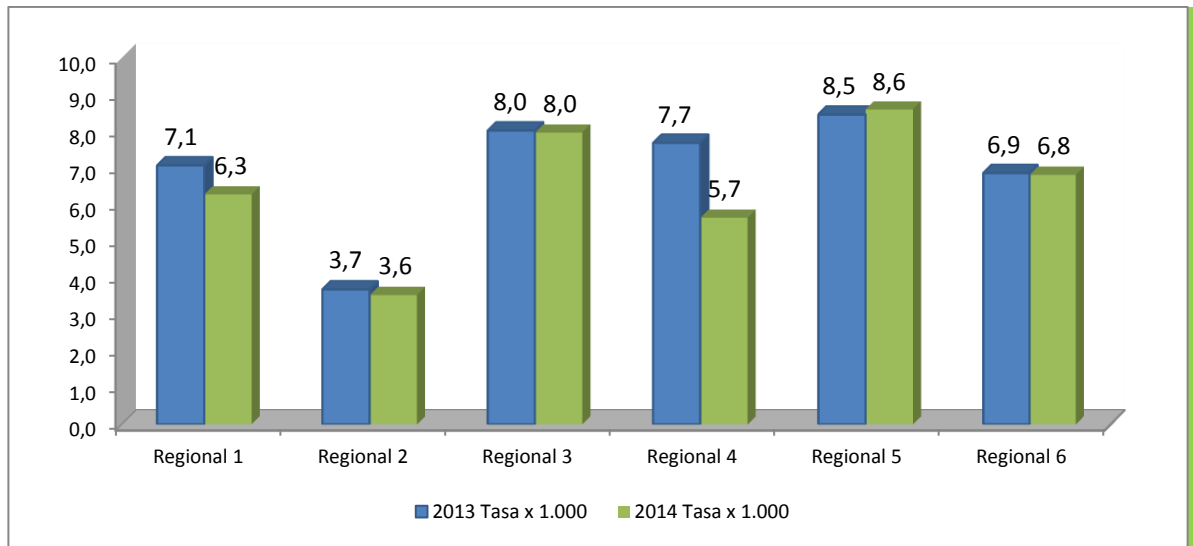
Tabla 1. Frecuencia de tutelantes en Empresa administradora de planes de beneficios Colombia 2013-2014.

Año	2013			2014		
	Tutelas	Afiliados	Tasa x 10000	Tutelas	Afiliados	Tasa x 10000
Regional 1	5.058	714.618	71	4.477	712.154	63
Regional 2	1.353	364.758	37	1.350	379.788	36
Regional 3	1.655	206.149	80	1.705	213.938	80
Regional 4	5.829	757.888	77	4.387	775.821	57
Regional 5	2.935	346.902	85	3.128	363.888	86
Regional 6	3.915	569.691	69	3.972	582.296	68
Total Nacional	20.745	2.960.006	70	19.019	3.027.885	63

Fuente: Autor

A nivel regional se observa la menor tasa de tutelantes en la regional número 2 durante ambos años, casi la mitad del reporte nacional, por otro lado la regional 5 y 3 exhiben en este orden las tasas más altas de solicitudes en ambos periodos, llama la atención la disminución de este indicador para la regional 4 pasando de 7,7 en 2013 a 5,7 para el año 2014 dato por debajo de las tasa nacional calculada para este periodo (Grafica 2).

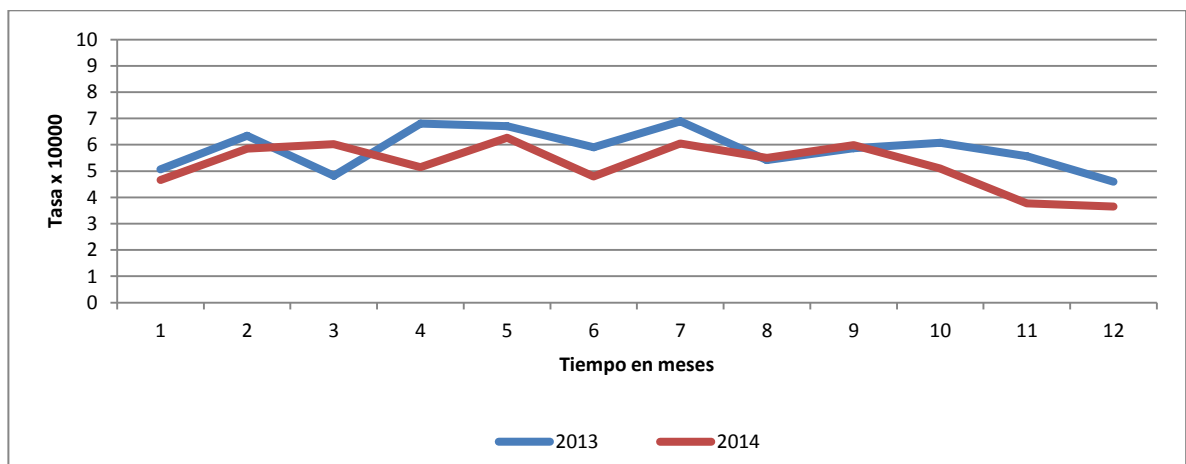
Grafica 2. Distribución tutelantes por regional por año x cada 1.000 afiliados



Fuente: Autor

A nivel nacional se observa en el año 2014 una disminución en la tasa de tutelantes con respecto al año 2013, con un comportamiento muy similar durante los meses de agosto y septiembre, con tendencia a la disminución de las tasas durante ambos años en los meses de diciembre y enero. Con respecto al año 2013 la mayor tasa de solicitantes se presentó durante el mes de julio con 6,9 x 10.000 afiliados y la menor tasa se presentó en el mes de diciembre con una tasa de 4,6 x 10.000 afiliados, para el 2014 la mayor tasa se presentó en el mes de mayo con una tasa de 6,3 x 10.000 afiliados, y al igual que en el año 2013 la menor tasa se evidencio en el mes de diciembre con 3,7 x 10.000 afiliados. (Grafico 3).

Grafica 3. Frecuencia de solicitantes a nivel Nacional año 2013-2014



Fuente: Autor.

Durante el año 2013 las regionales 1,2 y 5 registraron las tasas más elevadas durante el mes de abril, la regionales 3 y 4 en el mes de mayo y la regional 6 durante el mes de octubre. Las regionales 1, 2, 3, 4 y 5 registraron las tasas más bajas durante el mes de diciembre, excepto la regional 6 cuyo menor valor fue reportado en el mes de mayo. La mayor frecuencia de solicitantes se observó en la regional 5 con una tasa de 9,1 x 10.000 afiliados durante el mes de abril y la menor tasa fue observada en la regional 2.

Para el año 2014, las regionales 2, 5 y 6 registraron las tasas más elevadas durante el mes de marzo, la regionales 1 y 2 en el mes de mayo, esta última con igual valor que el mes de marzo, la regional 4 en el mes de febrero con igual tasa para el mes de julio, y la regional 3 durante el mes de septiembre, nuevamente la regional 5 reporta la tasa más alta con 9,1 x 10.000 afiliados en el mes de marzo. Las regionales 1 y 2 registraron las tasas más bajas durante el mes de noviembre, las regionales 3, 4, y 5 durante el mes de diciembre y por último la regional 6 cuyo menor valor fue reportado en el mes de mayo. (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de solicitantes a nivel Regional año 2013-2014

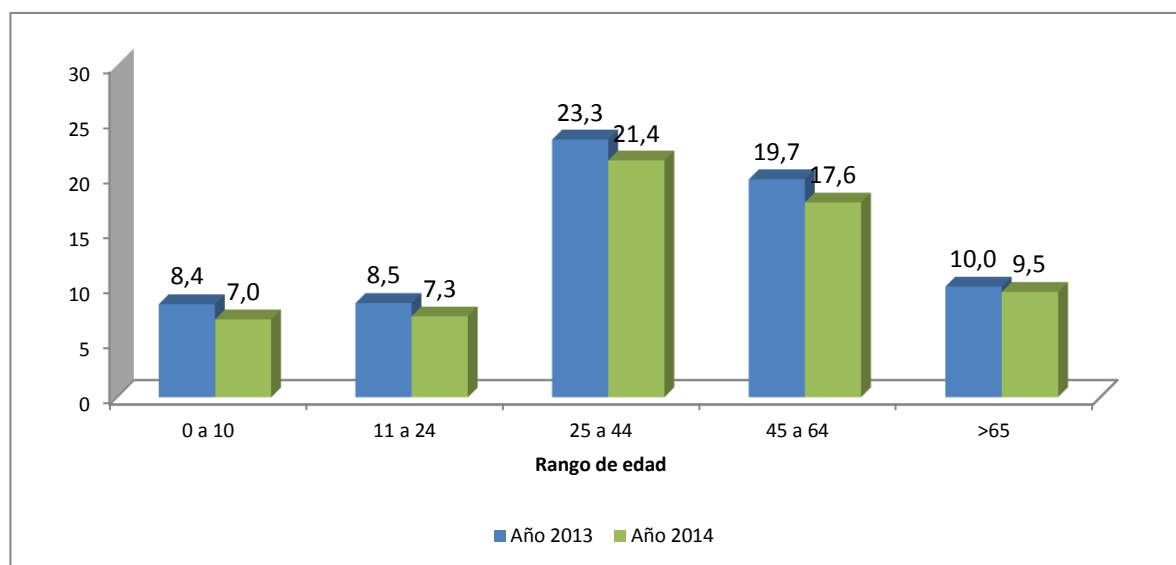
Regional	1		2		3		4		5		6	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Enero	5,7	4,5	2,8	3,0	5,5	6,4	5,8	4,8	5,7	6,9	4,4	4,5
Febrero	6,6	6,4	3,6	3,5	6,6	7,6	7,2	5,5	8,5	8,1	5,9	6,5
Marzo	5,3	5,7	2,7	4,0	6,2	7,9	5,1	5,1	6,4	9,7	4,2	6,9
Abril	7,8	5,4	4,0	2,9	7,7	7,3	7,2	4,5	9,1	7,5	6,0	5,4
Mayo	6,3	6,9	3,7	4,0	8,6	7,3	8,4	5,4	7,7	9,2	6,2	6,5
Junio	5,2	5,2	3,0	2,8	7,4	5,9	7,4	4,4	7,3	6,3	5,6	5,1
Julio	6,9	6,7	3,5	3,8	7,2	7,6	8,4	5,5	8,8	8,3	6,2	6,0
Agosto	5,4	5,4	2,9	3,4	6,9	6,5	5,0	4,9	8,0	7,9	5,7	6,0
Septiembre	6,0	6,4	2,8	3,7	6,3	8,9	5,8	5,1	7,8	7,5	6,8	6,2
Octubre	5,5	4,2	3,4	2,1	7,6	6,3	6,0	5,2	6,7	8,0	7,7	5,6
Noviembre	5,2	2,4	2,7	1,4	7,2	5,7	6,5	3,7	6,4	4,7	5,6	5,8
Diciembre	4,8	3,7	2,5	1,9	4,7	5,0	4,9	3,0	5,3	4,3	4,9	4,8

Fuente: Autor

Para el periodo de estudio a nivel Nacional, la mayor frecuencia de afiliados que generan este tipo de solicitudes se encuentra en el grupo de edad de 25 y 64 años, puesto que en este grupo se concentra el 61,5% de las personas que intercedieron este mecanismo en 2013 con un incremento de 0,6 puntos porcentuales (pp) para el año 2014, y las tasas más bajas fueron reportadas en el

grupo de 0 a 24 años, con un porcentaje de tutelantes aproximado del 23%. A nivel regional se observa como las tasas más altas en el grupo de edad de 0 a 10 años se presentaron en la regional 1, para el grupo de edad de 11 a 24 años la mayor concentración de casos se presentó en la regional 5, para todas las regionales el grupo dominante es el que se encuentra en el rango de edad entre 25 a 44 años liderada por la regional 5, y finalmente la regional 3 lidera la concentración de población tutelante mayor de 45 años. (Grafica 4)

Gráfica 4. Frecuencia nacional de tutelantes por rango de edad periodo 2013-2014



Fuente: Autor

Con respecto a la distribución de solicitantes por género, a nivel nacional el 57% de las solicitudes de tutela ha sido tramitado por el género femenino, distribución que se mantiene a nivel regional y durante el periodo de estudio. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de solicitantes por genero

Año	2013		2014	
	%F	%M	%F	%M
Regional				
Caribe	59,9	40,1	59,6	40,4
Centro oriente	57,5	42,5	56,0	44
Eje cafetero	53,2	46,8	55,1	44,9
Noroccidente	56,1	43,9	57,1	42,9
Nororiente	56,0	44,0	56,1	43,9
Suroccidente	57,0	43,0	56,5	43,5
Total Nacional	57,1	43,0	57,2	42,8

Fuente: Autor

La frecuencia de solicitudes tramitadas por cada persona indica que el 92,4 % de la población tutelante intercedió al menos 1 solicitud de tutela, el 6,5% de la población en mención tramita dos solicitudes y solo el 1% se ve en la necesidad de tramitar más de tres requerimientos, comportamiento que se mantiene durante el periodo de estudio. (Tabla 4)

Tabla 4. Frecuencia de tutelas a nivel Nacional por afiliado año 2013-2014

AÑO	2013		2014	
	Número de tutelas x afiliado	Total tutelantes	Total tutelantes	% Tutela
1		19168	17519	92,10%
2		1332	1288	6,77%
3		186	161	0,84%
4		39	38	0,19%
5--8		20	13	0,04%

Fuente: Autor

En lo referente al total de solicitudes de tutela de salud, en el año 2013 el 43,7% fueron clasificadas como servicios POS, con una disminución de 43,5% para el año 2014, el mayor porcentaje de solicitudes se observó en medicamentos (41,7%) seguido de servicios generales (Pruebas diagnósticas, pruebas de laboratorio, insumos, procedimientos no quirúrgicos), (40%) tendencia que se mantiene para el año 2014 con un incremento en la distribución de 3,7 pp en solicitudes por medicamentos y 2,6 pp por servicios generales (a partir de los ordenamientos generados a partir de las solicitudes de tutela, lo que explica el mayor número en relación a las tutelas, puesto que una solicitud puede generar varios ordenamientos).

Tabla 5. Distribución de solicitudes salud por año

Total de solicitudes		Año 2013				Año 2014		
Servicio	NO POS (52,6%)	Número de solicitudes	POS (47,4%)	Número de solicitudes	% NO POS (56,3%)	Número de solicitudes	POS (43,7%)	Número de solicitudes
Especialidades	0,04	7	5,0	1.583	0,05	6	5,8	1.010
Generales	31,7	5331	40,0	7.446	34,1	3.762	42,6	3.748
Hospitalización	0,04	6	6,1	1.945	0,1	12	6,2	1.080
Medicamentos	64,5	10.840	41,7	2.494	61,9	6.823	45,4	1.183
Quirúrgicos	3,8	634	7,2	1.673	3,8	420	11	1.527
Total	100	16.818	100	15.141	100	11.023	100	8.548

Fuente: Autor

El valor en pesos de las solicitudes de tutela durante el periodo de estudio se obtuvo a partir de todos los ordenamientos generados a partir de las solicitudes de tutela que reclamaban un servicio de salud, es importante aclarar que no todas las solicitudes generan un ordenamiento o una solicitud genera varios ordenamientos, en otros casos los pacientes fallecen, desisten de la solicitud o se entrega por vía del CTC ignorando el fallo.

El costo generado por las solicitudes de tutela para el 2013 fue de \$20.462.258.048 millones de pesos con una disminución del 44,2% para el año 2014. En el año 2013 el 70% de este costo correspondió a servicios No POS pasando al 67,9 en el año 2014, año en el que costo de estos servicios presentó una disminución del 44,9%, los servicios POS pasaron del 30% al 32,1% de participación, con una disminución del 39,3% en el costo para el año 2014. Los medicamentos representaron el mayor costo durante ambos años 51,4 y 37% respectivamente, sin embargo para el año 2014 se registró una disminución del 60,4% en este rubro. En su orden los procedimientos quirúrgicos (25,5%) y los servicios generales (23%) presentan una disminución del 29,9% y del 27,9% respectivamente para el año 2014.

El costo de los servicios POS para el año 2013 fue de \$6.134.700.862 millones de pesos, con un descenso del 39,3% para el 2014. Los procedimientos quirúrgicos ocupan el primer lugar (34,3%) con una disminución del 35,7% en dicho rubro para el 2014, seguido de los servicios generales (32,5%) con una disminución del costo en 31,7% y hospitalización (22,2%) con una disminución del costo en 45,5% con respecto al año 2014.

Tabla 6. Costo y distribución por servicio año 2013

Costo 2013		Cobertura			
Servicio	NO POS (70%)	%	POS (30%)	%	
Especialidades	\$ 595.000	0,004%	\$ 86.005.679	1,4%	
Generales	\$ 3.298.703.851	23%	\$ 1.995.233.161	32,5%	
Hospitalización	\$ 10.848.000	0,07%	\$ 1.360.048.568	22,2%	
Medicamentos	\$ 7.366.262.463	51,4%	\$ 592.262.544	9,60%	
Quirúrgicos	\$ 3.651.147.872	25,5%	\$ 2.101.150.910	34,3%	
Total	\$ 14.327.557.186	100%	\$ 6.134.700.862	100%	

Fuente: Autor.

Tabla 7. Costo y distribución por servicio año 2014

Costo 2014		Cobertura			
Servicio		NO POS (67,9%)	%	POS (32,1%)	%
Especialidades	\$	1.555.000	0,02%	\$ 34.397.687	0,9%
Generales	\$	2.379.507.577	30,2%	\$ 1.363.119.956	36,6%
Hospitalización	\$	29.700.000	0,37%	\$ 741.654.909	19,9%
Medicamentos	\$	2.916.734.334	37%	\$ 232.838.612	6,3%
Quirúrgicos	\$	2.560.279.205	32,4%	\$ 1.350.108.601	36,3%
Total	\$	7.887.776.116	100%	\$ 3.722.119.765	100%

Fuente: cálculos del autor

Se revisaron un total de 8.631 ordenamientos generados a partir de las solicitudes de tutela nuevas y de acuerdo al subgrupo de categorías parametrizadas por la EPS se obtienen los siguientes resultados: La mayor participación en el costo se observó en los medicamentos, seguido de los procedimientos durante ambos años, en 2013 los insumos domiciliarios ocuparon el tercer lugar con el 8,8% pasando al sexto puesto en 2014 con el 4,1%, el personal domiciliario en 2014 paso a ocupar el tercer puesto con el 7,2%, el transporte escalo tres puestos en 2014 con una participación del 1,5%. (Tabla 8)

Tabla 8. Distribución del costo de acuerdo al ordenamiento año 2013-2014

2013		2014	
origen del costo	%	origen del costo	%
Medicamentos	38,6	Medicamentos	37,5
Procedimientos	28	Procedimientos	30,9
Insumos domiciliarios	8,8	Personal domiciliario	7,2
Programas rehabilitación	8,5	Programas rehabilitación	6,9
Personal domiciliario	8,2	Pruebas diagnosticas	5,7
Pruebas diagnosticas	3,2	Insumos domiciliarios	4,1
Terapias alternativas	1,6	Insumos ortopédicos	3,5
Insumos ortopédicos	1,4	Transporte	1,5
Estancia	0,6	Estancia	1,5
Consultas	0,5	Consultas	0,5
Transporte	0,4	Odontología	0,4
Odontología	0,3	Terapias alternativas	0,4

Fuente: Autor

Los medicamentos ocupan el primer lugar como origen de solicitudes siendo los grupos correspondientes a oncológicos y biológicos donde se distribuye el mayor porcentaje del costo, 48,7% en 2013 y 45,5% en 2014. Para 2014 las formulas alimenticias, suplementos nutricionales y vitaminas presentan el mayor incremento en esta distribución con una variación positiva del 10,8%. (Tabla 9)

Tabla 9. Distribución por tipo de medicamento 2013-2014

2013		2014	
Oncológico	26,8	Biológico	24,5
Biológico	21,9	Oncológico	21,0
Inmunosupresores	10,4	Nutrición	20,5
Nutrición	9,7	Neurológico	6,7
Congénito	7,5	Inmunosupresores	4,9
Cardiovascular	6,2	Congénito	4,4
Neurológico	3,9	Cardiovascular	4,4
Respiratorio	2,8	Reumatología	2,8
VIH	2,8	Respiratorio	2,7
Siquiátrico	2,3	Siquiátrico	2,6
Antibióticos	1,5	Analgésicos	1,7
Analgésicos	1,1	Digestivo	1,3

Fuente: Autor.

Según la clasificación establecida por la EPS, las solicitudes relacionadas con las incapacidades ocupan el primer lugar con el 30,3% en 2013 y 27,8% en 2014, seguido de los medicamentos No POS con una participación del 15,3%, y una disminución del 34,1% para el 2014. El tercer lugar es ocupado por los procedimientos No POS con el 12,8% de las solicitudes, con una disminución del 24,3% para el año 2014. En cuarto lugar están los gastos de traslado con una participación del 5,5% con un incremento en las solicitudes del 18,7% para el año 2014. En quinto lugar aparece la falta de oportunidad en la entrega de autorizaciones con un 5,1% con un incremento para el año 2014 del 41,3% (Tabla 10).

Tabla 10. Frecuencia de solicitudes de acuerdo a la causa de origen año 2013-2014

Total Nacional DES_CAUSA_ACCION	Año 2013		Año 2014	
	Fr	%	Fr	%
Incapacidades	6865	30,3	5791	27,8
Medicamentos no pos	3463	15,3	2279	11,0
Procedimientos no pos	2889	12,8	2188	10,5
Gastos de traslado	1251	5,5	1485	7,1
Inconformidad por presunta falta de oportunidad en la entrega de autorización de servicios (lo que no es quirúrgico)	1161	5,1	1980	9,5
Insumo y/o dispositivo no pos	1087	4,8	1328	6,4
Inconsistencias en la afiliación	1044	4,6	861	4,1
Inconformidad con la atención médica	1039	4,6	978	4,7
Petición injustificada del usuario	786	3,5	680	3,3
Inconformidad por presunta falta de oportunidad programación quirúrgica.	643	2,8	566	2,7
Falta de legitimación por pasiva ⁸	569	2,5	603	2,9
Derecho de petición sin respuesta durante termino	448	2,0	492	2,4
Enfermedad profesional	285	1,3	415	2,0
Cartera	273	1,2	242	1,2
Exoneración de copagos y/o cuotas moderadoras	225	1,0	290	1,4
Demora atribuible al prestador	210	0,9	233	1,1
Traslados negados	193	0,9	148	0,7
Tutela por los mismos hechos y pretensiones	151	0,7	133	0,6
Presentación específica ó comercial	67	0,3	111	0,5
POS	8	0,0	6	0,0
Total	22657	100	20809	100

Fuente: Autor

A nivel regional, el mayor porcentaje de solicitudes cuya acción de tutela fue generada a partir de trámites administrativos se observó en la regional 3, con el 57% para el año 2013 y el 60% para el 2014 respectivamente, siendo las incapacidades la mayor razón de trámite de este tipo de solicitudes, con aproximadamente 1/3 del total. En la regional 4 se observa el menor porcentaje de solicitudes por esta causa con el 44,2% para el 2013 y disminuyendo al 30% para el 2014, siendo las incapacidades y la falta de oportunidad en la entrega de autorización de servicios las causas más frecuentes, en la regional 5 se observa porcentaje más elevado de solicitudes originadas por gastos de traslado aproximadamente el 9,5% de los casos.

⁸ La legitimación en la causa por pasiva, es la capacidad jurídica y procesal de la parte demandada para comparecer en juicio, es decir, la parte demandada debe ser la persona que conforme a la ley sustancial está legitimada para discutir, oponerse o contradecir una o varias pretensiones del demandante, se entiende satisfecha con la correcta identificación de las personas o autoridades responsables de la amenaza o vulneración de los derechos fundamentales. Corte Constitucional Auto 257/06 <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/Autos/2006/A257-06.htm>.

Con respecto a las solicitudes generadas por los servicios No POS la regional 1 ocupa el primer lugar con un promedio del 38% durante el periodo de estudio, la regional 4 ocupa el segundo lugar, sin embargo hay que resaltar que para el año 2014 se presenta una disminución en este tipo de reclamaciones pasando del 41,5% al 33,2%, observándose un mayor impacto por las solicitudes relacionadas con medicamentos No POS. Vale la pena mencionar que con respecto a los insumos No POS para el 2014 la regional 2 (9,8%) y la regional 6 (8,3%) lideran este tipo de reclamaciones. (Tabla 11)

Tabla 11. Frecuencia de solicitudes de acuerdo a origen a nivel regional período 2013-2014

Tabla 11. Frecuencia de solicitudes de acuerdo a origen a nivel Regional periodo 2013-2014																								
Año	2013												2014											
REGIONAL	1		2		3		4		5		6		1		2		3		4		5		6	
DES_CAUSA_ACCION	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Incapacidades	1643	29,3	444	30,8	693	37,8	1288	20,7	1219	37,3	1578	36,8	1271	25,8	378	26,1	653	34,4	736	15,7	1155	32,7	1598	36,9
Medicamentos no pos	828	14,8	129	9,0	263	14,4	1501	24,1	252	7,7	490	11,4	568	11,5	123	8,5	178	9,4	857	18,3	239	6,8	314	7,3
Procedimientos no po	1028	18,3	113	7,8	108	5,9	825	13,3	282	8,6	533	12,4	1042	21,2	93	6,4	100	5,3	401	8,6	229	6,5	323	7,5
Gastos de traslado	445	7,9	81	5,6	151	8,2	159	2,6	311	9,5	104	2,4	450	9,1	107	7,4	127	6,7	273	5,8	353	10,0	175	4,0
Inconformidad por pre	118	2,1	70	4,9	43	2,3	820	13,2	67	2,0	43	1,0	154	3,1	83	5,7	218	11,5	999	21,3	239	6,8	287	6,6
Insumo y/o dispositivo	222	4,0	76	5,3	129	7,0	252	4,1	100	3,1	308	7,2	307	6,2	141	9,8	130	6,8	293	6,3	100	2,8	357	8,3
Inconsistencias en la	152	2,7	87	6,0	99	5,4	360	5,8	204	6,2	142	3,3	111	2,3	78	5,4	81	4,3	186	4,0	118	3,3	287	6,6
Inconformidad con la	168	3,0	139	9,6	35	1,9	186	3,0	150	4,6	361	8,4	170	3,5	92	6,4	74	3,9	156	3,3	250	7,1	236	5,5
Petición injustificada	297	5,3	25	1,7	44	2,4	133	2,1	128	3,9	159	3,7	171	3,5	16	1,1	42	2,2	184	3,9	113	3,2	154	3,6
Inconformidad por pre	241	4,3	34	2,4	79	4,3	178	2,9	58	1,8	53	1,2	173	3,5	50	3,5	19	1,0	163	3,5	84	2,4	77	1,8
Falta de legitimación	58	1,0	56	3,9	25	1,4	77	1,2	175	5,4	178	4,2	96	2,0	36	2,5	55	2,9	31	0,7	207	5,9	178	4,1
Derecho de petición s	142	2,5	61	4,2	15	0,8	91	1,5	43	1,3	96	2,2	123	2,5	78	5,4	42	2,2	68	1,5	72	2,0	109	2,5
Enfermedad profesio	57	1,0	19	1,3	19	1,0	56	0,9	91	2,8	43	1,0	108	2,2	32	2,2	45	2,4	75	1,6	125	3,5	30	0,7
Cartera	94	1,7	27	1,9	44	2,4	41	0,7	22	0,7	45	1,0	62	1,3	56	3,9	20	1,1	36	0,8	32	0,9	36	0,8
Exoneración de copag	51	0,9	11	0,8	13	0,7	65	1,0	30	0,9	55	1,3	34	0,7	11	0,8	51	2,7	66	1,4	50	1,4	78	1,8
Demora atribuible al	14	0,2	28	1,9	15	0,8	22	0,4	61	1,9	70	1,6	38	0,8	21	1,5	28	1,5	18	0,4	97	2,7	31	0,7
Traslados negados	27	0,5	21	1,5	45	2,5	27	0,4	62	1,9	11	0,3	10	0,2	30	2,1	22	1,2	26	0,6	47	1,3	13	0,3
Tutela por los mismos	16	0,3	13	0,9	7	0,4	101	1,6	1	0,0	13	0,3	21	0,4	9	0,6	9	0,5	68	1,5	5	0,1	21	0,5
Presentación especifi	9	0,2	7	0,5	4	0,2	30	0,5	13	0,4	4	0,1	11	0,2	12	0,8	6	0,3	40	0,9	21	0,6	21	0,5
POS		0,0		0,0		0,0	6	0,1	2	0,1		0,0		0,0		0,0		0,0	4	0,1		0,0	2	0,0
Total	5610	100	1441	100,0	1831	100	6218	100,0	3271	100	4286	100,0	4920	100	1446	100	1900	100	4680	100	3536	100	4327	100

Fuente: Autor

Con respecto a los diagnósticos relacionados con las solicitudes de tutela notificadas en la EPS, en el año 2013 se encontró que el 43,7% de los casos carece de este registro, situación que persiste en el año 2014 con un incremento del 5,2%. En el 56,3% de solicitudes que tienen registro en el sistema, se observa que los cinco grupos de diagnósticos (CIE10) (clasificación internacional de enfermedades) que se presentan con mayor frecuencia son los relacionados con: Sistema osteomuscular (11,4%), Tumores (10,7%), sistema nervioso central (8,5%), trastorno mental (8,5%), cardiovascular (8%) y metabólico (7,9%). Para el 2014 el 51,1% de solicitudes con registro, no se observan cambios con respecto a los tres primeros grupos diagnósticos, y debido a la caída de eventos originados

por el grupo diagnóstico trastorno mental, el cuarto lugar es ocupado por el grupo cardiovascular (8,9%) continuando con el grupo correspondiente a metabólico (8,35%), completando el grupo de los primeros cinco diagnósticos para este año (Tabla 12).

Tabla 12. Frecuencia de solicitudes por grupo diagnóstico periodo 2013-2014

2013		2014	
Diagnósticos	%	Diagnósticos	%
Sin Diagnostico	43,7%	Sin Diagnostico	48,9%
Osteomuscular	6,4%	Osteomuscular	5,9
Tumores	6,0%	Tumores	5,7
S. Nervioso	4,8%	S. Nervioso	5,1
T. Mental	4,8%	Cardiovascular	4,5
Cardiovascular	4,5%	Metabólico	4,3
Metabólico	4,5%	Sistema Urinario	3,9
Sistema Urinario	4,4%	T. Mental	3,6
Respiratorio	3,4%	Ojo Y Oído	3,0
Digestivo	3,3%	Digestivo	2,8
Ojo Y Oído	3,2%	Respiratorio	2,5
Signos Y Síntomas	2,6%	Signos Y Síntomas	2,3
Traumatismos	2,2%	Traumatismos	2,1
Congénitas	2,1%	Congénitas	1,9
Enf De La Piel	1,3%	Factores Que Influyen En El Estado De Salud	1,2
Factores Que Influyen En El Estado De Salud	1,1%	Enf De La Piel	0,8
Infecciosas	0,7%	Infecciosas	0,6
Perinatal, Embarazo, Parto Y Puerperio	0,6%	Perinatal, Embarazo, Parto Y Puerperio	0,4
Causas Externas De Morbilidad Y Mortalidad	0,4%	Causas Externas De Morbilidad Y Mortalidad	0,4

Fuente: Autor

En la regional 3 y 4 con el 13,7% y el 12,6% respectivamente se observa el mayor porcentaje de solicitudes relacionadas con el aparato osteomuscular, para el 2014 la regional 5 presenta un incremento porcentajes similares a las regionales mencionadas.

En la regionales 2 y 5 a diferencia del promedio nacional el primer lugar lo ocupan las solicitudes relacionadas con el grupo diagnóstico de tumores. Llama la atención el incremento de casos para el año 2014 relacionados con el Sistema nervioso en las regionales 3 y 6 muy cerca de la regional 2 que lidera en este tipo de solicitudes.

En lo que respecta al porcentaje acumulado durante el periodo de estudio los grupos diagnósticos relacionados con el riesgo cardiovascular las regionales 1 y 6 presentan el mayor porcentaje de solicitudes, a pesar de que en esta última se presenta una disminución en el número de casos para el año 2014, año en el que exceptuando la regional 5 y 6 se presenta en todas las regionales un incremento de solicitudes por este motivo (Tabla 13).

Tabla 13. Frecuencia de solicitudes por grupo diagnóstico a nivel regional período 2013-2014

Tabla 13. Frecuencia de solicitudes por grupo diagnóstico a nivel regional periodo 2013-2014																									
Año		2013										Año		2014											
Regional	1		2		3		4		5		6		Regional	1		2		3		4		5		6	
Grupo Diagnostico CIE	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Grupo Diagnostico CIE	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Osteomuscular	308	9,8	55	9,2	109	13,7	592	12,6	179	11,7	212	10,8	Osteomuscular	267	9,6	57	9,7	106	12,8	388	12,8	204	12,4	203	11,6
Tumores	306	9,7	95	15,9	89	11,2	466	9,9	221	14,4	193	9,8	Tumores	262	9,5	76	12,9	89	10,7	326	10,7	215	13,1	214	12,2
S. Nervioso	249	7,9	71	11,9	70	8,8	444	9,4	80	5,2	165	8,4	S. Nervioso	276	10,0	69	11,7	84	10,1	318	10,5	124	7,6	188	10,7
T. Mental	290	9,2	41	6,9	51	6,4	528	11,2	66	4,3	103	5,2	Cardiovascular	276	10,0	54	9,2	88	10,6	193	6,3	156	9,5	175	10,0
Cardiovascular	298	9,5	49	8,2	71	9,0	279	5,9	120	7,8	202	10,3	Metabólico	285	10,3	41	7,0	54	6,5	260	8,5	74	4,5	174	9,9
Metabólico	247	7,8	32	5,4	55	6,9	328	7,0	96	6,3	253	12,9	Sistema Urinario	210	7,6	37	6,3	73	8,8	238	7,8	133	8,1	116	6,6
Sistema Urinario	271	8,6	39	6,5	62	7,8	315	6,7	142	9,3	161	8,2	T. Mental	255	9,2	42	7,1	39	4,7	262	8,6	65	4,0	93	5,3
Respiratorio	275	8,7	27	4,5	16	2,0	255	5,4	126	8,2	71	3,6	Ojo Y Oído	149	5,4	33	5,6	43	5,2	168	5,5	124	7,6	100	5,7
Digestivo	151	4,8	29	4,9	46	5,8	296	6,3	98	6,4	127	6,5	Digestivo	119	4,3	21	3,6	73	8,8	186	6,1	97	5,9	92	5,2
Ojo Y Oído	199	6,3	35	5,9	44	5,5	258	5,5	77	5,0	116	5,9	Respiratorio	146	5,3	30	5,1	24	2,9	156	5,1	111	6,8	60	3,4
Signos Y Síntomas	120	3,8	17	2,8	60	7,6	264	5,6	63	4,1	75	3,8	Signos Y Síntomas	100	3,6	19	3,2	43	5,2	175	5,8	74	4,5	73	4,2
Traumatismos	77	2,4	28	4,7	37	4,7	192	4,1	86	5,6	83	4,2	Traumatismos	98	3,5	31	5,3	30	3,6	118	3,9	94	5,7	75	4,3
Congénitas	157	5,0	33	5,5	24	3,0	139	2,9	68	4,4	44	2,2	Congénitas	128	4,6	30	5,1	33	4,0	88	2,9	68	4,1	56	3,2
Enf De La Piel	76	2,4	14	2,3	17	2,1	138	2,9	23	1,5	30	1,5	Factores Que Influyen	110	4,0	9	1,5	28	3,4	64	2,1	17	1,0	24	1,4
Factores Que Influyen	57	1,8	6	1,0	22	2,8	115	2,4	33	2,1	22	1,1	Enf De La Piel	45	1,6	12	2,0	13	1,6	55	1,8	22	1,3	23	1,3
Infecciosas	32	1,0	8	1,3	6	0,8	48	1,0	24	1,6	45	2,3	Infecciosas	21	0,8	16	2,7	1	0,1	27	0,9	29	1,8	29	1,7
Perinatal, Embarazo,	35	1,1	15	2,5	8	1,0	37	0,8	27	1,8	23	1,2	Perinatal, Embarazo,	18	0,7	9	1,5	7	0,8	14	0,5	26	1,6	5	0,3
Causas Externas De M	5	0,2	3	0,5	6	0,8	23	0,5	6	0,4	38	1,9	Causas Externas De M	4	0,1	3	0,5	1	0,1	6	0,2	8	0,5	55	3,1
Total	3.153	100	597	100	793	100	4.717	100	1.535	100	1.963	100	Total Nacional	2.769	100	589	100	829	100	3.042	100	1.641	100	1.755	100

Fuente: Autor

De acuerdo al tipo de fallo, al interior de la empresa las tutelas se clasifican en *integrales*: donde el resuelve incluye todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico y seguimiento de los tratamientos iniciados así como todo otro componente que los médicos valoren como necesario para el restablecimiento de la salud del paciente, y *específicas*: donde se ordena a la EPS accionada que preste un determinado tratamiento o suministre determinados medicamentos o insumos, que resultan de vital importancia para el paciente o bien porque de ellos depende su vida, o bien porque sin ellos se vulneran sus derechos fundamentales como la dignidad humana, sin embargo esta información no se registra en el aplicativo, en 2013 el 43,9% de las solicitudes no tenían este registro, tendencia al subregistro que se incrementa en el 2014 con el 49,3%.

7. DISCUSIÓN

A partir de la implementación de la Tutela en el año 1991 como mecanismo de protección de los derechos fundamentales, este instrumento se ha convertido gradualmente en un recurso ordinario para obtener pronta respuesta frente a reclamaciones que invocan el derecho a la salud, y reconocida por el ciudadano del común como el medio de defensa jurídico más eficaz y oportuno, y en una puerta de acceso a los servicios de salud ⁽¹¹⁾. En el Informe de la Defensoría del Pueblo ⁽²⁾ la EPS objeto del estudio presentó un incremento en el indicador “Número de tutelas por cada 10.000 afiliados” de 29,4 en 2005 alcanzando para el año 2013 un valor de 48,6 con una ligera disminución a 44,1 en el año 2014. Los resultados del estudio muestran un probable subregistro en el informe de la Defensoría del Pueblo, evidenciado a partir de las 6.159 solicitudes adicionales encontradas en la investigación, de las cuales 3.062 correspondían a 2013. Situación que se puede presentar debido a que se obtuvo el registro de las demandas judiciales con corte al 31 de diciembre de 2014 incluyendo las notificaciones realizadas en el año 2015 de acciones judiciales del año anterior. Según los resultados obtenidos la tasa calculada de tutelantes paso de 70 a 63 por 10.000 afiliados en el año 2014, tasa superior a los datos obtenidos por el informe mencionado, y comparables teniendo en cuenta que el 92,1% de la población interpone solo una demanda judicial según los hallazgos, por lo que inclusive la tasa de tutelas puede ser aún más alta. Según estos datos se observó una disminución del 8,2% en el número total de tutelas para el año 2014, dato similar al informe de esta entidad donde la variación negativa observada en esta empresa fue del 9,61%. En el año 2013, el 54% de estas acciones judiciales fue clasificado como tutela salud, con una disminución de 12,5% para el 2014 variación negativa superior al dato suministrado por la entidad mencionada (-7,97%) lo que puede ser un reflejo de la actualización del POS implementado por la resolución 5521 de 2013, situación similar a la observada luego de proferirse la sentencia T-760 en 2008 (Acuerdos 021, 025, 029 de 2011 y 034 de 2012, de la Comisión de Regulación en Salud), y cuyo impacto se observó los dos años siguientes con la disminución en el número de solicitudes ⁽²⁾ lo que indica que en definitiva la actualización del plan de beneficios debe ser continua, entendiendo el concepto salud como un proceso dinámico sujeto a cambios permanentes y dependiente de factores como los demográficos, sociales y tecnológicos. Sin embargo a pesar de esta variación negativa hallada en la tasa del año 2014, persiste un elevado número de solicitudes de tutela relacionadas con la salud, lo que sugiere que a pesar de logros como la cobertura universal en el aseguramiento (salud, 2015) de lo que Nieto ⁽¹²⁾ afirmó: *“la afiliación al sistema no contribuye de forma significativa a remover totalmente las barreras de acceso a los servicios”*, y (Patiño, 2013) ⁽²⁶⁾ *“la carnetización no significa acceso y el acceso no significa prestación del servicio, y si se presta, no garantiza calidad”* y las reformas realizadas al SGSSS en definitiva no han sido suficientes para garantizar el acceso a los servicios, manteniendo vigente la afirmación de Vélez

(2007)⁽²⁷⁾ *“la tutela es la herramienta más efectiva en el país, para acceder a los servicios de salud negados o no atendidos oportunamente por parte de los administradores del sistema”* con el agravante de que en esta EPS el 43,7% de las acciones judiciales, según los hallazgos, están relacionadas con servicios incluidos en el POS a pesar de la disminución del número de solicitudes del 22,5%, no debemos olvidar que son servicios a los que los afiliados tienen derecho.

La regional 2 ubicada en la zona centro del país registró la menor tasa de solicitantes de tutela con un promedio de 3,55 solicitantes por cada 10.000 afiliados, aproximadamente la mitad del promedio nacional, estos hallazgos probablemente se puedan explicar debido a dificultades con el acceso a la red de atención que puede generar un incremento en el número de demandas judiciales, Bogotá por ejemplo en el año 2012 registró 2,1 veces más prestadores por habitante, y un indicador de personas con acceso medico de 8,3 pp por encima con respecto a la zona geográfica donde se ubica la regional con la mayor tasa de la EPS, reflejo de una inequitativa distribución de la oferta de prestadores de servicios de salud en Colombia⁽²⁸⁾ (Finol, 2014), sumado a los problemas de contratación derivada de la crisis financiera que tiene la EPS (Resolución 1620 de 2015 Superintendencia Nacional de Salud). La regional 5 ubicada zona nororiental del país, con la tasa promedio más alta (8,55) y donde gran número de reclamaciones se realizan por gastos de traslado (10%) valor que duplica la media nacional, y que de acuerdo a la Defensoría del pueblo (2014)⁽²⁾ tuvo una gran participación en la generación de tutelas (15,7%). La entidad encontró que los gastos de traslado, presentaron un aumento del 31,5% con una participación del 45,4% en la categoría de tutelas “Otras solicitudes relacionadas con el sistema” para el 2014, grupo que cuenta con una participación del 25,9% del total de tutelas salud. La investigación evidenció que la participación en este tipo de solicitudes de acuerdo a esta categoría fue del 11,4% con un incremento de 15% para el año 2014 dato inferior con respecto al informe de la Defensoría, pero que evidencia problemas de acceso. Como se mencionó anteriormente es probable que la concentración de servicios de alta complejidad en las ciudades principales, obligue al traslado obligado a los afiliados desde su sitio de origen a estos centros de atención, incrementando la demanda de estos servicios, aumentando la probabilidad de una negación o algún otro problema de acceso. Otra razón que puede explicar el número de acciones de tutela se puede explicar en el incremento de las negaciones de este servicio ⁽²⁾ que se da a partir de la necesidad de traslado de un tercero cuando las condiciones clínicas del afiliado así lo requieren, a lo que el MSPS en respuesta a la Defensoría del Pueblo manifestó: *“el traslado, hospedaje y viáticos para los acompañantes no corresponde a la prestación de servicios de salud conforme al POS en ninguna de las fases de atención señaladas en el artículo 162 de la ley 100/93; estas prestaciones corresponden a servicios de apoyo social y su financiamiento requiere el uso de otras fuentes de financiación distintas a la UPC”*, lo que está en contravía con la Corte

Constitucional que determinó que no se deben elementos restrictivos que amenacen la garantía efectiva del derecho a la salud.

De acuerdo a la solicitud se determinó que el mayor número de acciones de tutela salud están relacionadas con servicios No POS con una participación del 52,6% en el año 2014, y el 56,3% en 2014 con una disminución para este año del 34,5% en el número de solicitudes, ocupando los medicamentos el primer lugar con un promedio de participación del 63,2% durante el periodo de estudio, pero con una disminución en el número de solicitudes del 37%, lo que puede sugerir que la actualización realizada a partir del año 2011 por parte de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) en el plan de beneficios ha respondido a las expectativas, dando una respuesta adecuada a las potenciales necesidades de atención, coherente con el estudio realizado por Romero-Prada⁽²⁹⁾ donde afirma que la incorporación de las nuevas tecnologías en el 2012 mejoró el acceso a los servicios de salud y optimizó el desempeño del SGSSS, según Alvaro Cardona⁽³⁰⁾ la actualización realizada en el plan de beneficios se acerca a los requerimientos de integralidad y pertinencia de acuerdo a las necesidades de la población. Es innegable que se ha logrado un avance en la prestación del servicio por parte de la EPS de acuerdo a los resultados obtenidos, sin embargo el número de solicitudes y la tasa de tutelantes reportada por esta investigación es elevada por lo que se hace el siguiente cuestionamiento ¿Cuál o cuáles son las razones que expliquen el número elevado de solicitudes de tutela salud? Varias hipótesis se pueden plantear frente a esta situación, en el estudio, se identificaron las causas que generaron la acción de tutela de acuerdo a la clasificación definida por la EPS en su aplicativo, donde las solicitudes relacionadas con la salud derivadas de fallas administrativas (Incluye: inconformidad por falta de oportunidad entrega autorización, inconsistencia afiliación, derecho de petición sin respuesta y traslados negados), registraron una participación del 12,5% en el 2013 y del 16,7% para el 2014 con un incremento del 18% en el número de acciones de tutela, lo que sugiere que problemas operativos y de proceso de la empresa están generando barreras de acceso a los servicios. La falta de oportunidad en la entrega de autorizaciones tiene una participación en este grupo del 40,7% pasando a 2014 al 56,8% con un incremento del 41,3%, por lo que es probable que los excesivos trámites que se requieren para la autorización de este tipo de medicamentos y la demora en las respuestas por parte del comité técnico científico (CTC), pueden inducir a los pacientes a recurrir a esta herramienta jurídica con la concepción de un acceso más eficaz al servicio.

Con respecto a las características y comportamiento de los afiliados que tramitaron una acción judicial frente a la EPS, se encontró una mayor tendencia por parte del género femenino a recurrir a este mecanismo con el 57% de las solicitudes durante todo el periodo de estudio, hallazgo razonable teniendo en cuenta la mayor necesidad sentida de servicios de salud por esta población (Guarnizo-Herreño, 2008) lo que incrementa el riesgo de vulneración de este

derecho. Los resultados evidencian que el periodo del año es otro factor que afecta la frecuencia de afiliados tramitando este tipo de solicitudes, durante el periodo de estudio en la EPS, en el mes de diciembre la tasa de solicitantes disminuyó a 4,6 en el año 2013 y 3,7 por 10.000 afiliados en el año 2014, siendo las frecuencias más altas observadas durante los meses de abril, mayo y julio tendencia que se mantiene a nivel regional, por lo que es probable que la búsqueda de servicios de salud por parte de los afiliados no dependa exclusivamente del estado de salud, lo que indica una interpretación variable de necesidad o prioridad de servicio de acuerdo al entorno por parte de la población en general, teniendo en cuenta que dicho trámite se puede realizar sin interrupción durante todo el año a través de los juzgados penales (Decreto 2591 de 1991 Artículo 1º “Todos los días y horas son hábiles para interponer la acción de tutela”). La edad es otra variable a considerar, se observó la mayor frecuencia de solicitantes de tutela en el grupo de edad de 25 a 64 años de edad (61%), situación coherente acorde a la pirámide poblacional de la EPS donde el mayor porcentaje de afiliados se encuentra en este rango (65%), sin embargo la alta tasa observada en la población de 45 a 64 años en relación a la estructura poblacional la ubica como grupo poblacional con mayor probabilidad de tramitar una solicitud de tutela. En este grupo se presenta una alta prevalencia de factores de riesgo como sedentarismo, obesidad y tabaquismo, relacionados con enfermedades neoplásicas y cardiovasculares, grupo de enfermedades que ocupan los primeros lugares como causas de mortalidad en Colombia⁽³¹⁾, lo que incrementa la probabilidad de requerir los servicios de salud de forma regular, aumentando el riesgo de posibles barreras de acceso. En este contexto los resultados evidencian que los medicamentos relacionados con enfermedades oncológicas ocupan una cuarta parte del costo de la EPS, y el grupo diagnóstico tumores ocupa el segundo lugar en frecuencia de solicitudes, a pesar de las fallas evidenciadas en el registro, situación que llama la atención teniendo en cuenta que en la ampliación del plan de beneficios, el 14,8% de las nuevas inclusiones fueron agentes antineoplásico e inmunomoduladores generando preguntas como ¿Con que criterios realizó la CRES la actualización del POS, fue suficiente la ampliación? ¿Los procesos administrativos de la EPS generan barreras de acceso para la prestación de servicios? En el grupo de edad de 65 años o más, donde el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles aumenta, se observó la mayor frecuencia de solicitantes en la zona de la regional 3 ubicada en el eje cafetero, regional donde se encontró la mayor concentración de afiliados de este grupo etario (8,9%), aunque esto no justifica el indicador teniendo en cuenta las características de esta población donde no deben existir barreras en la atención, y con programas focalizados en los grupos diagnósticos más frecuentes, este hallazgo plantearía posibles falencias en los programas de intervención y atención enfocados a este tipo de afiliados. En la regional 1 ubicada en la zona caribe, se presentan las mayor tasa de solicitantes en el grupo de menores de 10 años de edad, región del país donde las patologías como parálisis cerebral, epilepsia y trastornos cognitivos son las más frecuentes, como lo evidencia la Defensoría del Pueblo en su informe de 2013, y donde el 80% de las solicitudes por terapias ABA

(Análisis Conductual Aplicada) (Applied Behavioral Analysis) se realizan en esta zona, terapias que se usan en menores de edad como parte del tratamiento y que a la fecha no han demostrado su efectividad, entonces ¿En esta zona del país, la tutela se está utilizando como herramienta de acceso a todo tipo de servicios?. ¿Qué mecanismos de control tiene la EPS sobre los prestadores de servicios?

El mayor costo para la EPS derivado de las acciones de tutela se encuentra en los servicios no POS con una participación del 69%, y con una reducción del 44,9% para el año 2014. Los medicamentos ocuparon el primer lugar en esta categoría con una disminución del 60,4% para el año 2014 y una disminución en el número de solicitudes del 37% lo que indicaría con mayor fuerza de acuerdo a todo lo expuesto que la ampliación plan de beneficios generó un impacto positivo en el acceso. Esta importante disminución del costo es probablemente el reflejo de las medidas adoptadas por el Gobierno con el fin de frenar los altos precios de los medicamentos en Colombia⁽³²⁾

Con la implementación de Mi Plan según el MSPS se eliminarían las dificultades actuales de los servicios No POS, con lo que se reducirían significativamente las acciones de tutela sin embargo se genera la duda sobre las fuentes de financiación para el sostenimiento de este plan, teniendo en cuenta el riesgo de una demanda creciente de estos productos por médicos tratantes y pacientes. Escenario que tendría un impacto financiero incalculable sobre el sistema. Otro interrogante se origina a partir de los medicamentos que no estén incluidos, donde los pacientes posiblemente sigan recurriendo a las cortes para obtenerlos, perpetuándose la “tragedia del No-POS””: productos ausentes del POS y recobrados a precios muy altos sin lograr a largo plazo el efecto esperado disminuyendo las acciones judiciales⁽³³⁾.

El estudio se realizó en el periodo 2013-2014 debido a que la información sobre las solicitudes de tutela en la EAPB objeto de estudio es casi nula y poco fiable debido a problemas de registro y parametrización del aplicativo, lo que empieza a evidenciar problemas en los sistemas de información de la empresa. Como parte de esta investigación se consideró la variable “Diagnostico de la solicitud” que hace mención al grupo de enfermedades relacionadas con el diagnostico registrado en las solicitudes de tutela, pero en este proceso se encontró un subregistro de la información del 46,3%, comportamiento similar se presentó en la variable “Alcance de la tutela” con el 46,6% , lo que genera cuestionamientos como ¿Qué tipo de información se utiliza para la toma de decisiones?, ¿Qué utilidad tiene para la empresa este registro? y si fue creado en el aplicativo ¿Cuál es el objetivo de este?, y por último ¿Qué control se hace sobre el registro de la información?

En Colombia el derecho a la salud se convierte en un objetivo utópico, teniendo en cuenta la desigualdad que prevalece en el país donde el coeficiente GINI para el año 2014 es de 0,538, situación aún más crítica según la región del territorio colombiano y donde existe una organización inequitativa de los servicios de salud, con un acceso inestable, fragmentado y mediado por los recursos económicos de las personas., lo que incrementa el riesgo de la vulneración de este derecho,⁹ reflejado en el aumento progresivo en el uso de esta acción judicial que evidencia la brecha entre el sistema de salud actual y un sistema de salud integral basado en los derechos humanos.

La acción de tutela es en definitiva una herramienta fundamental de protección para los afiliados a la EPS, y un mecanismo de acceso a los servicios, inclusive lo que están incluidos en el POS. De acuerdo a los hallazgos, son múltiples los factores que influyen negativamente en la dinámica de la prestación del servicio a los afiliados, que ante la vulneración del derecho a la salud se ven obligados a recurrir a esta demanda judicial. Las intervenciones deben realizarse de forma conjunta por parte de todos los actores del sistema con el fin de mitigar el número de acciones judiciales, y no solo a través de la actualización el plan de beneficios o la reestructuración del SGSSS, se deben definir los alcances del sistema a partir del concepto salud y el derecho a la salud, generar intervenciones que impacten las condiciones de vida de la población y los determinantes de la salud, por ejemplo en lo que respecta al empleo gran parte del problema financiero que enfrenta el sector tiene origen en la creciente informalidad en la economía. Cabe destacar que mientras los afiliados al régimen contributivo crecieron 32% entre los años 2001 y 2009, los afiliados al régimen subsidiado aumentaron 121% y el bajo porcentaje de cotizantes al sistema, el cual en los dos últimos años sólo representó el 20% del total de afiliados a los dos regímenes lo que indudablemente, afecta la sostenibilidad financiera del sistema lo que exigiría medidas para asegurar que más trabajadores aporten a la seguridad social en salud¹⁰, por lo que la disminución en los niveles de informalidad deberían ser una prioridad debido a su gran impacto sobre las cotizaciones recursos adicionales que probablemente mejorarían el funcionamiento del sistema, , se deben fortalecer los sistemas de información en todos los niveles, la información actual no permite tomar decisiones a corto plazo; por ejemplo, no hay indicadores claros sobre la calidad del servicio que permitan generar políticas publicas efectivas y eliminar todas las barreras administrativas, diseñar modelos de atención enfocados en el riesgo y no en consultas médicas o en consumo de medicamentos de alto costo como única solución a los problemas de la salud de la población, tomar medidas frente a la inequidad en la distribución de la red de atención, garantizar el flujo de recursos que permita una interacción adecuada con la red de prestadores, e implementar mecanismos de control y regulación sobre todos los prestadores de

⁹ Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2014 DANE Bogotá D.C., 24 de marzo 2015

¹⁰ Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia Ligia Alba Melo B Octubre de 2010

servicios de salud en conjunto con una política farmacéutica que permita la regulación adecuada de los precios de los medicamentos teniendo en cuenta el gran costo que han tenido para el país debido a la falta de regulación "Todo el mundo aprovechó esa falta de control por parte del gobierno", aseguró Rodrigo Arcila, Director Ejecutivo de la Cámara Farmacéutica de la Asociación Nacional de Industriales (ANDI), situación de la que el Dr. Oscar Andia comenta: *"El proceso de desregularización a ultranza es exclusivo de Colombia en esa magnitud. En ninguna parte del mundo ha pasado un desastre similar"*, con el fin de optimizar la atención a todos los afiliados al SGSSS y garantizar en parte la sostenibilidad financiera del sistema.

8. CONCLUSIONES

Es evidente que la tutela como mecanismo de participación ha sido una herramienta valiosa para los ciudadanos vinculados al sistema, el gobierno del Presidente Santos ha impulsado una reforma del sistema de salud y ha realizado algunas actualizaciones a los planes de beneficios con el fin de cumplir con lo ordenado por la Corte, medidas que buscan que la acción de tutela no siga siendo la “válvula de escape” para solucionar los problemas en el acceso a la salud, cambios que en definitiva no han sido suficientes frente a la gran problemática nacional frente al tema salud.

Este estudio evidencio los problemas operacionales y administrativos como una causa de generación de solicitudes por tutela al interior de una EPS y que no se mencionan en los diferentes estudios relacionados con el tema, situación que de no ser identificada por los principales actores de SGSSS perpetuaría la problemática expuesta. Las falencias en la estructura, distribución y acceso a redes de servicios contribuyen de forma importante a toda esta situación al generar dificultades de acceso por la escasez de niveles de atención de mediana y alta complejidad en algunas regiones del país. La falta de recursos en las EPS es otro factor generador de barreras de acceso y de falta de oportunidad de atención por dificultades en la contratación lo estrecha aún más la red de prestadores. La falta de control y seguimiento sobre los prestadores de servicios que participan en el proceso que garanticen que las solicitudes tengan soportes basados en la evidencia científica y se ajusten a las necesidades de los usuarios. Los problemas de proceso de registro en los sistemas de información agravan aún más la situación de la empresa debido a que esta falencia dificulta la generación de posibles intervenciones, por lo que se considera que los cambios y modificaciones en el sistema se deben realizar a nivel de toda la estructura de prestación de servicios, con lo que se podrían generar intervenciones oportunas, y optimizar los sistemas de regulación y control en todos los niveles del sistema lo que generaría un impacto positivo en la atención de los afiliados.

9. RECOMENDACIONES

Es de vital importancia para la empresa fortalecer los sistemas de registro de la información, e implementar un sistema de control y seguimiento al registro.

Se debe trabajar sobre los mecanismos de regulación y control de los prestadores y trabajar de la mano con dichas instituciones con el fin de generar intervenciones que puedan mejorar la oportunidad en la atención y la oferta de servicios mejorando el acceso a los servicios de salud.

La EPS debe revisar todos sus procesos con el fin de identificar cuáles son las fallas que se están presentando y que pasan de ser problemas administrativos a ser barreras de acceso afectando la prestación de servicios a los usuarios.

Generar programas de intervención sobre grupos de riesgo, como los afiliados mayores de 65 años y los pacientes con cuidado domiciliario. Fortalecer los programas de enfermedades de alto costo,

BIBLIOGRAFIA

1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1990. Mecanismos de participación ciudadana. Congreso de la Republica. Biblioteca Luis Ángel Arango, 2015. Recuperado de: <http://www.banrepcultural.org/node/79401/>
2. DEFENSORÍA DEL PUEBLO. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social. 2014. Recuperado de: <http://www.defensoria.gov.co> Bogotá D. C., (2014).
3. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-760, 2008. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
4. MARTINEZ, Félix. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia. ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?. Bogotá Fidesalud, 2013.
5. RUBIO, Mauricio. Entre la informalidad y el formalismo. La acción de tutela en Colombia. Ensayo.
6. GARCÍA VILLEGAS, Mauricio. Defensa crítica de la acción de tutela y de la justicia.
7. JARAMILLO, C. Situación y perspectivas del sistema de seguridad social en Colombia: Salud y pensiones. Consultoría para el BID. Bogotá, 2010
8. CASTAÑEDA, Carlos; FONSECA, Milena. La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Bogotá, 2012.
9. ARIAS RAMIREZ, Jaime et. al. Dos décadas del sistema de seguridad social en salud: desarrollo, crisis y soluciones. Bogotá, Editora Angela Hernández Toled. ACEMI, 2012.
10. MISAS, Juan Diego; AVILA, Mauricio. Estudio económico del programa de apoyo a la reforma del sistema general de seguridad social en salud. Bogotá, 2013.
11. PINTO MASIS, Diana. CASTELLANOS, María Isabel. En el Sistema General de Seguridad Social Colombiano caracterización de los recobros por tutelas y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud. 2004.
12. NIETO, E. ARANGO, A. Costos de los servicios de salud tutelados y del proceso legal de las tutelas en Medellín. Salud Pública, 2011.

13. TORRES, Mauricio; TOVAR, Rev. Acción de tutela en salud: piedra en el zapato en la consolidación de las reformas de mercado. Bogotá, Gerencia Política Salud, 2014. Vol. 13 No. 27.
14. PINTO MASIS, Diana; CASTELLANOS, María Isabel. En el sistema general de seguridad social colombiano caracterización de los recobros por tutelas.
15. VELEZ, Alba Lucía. La acción de tutela. Un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a servicios de salud?. En: Revista Colombia Médica Vol. 36 No. 3 Julio-septiembre 2005.
16. PAREDES C., Nelcy. Las reformas de salud en Colombia. Bogotá, Fedesarrollo, 2005.
17. Acción de tutela, acceso y protección del derecho a la salud en Manizales. Salud Pública, 2007.
18. GONZALEZ, 2009.
19. DEFENSORÍA DEL PUEBLO. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social. 2013.
20. CONSUEGRA ARAURE, Yollimar. Derecho romano, la tutela y curatela, derechos reales y servidumbres. Ensayo. Abril de 2010.
21. CONSTITUCION DE GRAN BRETAÑA. Carta Magna. Junio 15 de 2015.
22. SIERRA, 2007.
23. GAVIRIA, Alejandro. El estado del progreso. 2014
24. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Actualización integral del POS. Desarrollo metodológico de los progresos generales de depuración y ordenamiento de tecnologías en salud. 2013.
25. SANTAMARÍA, Mauricio. El sector salud en Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de reforma
26. PATIÑO, Félix. El sistema de salud en Colombia: Crisis sin precedentes. 2013.
27. VELEZ, 2007.

28. FINOL, 2014
29. ROMERO PRADA, M.; MARRUGO FIGUEROA R.; ACERO G, ARANGO BAUTISTA C, ALVIS GUZMÁN, N. Impacto en el acceso a medicamentos en la población colombiana después de la actualización del plan de beneficios en el 2012. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27): 228-241.
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.iamp>
30. CARDONA, Álvaro; MEJIA, Luz M. VARGAS, Gilma. NIETO, Emmanuel. Análisis de la actualización del Plan Obligatorio de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano, 2009-2012. *Rev. Salud pública* vol.15 no.2. Bogotá Mar. /Apr. 2013
31. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Análisis de situación de Salud. Colombia, 2014.
32. GAVIRIA, Alejandro. Competencia y regulación, puntos vitales en comercio de medicamentos. 2013
33. Tutelas en Salud y paradoja de los Medicamentos de Marca versus los Medicamentos Genéricos en Colombia, Colombia Vitae, vol. 20, núm. 2 , 2013 Universidad de Antioquia Medellín, Colombia 2013.