



DIAGNÓSTICO:
OBSERVATORIO
DE SALUD,
ITAGUÍ2017

Santiago Vélez Oviedo

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	3
2. ANTECEDENTES.....	5
3. OBJETIVOS.....	11
3.1. OBJETIVO GENERAL	11
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
4. ANALISIS DE DATOS	12
4.1. Datos analizados	12
4.2. Distribución de géneros y condiciones médicas de ATS.....	12
4.3. Afiliación al régimen contributivo o subsidiado:	16
4.4. Resolución de tutelas:.....	20
4.5. EPS mayormente tuteladas:	23
5. CONCLUSIONES.....	26
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

1. INTRODUCCIÓN

Las condiciones de salud, tanto en Colombia como en América Latina, se encuentran, salvo algunas excepciones, en una situación crítica, considerando problemas como son los sistemas de atención fragmentados de acuerdo a la capacidad de pago que tienen los usuarios, provocando un obligado anclaje económico y la división de mercado; se encuentran atrasos importantes en salud pública manifestados a través de la eliminación casi total de los programas de prevención de enfermedad y promoción de salud, fuera de las desigualdades existentes en el acceso a la salud en el que las ganancias prácticamente definen el grado de ingreso. Todas estas políticas son un reflejo de procesos de reforma estatal donde la salud es un rubro de fuerte movilización de recursos considerando la situación política y social. En el caso de Colombia, un sistema similar al chileno, se ha implementado un modelo de pluralismo estructurado que hoy en día aún no logra ser coherente con los supuestos principios de equidad, universalidad y solidaridad, así como los alcances logrados en su implementación (Moreno Moreno & López López, 2009).

A fin de superar estas problemáticas, la Defensoría del Pueblo congregó una serie de ideas que definen el conjunto de elementos que componen lo que se conoce como el “Derecho a la salud”. Dentro de esta perspectiva, se considera que, a fin de avanzar en términos de igualdad, deben considerarse y dar respuesta a las demandas poblacionales para así crear un contexto más democrático y de desarrollo social. Se ha sugerido, por ejemplo, que se tengan en cuenta las características de grupos y poblaciones específicas (por ejemplo: grupos indígenas) y que como parte del conjunto de derechos humanos, el sistema de salud se base en la universalidad pero sin que haya una necesidad de homogenizar puesto que cada grupo tiene particularidades. Del mismo modo, la superación de declaratorias y la conversión de las mismas en posibilidades reales de la población es un elemento fundamental para trascender en el otorgamiento del verdadero derecho a la salud (Moreno Moreno & López López, 2009).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente trabajo pretende hacer un diagnóstico de la evidente vulneración al sistema de salud, presente en el municipio de Itagüí (Antioquia), considerando datos estadísticos de tutelas que se han llevado a cabo en el municipio y la resolución de las mismas. Se consideraron características de las tutelas en atención en salud (ATS) del año 2016, a fin de poder dar un veredicto de diagnóstico del estado actual del sistema de salud municipal y lograr lo propuesto en el plan estratégico institucional, la creación de un observatorio en garantía al derecho a la salud.

2. ANTECEDENTES

El sistema de salud en Colombia cuenta con varias problemáticas que pueden ser resumidas de la siguiente forma (Moreno & López, 2009):

- **Alcances y desafíos en la cobertura y acceso a la atención en salud:** La escasez de los recursos y las leyes del mercado han determinado el funcionamiento de los servicios de salud, por lo que la salud se ha convertido prácticamente en un servicio de tipo meritario, económico y prácticamente privado. Se ha sugerido que los servicios de salud deberían ser organizados de acuerdo al total de recursos disponibles, equilibrando las necesidades individuales y las colectivas. Sin embargo, la falta de alcance en la cobertura en salud a toda la población impide el aseguramiento total, sumado a la falta de recursos estatales, un problema de financiamiento que destaca el incumplimiento del Estado para cubrir sus obligaciones y estar constantemente dependiendo de los aportes hechos por los sectores del empleo formal. Por ello, a medida que disminuye la población con empleo formal, se incrementa la insostenibilidad del sistema y con ello, aumentan los problemas de acceso, especialmente para los más pobres.

Cuando se pensó en la ampliación de la cobertura, no se realizó a partir de expectativas realistas, proyecciones que no fueron consideradas en la implementación de la Ley 100. Por eso la universalidad de la cobertura en sistemas de regímenes fragmenta la atención en planes de beneficio diferenciados y excluye de los mismos a sectores que no tengan la capacidad de pago. Se ha indicado que la cobertura de servicios no corresponde con los gastos destinados a cubrir las necesidades de salud de la población, y que el crecimiento económico no implica un mejoramiento de las mismas. Sin embargo, esto debería ser fuertemente planificado y establecer partidas adicionales de recursos, de forma sostenible, que no llegue a afectar a los sectores de menores recursos.

- **Situación hospitalaria como expresión de la crisis del sector:** La competencia entre instituciones públicas y privadas no es equitativa puesto que las instituciones públicas no tienen la racionalidad gerencial típica de una institución privada y por ello subsisten en un mercado abierto en el que se ha priorizado la rentabilidad económica. En complemento, las instituciones privadas tienen mejor infraestructura, obligando a las instituciones públicas a establecer alianzas con el sector privado o liquidarse, afectando a las mismas en términos de acceso a la tecnología médica, solidez financiera y prestación de servicios. A pesar de los achaques que se le han hecho a la Ley 100 de 1993, el sistema ha estado arrastrando todo un historial de ineficiencia y desigualdad desde años anteriores. El problema en la distribución de los recursos genera dificultades financieras como las demoras en pagos a proveedores, generando fuertes tensiones jurídicas. Por tanto, se han dinamizado debates frente a los que tienen derecho a recibir medicamentos y tratamientos, así como toda una serie de proyectos para modificar la Ley 100. Los pacientes con SIDA y la población desplazada, por ejemplo, son algunos de los actores que son afectados de forma directa de estas discusiones.
- **Transformaciones laborales dentro del sistema de salud:** Frente a la sostenibilidad del sistema, se ha sugerido la importancia de tener en cuenta que el sistema de salud, al estar soportado en la recolección de cotizaciones de empleados, y además de ello la precariedad del mercado laboral, pues en consecuencia disminuye el número de personas que aportan al sistema. Fuera de ello, la reducción de recursos de este trae también el deterioro del mundo laboral, las adversidades de los trabajadores y la pérdida del sentido laboral, por lo que los trabajadores de la salud son afectados igualmente por la política laboral, están sometidos a condiciones precarias de trabajo y han sufrido pérdidas salariales, con vulneración de su autonomía. La universalidad se pierde también debido al incremento del desempleo y el subempleo al crearse restricciones de acceso a la atención en salud.

- Acceso a la atención:** Unido a la crisis hospitalaria y los problemas laborales, entre las dificultades que se tienen para el acceso a la atención en salud deben diferenciarse las barreras económicas de acceso que no tienen que ver con la capacidad de pago de la población, como son las barreras de tipo geográfico, género, cultural y administrativas. A más de dos décadas del funcionamiento del actual sistema de salud, la situación de salud de la población manifiesta fuertes inequidades socio-culturales, por ejemplo, en las diferencias entre zonas urbanas y rurales (éstas últimas no tienen la misma calidad de servicios de salud). Frente a las barreras culturales, se requiere tener políticas que enfrenten las inequidades de este tipo.

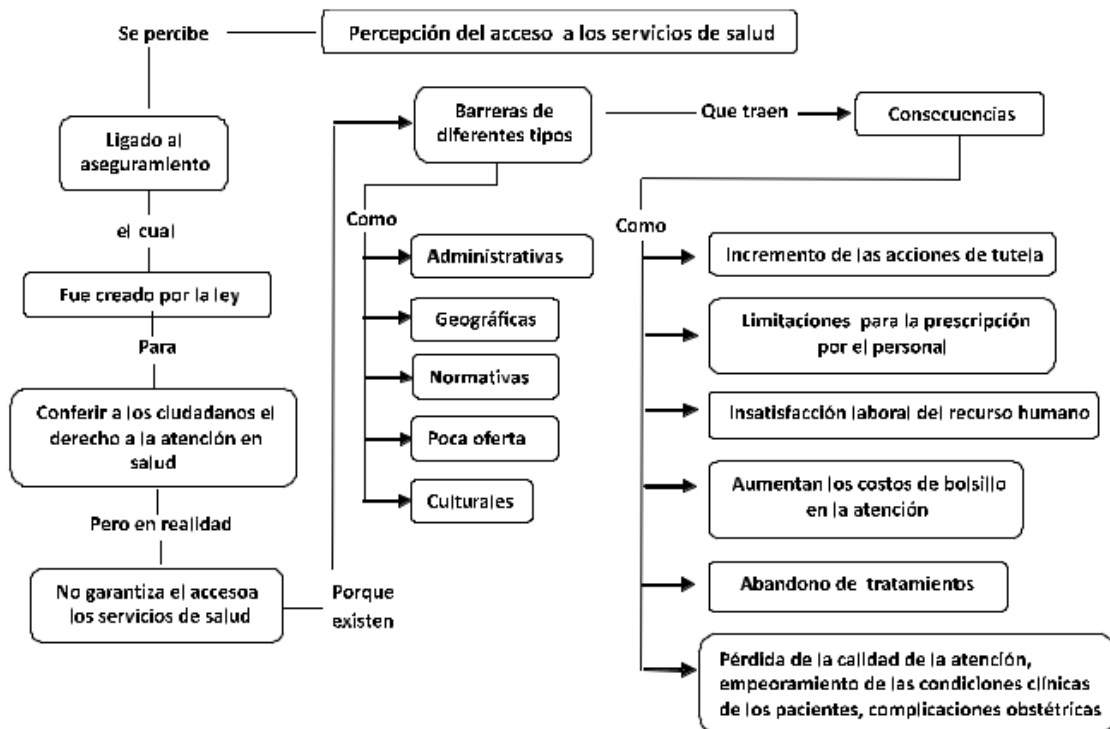


Figura 1. Percepción en la cobertura y acceso a los servicios de salud. **Fuente:** Vargas J. & Molina Marín (2009)

El agravamiento de las condiciones del sistema de salud en Colombia ha generado que muchos investigadores se hayan volcado a indagar sobre esta problemática en el área de diagnóstico y en la pretensión de dar algunas soluciones específicas al problema. Echeverry-López & Borrero-Ramírez (2015) realizaron una

investigación documental en el que se buscó reconstruir las luchas por el derecho a la salud en Colombia entre el período de 1994 y 2010, explicando que han existido frecuentes protestas contra el gobierno debido a nuevos esquemas de salud y actores que han limitado este derecho de los colombianos. Los autores destacan que este período de luchas ha permitido la configuración de una identidad de lucha en torno al derecho fundamental a la salud, a través de diferentes mecanismos como la imposición de la acción de tutela en salud (ATS).

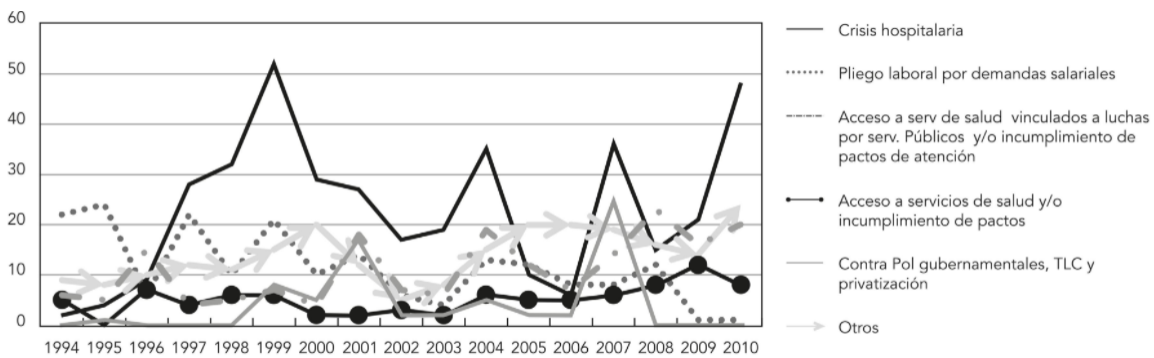


Figura 2. Motivos de protesta, actores y repertorios en Colombia en el sistema de salud entre 1994 y 2010. **Fuente:** Echeverry-López & Borrero-Ramírez (2015).

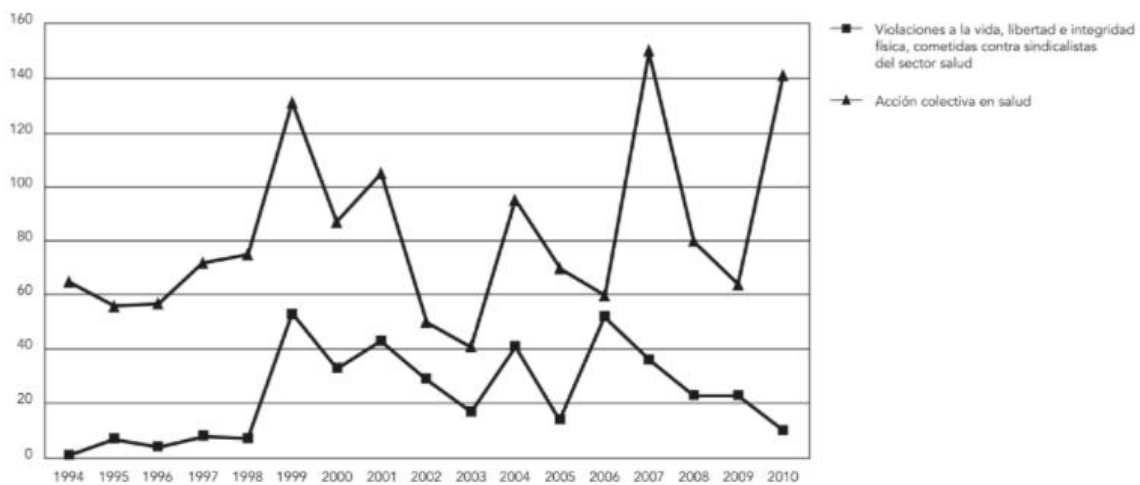


Figura 3. Principales clases de violaciones existentes en Colombia, invocadas en las ATS. **Fuente:** Echeverry-López & Borrero-Ramírez (2015).

Nieto L. & Arango C. (2011) buscaron analizar los costos que implica el proceso de tutelas al servicio de salud en la ciudad de Medellín para el año 2009. El estudio de enfoque cualitativo utilizó las tarifas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), concluyendo que por cada \$100 pesos del costo de los servicios negados por las entidades promotoras de salud, el sistema judicial de Medellín gastó \$48 en el trámite, donde en más del 50% de los casos el costo de la acción jurídica fue mayor al costo de servicios, lo que indica que en efecto el sistema de tutelas es costoso para el país, un dinero que es pagado por los contribuyentes y que en el período entre 1999 y 2009 pudo representar cerca del 2% del total del dinero del sistema de salud, una cifra bastante considerable.

Rodríguez Tejada, Molina Marín, & Jiménez (2010) realizaron una descripción de las características en cuanto a la vulneración al servicio a la salud, considerando las acciones de tutela, que se presentaban en el municipio de Medellín (Colombia). Para ello, se realizó un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo en el que se realizó un análisis de tutelas procesadas en la Dirección Seccional de Juzgados de Antioquia entre 2001 y 2007, arrojando que el 79 % de las personas que en su momento interpusieron una acción de tutela se encontraban afiliadas al régimen contributivo y, de las mismas, el 88 % exigía atenciones en salud, medicamentos o insumos que estaban incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS). Frente a los afiliados al régimen subsidiado, los autores reportan que cerca del 57% solicitó atenciones y servicios incluidos en el Plan de Beneficios. Las enfermedades que presentaron mayor número de interposiciones de tutela fueron las del sistema circulatorio y osteomuscular (19% y 15%, respectivamente).

Molina Marín, Jiménez Campiño, Rodríguez Tejada, Berrío Castaño, & Vargas Jaramillo (2010) reportaron los resultados producto de un análisis de las características de las acciones de tutela en salud interpuestas por usuarios del sistema en la ciudad de Leticia (Colombia). En el estudio, de tipo descriptivo-transversal, se analizaron durante 2004 y 2008 el crecimiento progresivo en el número de tutelas donde el 72% fue interpuesta por afiliados al régimen

contributivo, siendo Saludcoop la EPS con mayor número de demandas. Se tuteló principalmente la solicitud de tiquetes aéreos para el desplazamiento a la ciudad de Bogotá para la búsqueda de atención médica, la solicitud de consulta con especialistas, exámenes de diagnóstico, medicamentos y cirugías, la mayoría incluidos dentro del POS. Los derechos más demandados fueron el derecho a la vida, la seguridad social y la salud. Los autores concluyeron que, la tutela se ha convertido en un práctico requisito para poder acceder al derecho a salud por las diferentes barreras enfrentadas por los usuarios.

Vargas J. & Molina Marín (2009) evaluaron el acceso al servicio de salud de seis ciudades en Colombia (Barranquilla, Bucaramanga, Bogotá, Leticia, Medellín y Pasto) a través de la realización de entrevistas a profesionales de salud que estaban vinculados a la prestación de servicios, así como grupos focales que fueron realizados con los usuarios de los servicios. Este estudio concluyó que el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social (SGSS) es lo que prácticamente garantiza el acceso efectivo a los servicios y que el predominio de la necesidad de rentabilidad económica en el sistema provoca imposiciones de mecanismos de contención de costos que pasan por encima del derecho a la salud; existen limitaciones de normas, planes de beneficios por barreras administrativas, geográficas, económicas y culturales. Finalmente, se identificó la existencia de carencias éticas e individuales, aspectos como el clientelismo y la corrupción en el manejo de los recursos, y aunado a la pobreza y dispersión geográfica de algunas comunidades, limita de forma importante el acceso a los servicios de salud.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar y diagnosticar las tutelas en atención en salud (ATS) del municipio de Itagüí (Antioquia) del año 2016 a fin de indicar la violación en el Derecho Fundamental a la Salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diagnosticar las problemáticas en el acceso a servicios a salud en el municipio de Itagüí (Antioquia).
- Realizar análisis estadísticos que sustenten la violación al Derecho Fundamental a la salud en el Municipio de Itagüí (Antioquia) basado en las tutelas interpuestas en el año 2016.
- Generar propuestas generales que conlleven a visibilizar la problemática planteada y algunas estrategias de solución.

4. ANALISIS DE DATOS

4.1. Datos analizados

Para realizar esta investigación, se estudiaron, una a una, todas las tutelas falladas por los 14 juzgados del municipio de Itagüí relativas a la violación del derecho a la salud, que suman 1865.¹ Las solicitudes contienen información personal de los afectados que es de interés para la investigación: género, régimen, enfermedad padecida, servicio denegado y fallo del juzgado.

Esta información fue solicitada, por la Personería Municipal, mediante oficio al juez coordinador de la municipalidad; quien a su vez dictaminó que se autorizara el acceso a los archivos en cada juzgado. La documentación fue digitalizada y retornada.

A continuación se expondrán los hallazgos evidenciados en las tutelas, teniendo en cuenta las variables mencionadas anteriormente para así poder identificar qué influencia o repercusión tienen éstas en la atención en salud que se le brinda a los usuarios y así constatar si realmente tienen una implicación negativa que lleve a la atención prioritaria y efectiva de una sola parte de dichos usuarios.

4.2. Distribución de géneros y condiciones médicas de ATS

Los resultados encontrados muestran una tendencia que ha sido similar a otras investigaciones realizadas por autores en el tema. Por ejemplo, en el estudio reportado por Molina Marín, Jiménez Campiño, Rodríguez Tejada, Berrío Castaño, & Vargas Jaramillo (2010) se reportó que, en tutelas interpuestas en la ciudad de Leticia (Colombia), por géneros, 53.6% de los accionantes eran mujeres y 46.4% eran hombres; mientras que la distribución por edades indicaba que el 41.2% eran interpuestas por menores de edad (12% de estas eran menores de 10 años), 58.8% por adultos (casi 20% de las mismas por mayores de 60 años). Concretamente, en el municipio de Itagüí sólo en 2016 se le negó la debida atención en salud a 1.068

¹ Para el año en cuestión (2016) en Itagüí se fallaron un total de 5.275 tutelas, teniendo la salud una participación significativa del 28% sobre el total.

mujeres y 797 hombres, con el agravante de que 152 acciones involucran a menores de edad, donde el 58% de los casos los afectados fueron niños y el 42% las afligidas fueron niñas, lo cual indica que el género no representa influencia al momento de la atención en salud prioritaria, por el contrario se evidencia que se está respetando la igualdad de género entendida “en materia de salud que las mujeres y los hombres tienen oportunidades iguales para comprender sus plenos derechos y el mismo potencial para gozar de buena salud, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. (Grabman & Friedman, 2010)

Sin embargo, “los acuerdos en materia de derechos humanos exigen que los programas de salud reconozcan y aborden las necesidades diferentes de las mujeres y los hombres y de los niños y las niñas, y su acceso desigual a los recursos y al control de los mismos” (Grabman & Friedman, 2010) teniendo en cuenta que lo planteado anteriormente está encaminado a priorizar situaciones de riesgo y peligro más no con el fin de que se descuide una parte de la población por priorizar a algunos; sin embargo “en el 2008, la Organización de los Estados Americanos exigió la protección de los derechos humanos sin distinción de la orientación sexual o la identidad de género” (Grabman & Friedman, 2010).

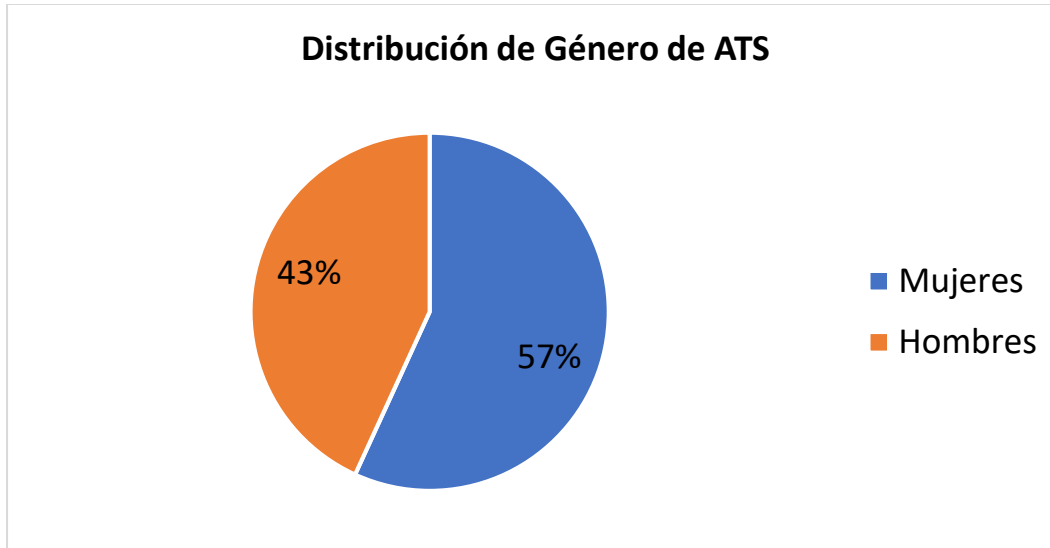


Figura 4. Distribución de género de Acciones de Tutela en Salud (ATS) en el Municipio de Itagüí en 2016.
Fuente: Elaboración Personal con base en información recabada de dictámenes judiciales.

Frente a la distribución de enfermedades, es diferente a la reportada en otras investigaciones relacionadas con tutelas, diferencias que podrían deberse en cuanto a que las necesidades de salud de la población colombiana podrían variar de acuerdo a la región en la que se estén considerando. Para el municipio de Itagüí se presentaron principalmente tutelas relacionadas con enfermedades de la piel (7%), cáncer (6%) y enfermedades de los ojos (5%). Estos resultados son diferentes a los reportados por otros autores que han caracterizado las principales afecciones que generalmente son presentadas en Colombia. Por ejemplo, Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, & Vásquez (2011) indicaron que para 2008 las principales causas de muerte en mujeres fueron las enfermedades isquémicas del corazón (15.2%), enfermedades cerebro vasculares (9.4%), enfermedades crónicas de las vías superiores (6.2%), diabetes mellitus (4.9%) y enfermedades del sistema digestivo (3.8%). En tanto que para hombres fueron las enfermedades isquémicas del corazón (14.2%), enfermedades cerebro vasculares (5.8%, por debajo de los homicidios en un 13.8%), enfermedades crónicas de las vías inferiores (5.6%) y enfermedades del sistema digestivo (2.9%). Por su parte, Rodríguez Tejada, Molina Marín, & Jiménez (2010) reportaron que, para el municipio de Medellín entre 2002 y 2007, la distribución de enfermedades que

generaron algún tipo de reclamación en salud interpuesta por medio de tutelas fueron principalmente enfermedades del sistema circulatorio (19.0%), osteomuscular (14.6%), genito-urinario (13.5%), ojos (9.9%), oídos (9.9%) y tumores (9.9%).

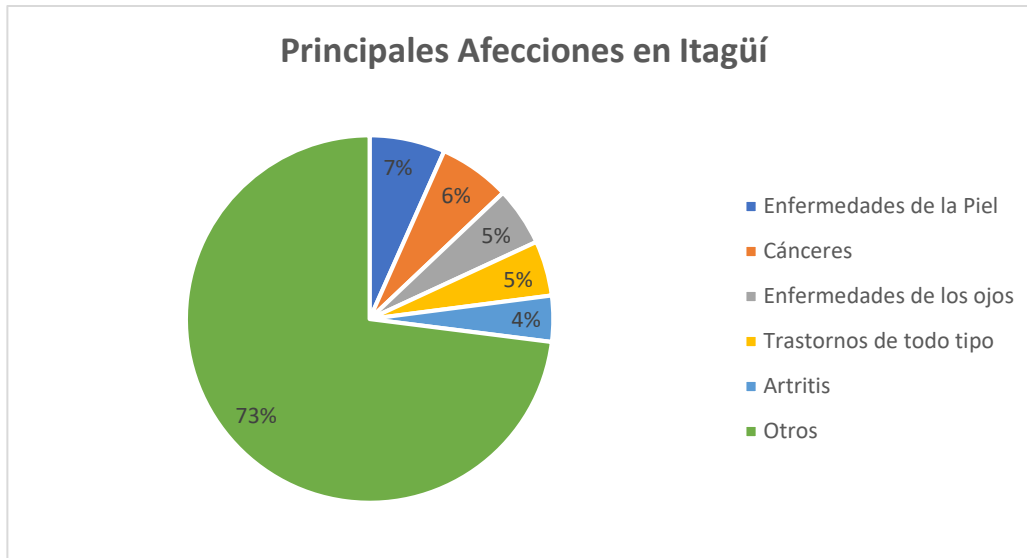


Figura 5. Distribución de condiciones médicas en las ATS demandadas en el Municipio de Itagüí en 2016. **Fuente:** Elaboración Personal con base en información recabada de dictámenes judiciales.

Ahora bien, en cuanto a las dificultades en la prestación del servicio de salud en Itagüí, son en su orden los **mas** vulnerados: consulta por especialista (27.13%), entrega del medicamento (24.23%), materialización de procedimientos quirúrgicos (18.33%), autorización para exámenes médicos (13.88%), suministro de complementos alimenticios, prótesis, sillas de ruedas (6.54%); lo cual evidencia que “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 diagnósticas 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” (Martínez, 2013)

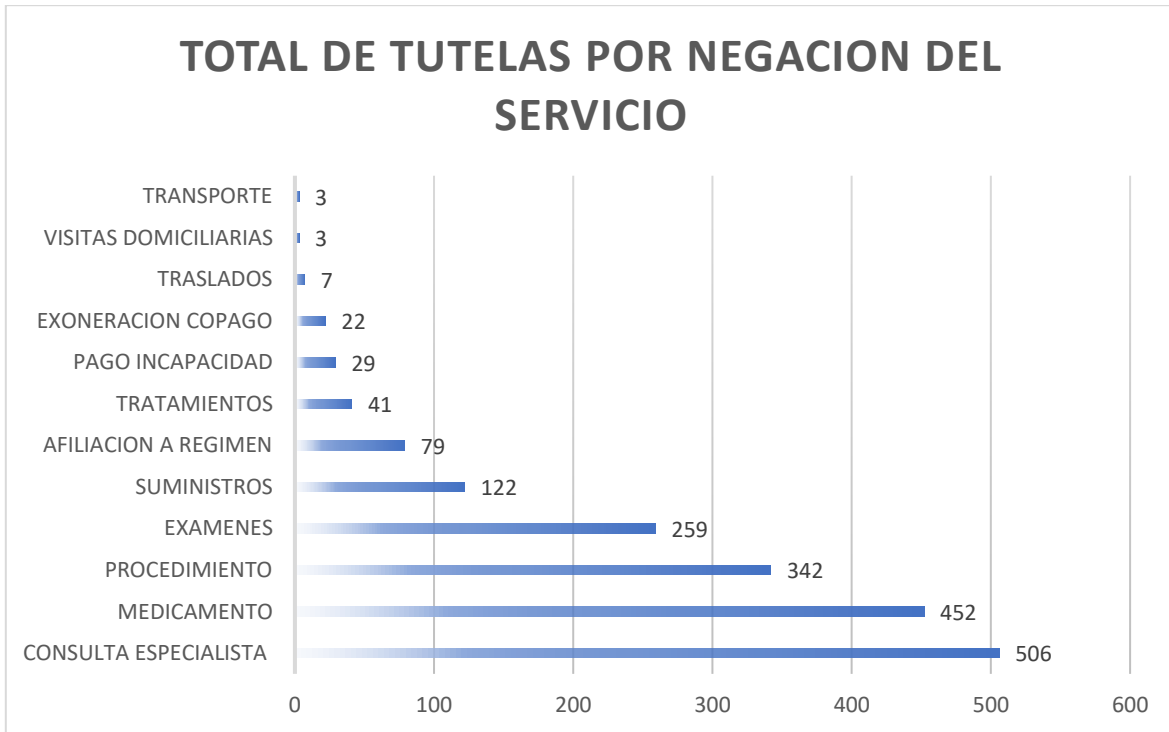


Figura 6. Distribución de los servicios médicos negados en el Municipio de Itagüí en 2016. **Fuente:** Elaboración Personal con base en información recabada de dictámenes judiciales.

4.3. Afiliación al régimen contributivo o subsidiado:

El análisis estadístico correlacionando género (masculino y femenino) y tipo de régimen de afiliación (contributivo, subsidiado y sin afiliación) no mostró diferencias estadísticamente significativas entre géneros ni entre los regímenes contributivos y subsidiados, pero sí para los que no se encontraban afiliados, como se muestra en el análisis arrojado por el software estadístico JMP v.8.0 que se muestra a continuación.

Abs(Dif)-LSD	Femenino	Masculino
Femenino	-578.243	-489.243
Masculino	-489.243	-578.243

Tabla 1. Análisis estadístico entre ambos géneros, por regímenes. Los pares de valores positivos indican la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre géneros, por regímenes. Para el análisis se utilizó ANOVA de 1 vía, con la Prueba de Tukey-Kramer ($p < 0.05$).

Abs(Dif)-LSD	Contributivo	Subsidiado	Sin Afiliación
Contributivo	-378.625	-332.625	73.37481
Subsidiado	-332.625	-378.625	27.37481
Sin Afiliación	73.37481	27.37481	-378.625

Level			Mean
Contributivo	A		471.50000
Subsidiado	A		425.50000
Sin Afiliación		B	19.50000

Level	- Level	Difference	Std Err Dif	Lower CL	Upper CL	p-Value
Contributivo	Sin Afiliación	452.0000	90.60813	73.375	830.6252	0.0313*
Subsidiado	Sin Afiliación	406.0000	90.60813	27.375	784.6252	0.0417*
Contributivo	Subsidiado	46.0000	90.60813	-332.625	424.6252	0.8731

Tabla 2. Análisis estadístico entre regímenes, para ambos géneros evaluados. Los pares de valores positivos indican la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre géneros, por regímenes. Para el análisis se utilizó ANOVA de 1 vía. Letras diferentes indican diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) por la Prueba de Tukey-Kramer.

Con esta prueba no paramétrica² se pretende buscar si existen diferencias significativas entre grupos poblacionales. La hipótesis que se buscará probar es que el hecho de ser hombre o mujer, el hecho de pertenecer a un régimen específico no es carácter diferencial a la hora de recibir una atención digna en salud, todo esto se contrasta con el objetivo de encontrar si existe algún tipo de discriminación.

Se encontró entonces que, aunque las personas que interpusieron las tutelas sí se encontraban dentro de un servicio de salud, la afiliación al mismo no implicaba la atención en salud ni la garantía de sus derechos en los mismos. Esta misma observación fue hecha por Vargas J. & Molina Marín (2009), los cuales explican que el aseguramiento adoptado por la Ley 100 reconoce al afiliado el derecho a ser

² El concepto de no paramétrica hace referencia a que los datos son de tipo cualitativo y no cuantitativos.

atendido por un paquete de servicios en el caso que lo requiera, pero, en la práctica, la población que necesita acceder al servicio tiene muchas barreras de tipo geográfico, normativo, administrativo, cultural y de oferta que limita ampliamente la concesión de los servicios.

El contexto económico ha sido señalado como una de las más auténticas limitaciones al servicio de salud. Generalmente la fuerza del mercado ha creado dificultades en la financiación de los servicios para quienes más lo necesitan, destacando como las principales los altos costos existentes en la atención y la falta de recursos para pagar las contribuciones, los períodos de carencia, las barreras económicas para la población más vulnerable y los altos costos de transporte para aquellas personas que viven en regiones marginadas (Vargas J. & Molina Marín, 2009). En cuanto a la inclusión en el POS de las solicitudes de las interposiciones de tutelas, Rodríguez Tejada, Molina Marín, & Jiménez (2010) reportaron que el 88.5% de los afiliados al régimen contributivo tenían derecho a lo establecido en el Plan de Beneficios, siendo ese porcentaje en un 57% para los pertenecientes al régimen subsidiado y el 94% de los vinculados o no asegurados. La población que no se encuentra asegurada debe contar con el acceso a los servicios de salud bajo responsabilidad de los entes municipales y departamentales, dependiendo de sus competencias (esto es: actividades de nivel de atención en salud son responsabilidad del municipio, mientras que los segundos y terceros niveles le corresponden al municipio).

Molina Marín, Jiménez Campiño, Rodríguez Tejada, Berrío Castaño, & Vargas Jaramillo (2010) reportaron que, para el municipio de Leticia (Colombia), en el análisis de tutelas entre 2004 y 2008, se encontró que el 72.2% de los accionantes pertenecían al régimen contributivo, el 22.7% al régimen subsidiado, el 4.1% carecía de aseguramiento y el 1% pertenecía a algún régimen especial.

Es importante considerar que el Plan Obligatorio de Salud fue derogado formalmente el 16 de febrero de 2017. Hasta ese entonces, los pacientes tenían

derecho a un listado de procedimientos y cualquier tratamiento por fuera del mismo tenía que ser autorizado por un comité científico, pagado por la nación con recursos del FOSYGA. Sin embargo, a partir de la Ley Estatutaria de Salud de 2015 se indicó que todo lo que requería un afiliado debía permitírsele excepto los tratamientos cosméticos, medicamentos sin evidencia de efectividad, los no autorizados por el INVIMA y los que se encontraran en fase de experimentación, algo que daba un plazo de dos años para que el POS desapareciera (Revista Portafolio, 2017). En este momento, los médicos del sistema de salud colombiano, en teoría, podrán recetar y bajo su autonomía, medicamentos y procedimientos quirúrgicos sin restricciones. A pesar de ello, no se indican que haya tratamientos ilimitados puesto que están las exclusiones ya indicadas (El País, 2017). El sistema aún se encuentra en validación y actualización (Ministerio de Salud, 2017).

Si bien se percibe que el nuevo modelo de aseguramiento en salud en cierto modo dio mayor oportunidad a las personas más pobres para acceder a servicios que anteriormente no tenían, especialmente en aquellos que implicaban la utilización de tecnologías de alto costo, muchas personas han indicado la falta de accesibilidad real, oportunidad y eficiencia en los servicios de salud, lo que conlleva a faltas administrativas, por lo cual si la ley 100 se aplicara correctamente en la actualidad, Colombia sería modelo de atención a nivel mundial, pero, lastimosamente, el sistema de salud no tiene un panorama tan positivo, debido a la mala administración de los diferentes entes que deben cumplir con la tarea de ejecutar correctamente la ley y llevar a cabo el control y vigilancia con rigurosidad tal como lo requiere el caso. Múltiples consecuencias se han derivado de esta problemática que el sector salud está presentando como lo son: cierres de hospitales, negación a la atención en salud, crisis financieras en las IPS y la deshumanización del paciente donde el sistema no lo reconoce como un ser integro si no como una unidad de negocio.

Debido a que el aseguramiento ha sido convertido por las aseguradoras como un fin en sí mismo, se ha perdido su función como estrategia de

mantenimiento de la salud de los empleados, además de las dificultades que en algunos momentos manifiestan personas en acceder al sistema de regularización, manifestándose su incapacidad para afiliarse al régimen adecuado. En algunos casos, se ha observado que la segmentación de la población por esquemas de aseguramiento y la multi-afiliación de las personas no es tan efectiva como se cree, ni tan clara para las personas (Vargas J. & Molina Marín, 2009).

Las dificultades y carencias de infraestructura que a menudo atraviesan las redes de prestadores de salud es un obstáculo adicional al escenario de agravamiento de trámites. Las barreras financieras de las que derivan estos problemas estructurales son a menudo el principal obstáculo por el cual los más pobres no pueden acceder a determinados servicios de salud (Vargas J. & Molina Marín, 2009). En complemento, Álvarez Castaño (2005) ha indicado que los sistemas de salud en los que se aplica la doctrina liberal, como ha sido tachado el actual que permanece en Colombia, es un sistema que es organizado como servicios sometidos a las leyes del mercado y con generación de una asistencia sanitaria diferenciada, en la que cada persona recibe la atención de salud que puede pagar.

4.4. Resolución de tutelas:

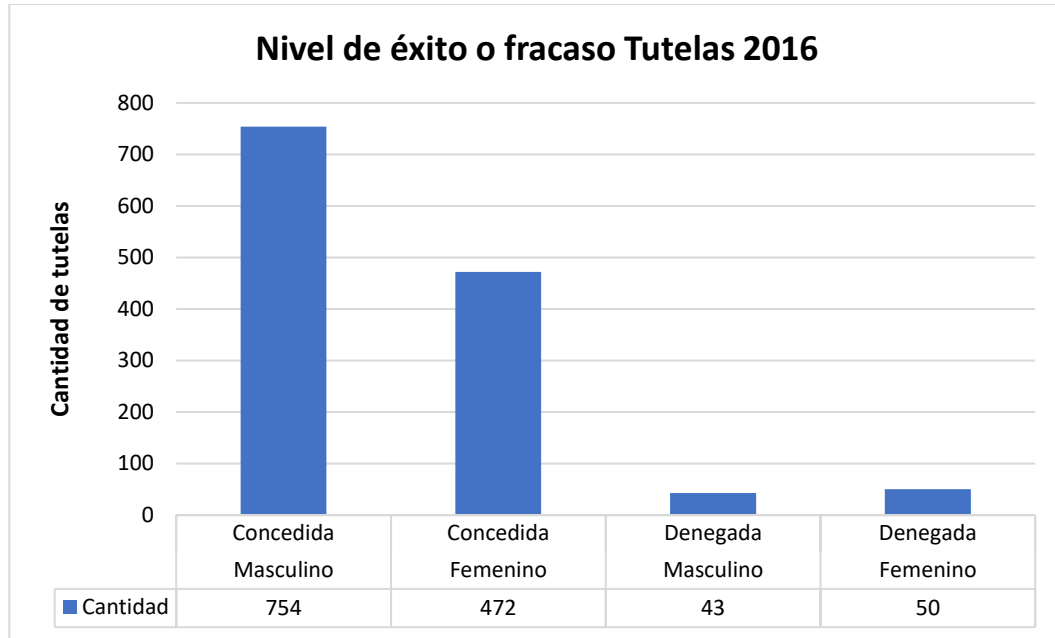


Figura 7. Nivel de éxito o fracaso de ATS por géneros, demandadas en el Municipio de Itagüí en 2016. **Fuente:** Elaboración Personal con base en información recabada de dictámenes judiciales.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las tutelas denegadas por géneros, pero sí para las aceptadas/concedidas. Aunque la mayoría de las tutelas fue concedida, no se pudo hacer un seguimiento del grado de efectividad de las mismas en las prácticas. Estas diferencias entre las tutelas concedidas podrían mostrar cierto patrón en la disminución del éxito de la tutela en el caso de ser mujer, algo que ya ha sido explorado por algunos autores en Colombia. El género ha sido tradicionalmente indicado como uno de los factores que explican las inequidades en salud, y uno de los aspectos más importantes que determina los procesos de acceso, utilización y financiamiento de los servicios de género, una construcción social de roles a partir de características biológicas (Guarnizo-Herreño & Agudelo, 2008).

Guarnizo-Herreño & Agudelo (2008) explicaron que aunque el sistema actual de salud en Colombia ha contribuido parcialmente a eliminar las barreras económicas en el acceso a salud, aún las mujeres experimentan barreras más notorias que los hombres en el acceso a estos servicios. Esta situación se agrava mucho más en el caso de mujeres que tienen la doble condición de reclusas y

embarazadas, un grupo de alta vulnerabilidad e indefensión que debe sujetarse al Estado para su salud, integridad física y psíquica en lo que permanezca recluida (Mejía Pulgarín, 2014). En el caso de determinadas enfermedades, como el cáncer de mama, Sánchez V., Laza V., Estupiñán G., & Estupiñán G. (2014) explicaron que la condición del cáncer y el género (en este caso, el femenino) son barreras importantes en Colombia en cuanto al acceso a un tratamiento, siendo el sistema altamente inequitativo, especialmente para mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

Rodríguez Tejada, Molina Marín, & Jiménez (2010) explicaron que, al exigir atenciones en salud, se invocaron principalmente el derecho a la seguridad social, la vida, la dignidad humana, la protección de la población de la tercera edad, integridad personal y la igualdad, entre otros factores. Los mismos autores indican que fueron el derecho a la salud (85.2%) y la seguridad social (79.2%) los principales factores. En el 87% de las tutelas se solicitó medida provisional ante un riesgo inminente por la vida del afectado, el 46.6% no recibieron sanciones y sólo se registraron sanciones de tipo económica para gerentes en el 0.3% de los casos. En el 24% de los fallos de tutela los autores indicaron que se evidenció el cumplimiento de la misma, pero que el 15% no cumplió en los tiempos establecidos (que se ha indicado una temporalidad máxima de 48 horas). Por tanto, se encuentra que en la práctica no necesariamente el dictamen positivo de la tutela implica su aplicación, por lo que sería necesario hacer un seguimiento del grado de efectividad de las mismas una vez son aprobadas por los jueces. Es así, como “la principal conclusión de la Defensoría en el apartado de estas tutelas es que a los colombianos no se les está garantizando el goce efectivo al derecho a la salud. Por eso, según manifiesta la entidad, el problema no es la figura consagrada en la Constitución como tal, sino la permanente necesidad de utilizarla por parte de los usuarios ante las barreras de acceso que imponen las EPS”. (ELTIEMPO, 2016)

Dice (Guerrero, 2011) que, “un reto primordial para el sistema colombiano es fijar límites a la cobertura de los servicios de una manera que sea respetada y

acatada tanto por la comunidad médica y científica como por el sector judicial“ (Guerrero, 2011). Los desafíos del sistema, se basan en la regulación y control constante de todos los actores involucrados, ya sean públicos o privados que participan habitualmente dentro del sistema. Se observa una crisis en el Sistema de Salud por la gran cantidad de tutelas, debido a que no hay una total cobertura y protección de los derechos fundamentales.

4.5. EPS mayormente tuteladas:

Teniendo en cuenta que la EPS son las Entidades Promotoras de Salud “(...) son los entes aseguradores del sistema, por lo tanto, son los núcleos organizativos básicos del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud)” (Eslava, 2001)

Las entidades promotoras de salud tienen como función de acuerdo a la Ley 100 y lo estipulado en el artículo 178 (Congreso de la República de Colombia, 1993)

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Teniendo en cuenta lo anterior y conociendo las funciones propias de las EPS, se puede evidenciar que a pesar de estar establecidas hay negligencia o incumplimiento de alguna o varias de dichas funciones, lo cual lleva a los usuarios a interponer tutelas en contra de estas para así buscar una posible solución integral, eficiente, oportuna y de calidad teniendo en cuenta que esa es una de las funciones propias de las EPS.

Es así como frente a las EPS mayormente tuteladas, la principal fue Savia Salud EPS, acaparando el 42% de las tutelas totales presentadas en 2016, seguida de Cafesalud (16.22%), Coomeva (8.56%), Nueva EPS (8.35%) y Sura (6.86%).

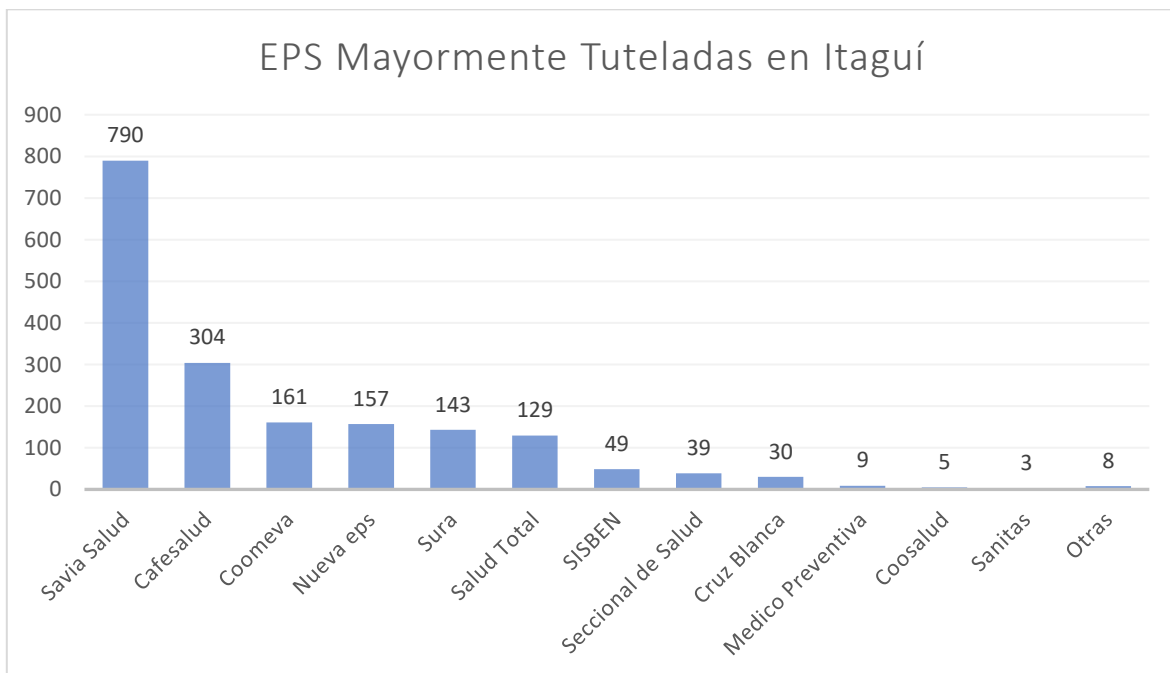


Figura 8. EPS mayormente tuteladas en el Municipio de Itagüí en 2016. **Fuente:** Elaboración Personal con base en información recabada de dictámenes judiciales.

De acuerdo con un informe presentado por la Defensoría del Pueblo en 2013, en Antioquia el derecho a la salud fue el segundo mayormente invocado, presentándose un total de 26.386 tutelas. En 115 municipios del departamento al menos una tutela contenía la invocación a dicho derecho y en 90 de ellos fue el derecho más frecuente. Al respecto, Medellín concentró el 56% del total de tutelas en salud, seguido por Itagüí con el 7%, Rionegro con el 3.7%, Bello con 3.5% y Envigado con 3.1%. Las Secretarías de Salud fueron las entidades más tuteladas (22.4%), seguidas de Coomeva (13.7%), Comfama (10.5%), Nueva EPS (7.7%), Comfenalco Antioquia (6.4%) y Sura EPS (6.5%). Las decisiones en primera instancia favorecieron a los antioqueños en cerca de un 86% de los casos, mientras que en el resto del país el 80.67% de las decisiones judiciales en primera instancia fallaron a favor de los demandantes (Redacción El Mundo, 2013).

Ahora bien, la participación de las entidades citadas en la Figura 7 en el total de las acciones de tutela en salud falladas en el municipio de Itagüí en el año en cuestión, respectivamente fueron: Savia Salud (43.2%), Cafesalud (16.6%), Coomeva (8.81%), Nueva EPS (8.59%), Sura (7.83%), Saludtotal (7.06%), Seccional de Salud (2.13%), entre otras.

De modo general, en Colombia, Coomeva fue la entidad contra la cual se estableció el mayor número de tutelas en salud, alcanzando el 11.4% de este tipo. En primera instancia, los jueces favorecieron a los tutelantes en el 83.2% de los casos. La segunda entidad con mayor número de tutelas fue Nueva EPS, con el 8.74%, seguida por las Secretarías de Salud (8.61%), Saludcoop (8.04% y Caprecom (7.51%) (Redacción El Mundo, 2013). De modo general, la falta de liquidez de las EPS y las IPS, un factor de la crisis del sector salud en Colombia, tiene como consecuencia, entre otros aspectos, la no prestación oportuna de los servicios a los usuarios. Afiliados que han recurrido a varias instancias para elevar su protesta lo han hecho hacia la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que en 2016 gestionó cerca de 42514 peticiones, quejas y reclamos entre enero y julio. Dentro de las principales problemáticas identificadas se encuentran demoras en la

entrega de medicamentos POS y No POS, además del entrego de autorizaciones de forma inoportuna (cierres de agenda, filas innecesarias, etc.), limitaciones en la red de prestación de servicios (dificultades en temas relacionados con psiquiatría, medicina vascular y en algunos casos de cáncer) (Redacción El Colombiano, 2016).

5. CONCLUSIONES

De los resultados analizados se concluye que la acción de tutela parece haberse convertido en un mecanismo necesario para poder acceder a servicios y elementos que son fundamentales en el derecho a la salud. Preocupa que gran parte de las reclamaciones encontradas no correspondan a ninguna de las restricciones incluidas en el anterior Plan Obligatorio de Salud, por lo que son derechos que deberían ser garantizados automáticamente.

Esto es un reflejo más de la crisis del sector salud que afecta no sólo a los Itagüiseños, sino buena parte de los Colombianos, en buena medida, debido a la mercantilización del servicio, a lo que se suman las dificultades económicas; lo que da pie a que se niegue el derecho a los usuarios de tratamientos médicos que en muchos casos son necesarios para su vida. Frente a los datos analizados, las mujeres mostraron menor probabilidad de éxito de una tutela de salud, aunque se requiere mayor información para profundizar en este aspecto, que se ha visto como una constante en investigaciones llevadas a cabo por otros autores.

Dentro de este contexto, esta investigación demuestra utilizando parámetros estadísticos que en el municipio de Itagüí (Antioquia), la violación del derecho de acceso a la salud es creciente y presenta alta densidad, considerando el alto número de tutelas en función de la población total demandante, razón por la cual se hace necesario crear una herramienta que permita el monitoreo de esta situación y que vele por la defensa de este derecho fundamental que ha sido establecido en la Constitución Nacional, basado en la participación ciudadana, analizando y divulgando de forma continua indicadores de calidad de prestación del servicio.

Si bien el Sistema de Salud en Colombia siempre ha presentado dificultades en cuanto a la atención, a su sostenimiento, y en sí en todos los campos de especialización que tienen al interior las instituciones de atención a la salud de las personas; es importante resaltar que los problemas presentados, no son por causa de la ley, porque al contrario del manejo del sistema de salud, la ley está muy bien estipulada, tiene en cuenta todos los factores que se puedan presentar en cualquier caso de emergencia.

Este panorama es desalentador para el país , sin embargo se pueden generar cambios positivos que ayudan a mitigar esta crisis que está viviendo el sector salud, debido a que dicho tema, debe ser de interés general de los diferentes sujetos pertenecientes a la sociedad , donde todos sean actores o agentes de cambios con el propósito de movilizar acciones , planes y actividades para lograr transformaciones significantes en un eslabón tan importante como lo es la salud con calidad para todos, siendo un tema de corresponsabilidad donde todos deben estar presentes.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Castaño, L. S. (2005). El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 18(2), 129–135. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000700008>
- Echeverry-López, M. E., & Borrero-Ramírez, Y. E. (2015). Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(2), 354–364. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030714>
- El País (2017). *¿Qué cambió en el sistema de salud con la eliminación del POS?* Recuperado el 6 de octubre de 2017 de El País: <http://www.elpais.com.co/colombia/que-cambio-en-el-sistema-de-salud-con-la-eliminacion-del-pos.html>
- Guarnizo-Herreño, C. G., & Agudelo, C. (2008). Equidad de género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 44-57.
- Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). El Sistema de salud en Colombia. *Salud Publica Mex*, 53(Supl 2), s144–s155.
- Mejía Pulgarín, S. L. (2014). Las barreras de acceso al derecho fundamental a la salud de la mujer embarazada recluida en Colombia en perspectiva de derechos. *Analecta Política*, 4(7), 319-343.
- Ministerio de Salud (2017). *Conozca en diez pasos sencillos cómo se actualiza el Plan Obligatorio de Salud*. Recuperado el 6 de octubre de 2017 de Ministerio Nacional de Salud y Vivienda: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/como-actualiza-pos-diez-pasos.pdf>

- Molina Marín, G., Jiménez Campiño, S. A., Rodríguez Tejada, C. M., Berrío Castaño, A., & Vargas Jaramillo, J. (2010). Acciones de tutela sobre el derecho a la salud en el municipio de Leticia, Amazonas, 2004-2008. *Iatreia*, 23(4), 335–343. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1805/180515586003/>
- Moreno Moreno, M. C., & López López, M. V. (2009). El derecho a la salud en Colombia. *Revista Gerencia Y Políticas de Salud*, 8(16), 133–152.
- Nieto L., E., & Arango C., A. (2011). Costos de los servicios de salud tutelados y del proceso legal de las tutelas en Medellín, 2009. *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(3), 224–231.
- Redacción El Colombiano. (2016). *Superalud recibió 42514 quejas por mal servicio en Antioquia*. Recuperado el 15 de Octubre de 2017, de El Colombiano: <http://m.elcolombiano.com/supersalud-recibio-42-514-quejas-por-mal-servicio-en-antioquia-gk4972769>
- Redacción El Mundo. (2013). *Tutelas en salud, en aumento*. Recuperado el 15 de Octubre de 2017, de Diario El Mundo: http://www.elmundo.com/portal/vida/salud/tutelas_en_salud_en_aumento.php#WePB1BOCygQ
- Revista Portafolio (2017). *Las razones por las que se acabó el Plan Obligatorio de Salud (POS)*. Recuperado el 6 de octubre de 2017 de Portafolio: <http://www.portafolio.co/economia/se-acaba-el-plan-obligatorio-de-salud-pos-503432>
- Rodríguez Tejada, C. M., Molina Marín, G., & Jiménez, S. A. (2010). Características de las tutelas en salud tramitadas en Medellín, Colombia. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 28 N° 1(1), 92–100.

Sánchez V., G., Laza V., C., Estupiñán G., C., & Estupiñán G., L. (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativa de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3), 305-314.

Vargas J, J., & Molina Marín, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 121–130. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/120/12011791003/>

Grabman, G., & Friedman, S. (2010). *Igualdad de género en materia de salud: Mayor igualdad y eficiencia en el logro de la salud para todos*. Pan American Health Organization.

Martínez, F. (2013). *La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?* Recuperado el Enero de 2018, de Fedesalud: http://www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf

ELTIEMPO, R. (26 de diciembre de 2016). *Cada 3, 5 minutos se presenta una tutela por la salud*. Recuperado el enero de 2018, de ELTIEMPO: <http://www.eltiempo.com/vida/salud/tutelas-por-vulnerar-el-derecho-a-la-salud-en-colombia-48516>

Eslava, J. C. (2001). *El sistema general de seguridad social en salud*. Recuperado el 2018, de Universidad Nacional de Colombia: <http://www.bdigital.unal.edu.co/23025/1/19730-65483-1-PB.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*.
Recuperado el 2018, de
<http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1503/LEY%20100%20DE%20DICIEMBRE%2023%20DE%20%201993.pdf>