



Informe de tutelas por vulneración del Derecho a la Salud 2024

Orden Trigésima

Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional

Oficina de Calidad

Ministerio de Salud y Protección Social

Abril de 2024





CONTENIDO

CONTEXTO	1
INTRODUCCIÓN	2
SECCIÓN I – ASPECTOS METODOLÓGICOS	4
1 METODOLOGÍA	4
1.1 BASE NACIONAL DE LAS TUTELAS EN SALUD SUMINISTRADA POR LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL	5
1.1.1 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	5
1.2 MUESTRA DE EXPEDIENTES 2024	5
1.2.1 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	6
1.3 CIRCULAR EXTERNA 0001 DE 2025 (BASE AUTÓNOMA)	6
1.3.1 REPORTE DE DATOS	6
1.3.2 ALISTAMIENTO DE LOS DATOS	7
1.3.3 CLASIFICACIÓN DE LOS REGISTROS	7
1.3.4 IDENTIFICACIÓN DE TUTELAS ÚNICAS Y PERSONAS ÚNICAS	8
1.3.5 PRIORIZACIÓN DE REGISTROS	8
1.3.6 ANÁLISIS DE DATOS	8
SECCIÓN II – DESARROLLO TEMÁTICO	10
2 LA INFORMACIÓN	10
2.1 DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES PARA EL ANÁLISIS DE LAS TUTELAS	10
2.2 COMPARABILIDAD DE LAS FUENTES PARA EL ANÁLISIS DE LAS TUTELAS	10
3 A TRAVÉS DEL TIEMPO	15

4	LAS PERSONAS	19
4.1	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS PERSONAS QUE INTERPUSIERON LAS TUTELAS	19
4.1.1	TUTELAS POR CURSO DE VIDA	19
4.1.2	TUTELAS INTERPUESTAS POR POBLACIÓN DE ESPECIAL INTERÉS Y PROTECCIÓN	21
4.1.3	TUTELAS INTERPUESTAS POR POBLACIÓN ESPECIALES	22
4.1.4	TASAS DE TUTELAS POR EPS, NÚMERO DE ATENCIONES Y AFILIADOS AL SGSSS	24
4.1.5	TUTELAS POR NIVEL DE POBREZA	26
4.2	CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL DE LAS TUTELAS	29
4.3	CARACTERIZACIÓN DE LA CONDICIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS QUE INTERPUSIERON LAS TUTELAS	34
5	LOS ACTORES	37
6	LAS TUTELAS	40
6.1	CARACTERIZACIÓN DE LA ACCIÓN DE TUTELA EN SALUD	40
6.1.1	DISTRIBUCIÓN DE ACCIONES DE TUTELAS EN SALUD POR MES DE RADICACIÓN	40
6.1.2	ANÁLISIS DE LAS PRETENSIONES DE LAS TUTELAS PRESENTADAS POR CADA PERSONA.	41
6.1.3	ANÁLISIS DE LAS ACCIONES DE TUTELA POR ACCIONANTE	43
6.1.4	ANÁLISIS DE LAS ACCIONES DE TUTELA POR CURSO DE VIDA DE LOS ACCIONANTES	45
6.2	CARACTERIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS DE LAS TUTELAS	46
6.2.1	ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS CORRESPONDIENTE A LAS ACCIONES DE TUTELAS	47
6.3	CARACTERIZACIÓN DE LAS CAUSAS DE LAS TUTELAS	49
6.4	CARACTERIZACIÓN DE LAS PRETENSIONES DE LAS TUTELAS	50
6.4.1	ANÁLISIS DE LAS PRETENSIONES POR CAUSAS ENMARCADAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 001 DE 2025.	52
6.5	ANÁLISIS DE LAS ACCIONES DE TUTELA EN PRIMERA, SEGUNDA INSTANCIA Y DESACATO	53
6.5.1	ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LAS TUTELAS EN SEGUNDA INSTANCIA	56
6.5.2	ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES DE DESACATO	57

7	LA RESPUESTA	58
7.1	PROBLEMA JURÍDICO 1	58
7.2	PROBLEMA JURÍDICO 2	61
7.3	PROBLEMA JURÍDICO 3	61
7.4	PROBLEMA JURÍDICO 4	62
7.5	PROBLEMA JURÍDICO 5	62
7.6	PROBLEMA JURÍDICO 6	64
7.7	PROBLEMA JURÍDICO 7	64
7.8	PROBLEMA JURÍDICO 8	65
7.9	PROBLEMA JURÍDICO 9	66
7.10	PROBLEMA JURÍDICO 10	75
7.11	PROBLEMA JURÍDICO 11	76
7.12	PROBLEMA JURÍDICO 12	77
7.13	PROBLEMA JURÍDICO 13	78
7.14	PROBLEMA JURÍDICO 14	78
7.15	PROBLEMA JURÍDICO 15	79
7.16	PROBLEMA JURÍDICO 16	80
7.17	PROBLEMA JURÍDICO 17	80
7.18	PROBLEMA JURÍDICO 18	82
8	EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD	86



TABLAS

Tabla 1. Distribución de Tutelas por actores del sistema -----	8
Tabla 2. Detalle de fuentes de información -----	10
Tabla 3. Tendencia histórica de las tutelas en salud 2000-2024. -----	16
Tabla 4. Comportamiento de las acciones de tutelas de acuerdo con las personas atendidas según RIPS por año. Colombia, 2015-2024 -----	18
Tabla 5. Distribución de las personas beneficiarias de las tutelas por curso de vida y sexo-----	20
Tabla 6. Distribución por poblaciones especiales -----	23
Tabla 7. Distribución y tasa de tutelas por cada 10.000 atenciones y 1.000 afiliados -----	25
Tabla 8. Distribución porcentual de Beneficiarios de tutelas, según grupo de SISBEN -----	27
Tabla 9. Número de tutelas por Departamento, Colombia 2024.-----	29
Tabla 10. Tasa de tutelas por Departamento por cada 1.000 habitantes. Colombia 2024-----	31
Tabla 11. Distribución de las tutelas por Departamento y régimen de afiliación -----	32
Tabla 12. Distribución porcentual por diagnósticos principales reportados en las tutelas -----	35
Tabla 13. Tutelas de enfermedades huérfanas agrupadas por sistemas, Colombia 2024-----	36
Tabla 14. Porcentaje de tutelas interpuesta a los diferentes actores del SGSSS.-----	38
Tabla 15. Distribución de problemas jurídicos, causas y pretensiones de las tutelas interpuestas a los diferentes actores del SGSSS.-----	38
Tabla 16. Distribución porcentual de las pretensiones presentadas por cada persona -----	41
Tabla 17. Distribución acciones de tutela por cada accionante. -----	44
Tabla 18. Distribución de Acciones de Tutela por Ciclo de Vida -----	45
Tabla 19. Distribución porcentual de los problemas jurídicos de las acciones de tutela interpuestas a las entidades obligadas a reportar, Colombia, 2024 -----	47
Tabla 20. Distribución porcentual de las pretensiones reportadas por las entidades obligadas a reportar, Colombia, 2024 -----	51
Tabla 21. Relación de fallos de tutelas de primera instancia con su decisión-----	54
Tabla 22. Acciones de tutela en segunda instancia-----	56
Tabla 23. Relación de incidentes de desacato interpuestos-----	57

GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución porcentual de las tutelas año 2024 por mes de radicación. Muestra de la Corte Constitucional 2024 Vs base de datos 2024 de la Circular Externa 001 de 2025.-----	11
Gráfica 2. Distribución porcentual de las tutelas del año 2024 por sexo. Muestra de la Corte Constitucional 2024 Vs base de datos 2024 de la Circular Externa 001 de 2025-----	12
Gráfica 3. Distribución porcentual de las tutelas por departamento. Muestra de la Corte Constitucional 2024 Vs base de datos 2024 de la Circular Externa 001 de 2025-----	13
Gráfica 4. Distribución porcentual de las tutelas del año 2024 por régimen de salud del afiliado. Muestra de la Corte Constitucional 2024 Vs base de datos 2024 de la Circular Externa 001 de 2025 -----	14
Gráfica 5. Distribución porcentual de las tutelas del año 2024 por EPS del afiliado. Muestra de la Corte Constitucional 2024 Vs base de datos 2024 de la Circular Externa 001 de 2025 -----	14
Gráfica 6. Comportamiento de las acciones de tutelas por año, Colombia 2000-2024 -----	17
Gráfica 7. Distribución por curso de vida de las personas beneficiarias de las tutelas -----	20
Gráfica 8. Distribución personas beneficiarias de las tutelas de las comunidades étnicas por departamento -----	22
Gráfica 9. Distribución de tutelas únicas y personas por actores del SGSSS -----	39
Gráfica 10. Caracterización de la tutela en salud -----	40
Gráfica 11. Distribución de acciones de tutela por mes-----	41
Gráfica 12. Distribución porcentual de las causas por problemas jurídicos -----	50

CONTEXTO

El cumplimiento de la orden 30, desde que fue proferida por Sentencia T 760 de 2008, ha sido objeto de una evolución tanto conceptual, como operativa, pues de un lado, se han venido incorporando las diferentes órdenes impartidas en el marco del seguimiento realizado por la Sala Especial de Seguimiento de esa Corporación (Auto 590 de 2016, 077A de 2020, 440 de 2021 y Auto 05 del 2022), se han promovido mejoras que permiten la cualificación y cuantificación de la información de tutelas.

Es así como en lo referente al acceso para el análisis de la información, se han generado diferentes acciones, a saber: i) pasar de recolección de datos a partir de los recobros por fallos de tutela, a recolección directa, tomando la información de los expedientes que reposan en esa Corporación; ii) determinar categorías de análisis, alineadas con las prácticas violatorias del derecho a la salud y consecuentemente, con los problemas jurídicos identificados tanto en la mencionada sentencia, como en los nuevos, planteados en el numeral 7.3.3 del Auto 590 de 2016 y iii) definir una metodología de muestreo que garantice la representatividad del universo objeto de estudio.

El Ministerio de Salud y Protección Social, (en adelante MSPS) para la medición de las acciones de tutela, ha buscado contar con un panorama integral sobre las problemáticas que persisten en materia de salud y particularmente, en cuanto a accesibilidad y oportunidad en la prestación de dichos servicios, pues como se anotó anteriormente, se tienen en cuenta tanto los problemas jurídicos a que alude la Sentencia T-760 de 2008, como los generados a partir del esquema contemplado en la Ley 1751 de 2015 (exclusiones) y que fueron planteados en el numeral 7.3.3 del Auto 590 de 2016.

Es así como efectuando un análisis de las acciones de tutela mediante las que se solicita el amparo del derecho a la salud, interpuestas entre 2016 y 2024, se identifica que la principal razón por la que los ciudadanos acuden a este mecanismo de protección constitucional, es por demoras, aseveración esta que encuentra sustento en la información que recoge el personal del MSPS, directamente de los expedientes de tutela suministrados por esa Corporación, que son constitutivos de la muestra sobre la que se elabora el informe solicitado en el marco de la orden trigésima de la Sentencia T 760 de 2008.

INTRODUCCIÓN

La orden trigésima de la Sentencia T-760 de 2008 ordena al “*Ministerio de Protección Social que presente anualmente un informe a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello.*”¹ Con esto se busca no solo medir la cantidad de tutelas sino también entender las razones detrás de su incremento o disminución.

En seguimiento a la precitada orden, el Auto 590 de 2016 en lo atinente al Informe Anual, ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social “*i) Conformar una base de datos autónoma, precisa y eficaz a partir del año 2016 y ii) entregar los informes en la fecha prevista, 1º de febrero de cada año a las autoridades respectivas, es decir, ante la Corte, la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo*”, e hizo las precisiones referentes al contenido, resultados y medidas que se adopten como resultado del informe anual.²

Del mismo tenor, el Auto 077A del 3 de marzo del 2020 declaró el nivel de cumplimiento “Medio” de la orden trigésima de la sentencia T-760/08 e impartió una serie de órdenes específicas al Ministerio de Salud y Protección Social en consonancia al nivel de cumplimiento, ante la necesidad de continuar mejorando la medición de las acciones de tutela y su impacto.³

Para el año 2021, el Auto 440 del 2 de agosto del 2021, resuelve mantener en “Medio” el nivel de cumplimiento de la directriz trigésima de la sentencia T-760/08 y recordándole al Ministerio de Salud y Protección Social su deber de cumplir lo dispuesto en el numeral trigésimo de la sentencia T-760 de 2008, así como los autos 590 de 2016 y 077A de 2020.⁴

En el año 2022, el Auto 05 del 5 de julio del 2022, la Honorable Corte Constitucional a parte de correr traslado a peritos constitucionales, adicionalmente, para continuar con el proceso de valoración del cumplimiento del informe del 2021, que el Ministerio de salud y Protección Social adicione

1 Sentencia T-760 de 2008. Pág. 286. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

2 Auto 590 de 2016. Pág. 72-73. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/T-760-08/autos/AUTO%20590%20DE%2012%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202016%20FIRMAS.pdf>

3 Auto 077A de 2020. Pág. 47. Recuperado de: <https://jurinfo.jep.gov.co/normograma/compilacion/docs/A077A20.htm>

4 Auto 044 de 2021. Pág. 62. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/autos/2021/A440-21.htm>

información de conformidad con los parámetros contenidos en la orden trigésima del fallo estructural y los autos de valoración 077A de 2020 y 440 de 2021⁵.

Así mismo, mediante Auto del 27 de julio del 2022, la Honorable Corte Constitucional amplió el plazo hasta el 15 de junio del 2022, para entregar el informe sobre la medición de las acciones de tutela que invocan el derecho a la salud, radicadas durante el año 2021, en el marco del seguimiento a la orden trigésima de la sentencia T-760 de 2008.⁶

Partiendo de lo anterior y de acuerdo con lo preceptuado en el Auto 590 de 2016, este informe incorpora indicadores de goce efectivo del derecho (GEDS) como herramienta para evaluar la actuación de los actores del sistema de salud. Estos indicadores proporcionan una perspectiva más amplia y detallada sobre el impacto real de las políticas y acciones implementadas.

De lo anterior y acatando lo dispuesto de las precitadas órdenes para la consolidación del informe final, se toma como referencia las puntualidades de contenido, indicadas en la sentencia T-760 de 2008 y de los autos 590 de 2016, 077A de 2020, 440 de 2021 y Auto 05 del 2022, contenidos que se desarrollan de forma ordenada en el presente informe a partir del análisis de la base de datos general suministrada por Honorable Corte Constitucional y de una muestra representativa de casos seleccionados de la base de datos del mismo alto tribunal y la base de datos autónoma establecida por este ministerio, reglamentada mediante la expedición de la circular externa 0001 de 2025.

El presente informe está organizado en dos (2) secciones, una dedicada a la metodología, y otra al desarrollo temático. La segunda tiene 7 capítulos, a saber:

1. La información
2. A través del tiempo
3. La población
4. Los actores
5. Las tutelas
6. La respuesta
7. El goce efectivo del derecho a la salud

5 Auto 05 de 2022. Pág. 7-8. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/T-760-08/autos%20especificos/orden%2030/02-07-22.%20Auto%20corre%20traslado%20a%20peritos%20-%20Orden%2030.pdf>

6 Auto del 27 de julio de 2022. Pág. 3. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/T-760-08/autos%20especificos/orden%2030/Auto%20del%2027-0722%20Resuelve%20solicitud%20de%20pr%C3%B3rroga%20ACEMI.pdf>



SECCIÓN I – ASPECTOS METODOLÓGICOS

1 METODOLOGÍA

Teniendo en consideración la Orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008, en la que la Honorable Corte Constitucional da instrucciones al Ministerio de Salud y Protección Social para allegar un informe anual con la medición de las acciones de tutela presentadas en Colombia, en las cuales se invoca el derecho fundamental a la salud; se definió como metodología, obtener una muestra de la información de las Tutelas, recaudada directamente en las instalaciones de la Corte Constitucional, para cumplir con el mandato en mención.

No obstante, el Ministerio, al identificar algunos inconvenientes de carácter administrativo para la recolección de la muestra objeto de análisis para cumplir con la representatividad exigida por la precitada Corporación, determinó la expedición de la Circular 004 de 2024, para recabar la información directamente desde las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas y las Entidades Adaptadas.

Luego de analizar la información derivada de la Circular 004 de 2024, se evidenció la importancia de conocer la totalidad de las tutelas en las que, en materia de vulneración del derecho fundamental a la salud, hubieran sido accionadas o vinculadas (como orden expresa emitida por un Juez de la República) las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Entidades Adaptadas, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Entidades Territoriales.

En este sentido, el 03 de enero de 2025, se emitió la Circular 001 de 2025, la cual indica que las entidades mencionadas deberán reportar a este Ministerio, en el anexo técnico que hace parte integral de esta circular, la información relacionada con las acciones de tutela interpuestas en su contra para la protección del derecho a la salud.

En esta sección se presenta la metodología aplicada para cada una de las fuentes, indicando, entre otras características, variables, proceso de alistamiento de datos y las salidas de información:

1.1 Base nacional de las tutelas en salud suministrada por la Honorable Corte Constitucional

De la Honorable Corte Constitucional se recibe anualmente una base de datos que contiene 9 variables mínimas (Expediente, fecha, demandante, demandado, ciudad, departamento, Juzgado de primera instancia, decisión de primera instancia y decisión de segunda instancia) a partir de las cuales se realiza el cálculo de la muestra de expedientes a revisar y se analiza la tendencia nacional del número de tutelas.

1.1.1 Procesamiento y análisis de los datos

Teniendo en cuenta que la recolección de esta fuente se realiza de forma manual, es necesario en el proceso de alistamiento de los datos a homologar: los nombres de departamento y analizar los demandados, para establecer cuales tutelas se reportan contra actores del SGSSS, que es frente a los que este Ministerio tiene la competencia regulatoria, con carácter vinculante. En este último paso se descartan fondos de pensiones, administradoras de riesgos laborales y otros.

Filtrándose de una base total de 265.243 registros, el 89% (237.094), que cumplen la condición mencionada.

1.2 Muestra de expedientes 2024

A partir de la base de datos suministrados por la Corte Constitucional, aplicando un muestreo de tipo probabilístico (aleatorio), no estructurado, utilizando un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 5%, se obtiene una muestra que es revisada expediente por expediente, para complementar las 9 variables básicas reportadas en la base inicial de la Corte.

La fórmula usada fue la siguiente:

$$Z^2 * p * q * N$$

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{(N-1) * e^2 + Z^2 * p * q}$$

Donde

- n (minúscula) = tamaño de la muestra
- N (mayúscula) = tamaño de la población

- Z = nivel de confianza (corresponde al valor crítico de la distribución normal estándar que se utiliza para calcular el intervalo de confianza).
- p = proporción estimada de la población con una característica específica (si no se conoce, se puede asumir 0.5 para maximizar la muestra)
- q = proporción estimada de que la población no tiene una característica específica ($1-p$)
- e = margen de error permitido

Este proceso de recolección de datos adicionales a partir de una muestra se define con el propósito de comparar resultados obtenidos, identificar diferencias y lograr una transición a una fuente primaria que permita consolidar las variables relevantes para el análisis, sobre las que se ha realizado un proceso previo de depuración (Circular Externa 001 de 2025).

1.2.1 Procesamiento y análisis de los datos

Personal capacitado de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social realiza la revisión individual de cada expediente, consolidando la información en una base de datos estructurada con 43 variables. Esta labor se desarrolla en respuesta a las limitaciones de la base de datos suministrada por la Corte Constitucional, la cual contiene campos de texto abierto y no incluye información detallada sobre causas, pretensiones, problemas jurídicos ni características sociodemográficas de los demandantes en campos, sin listas estandarizadas, lo que dificulta su análisis sistemático.

A partir de esta fuente se generan totales por departamento y problema jurídico, entre otros aspectos claves, lo que permite establecer una línea base con la cual contrastar los resultados obtenidos por la nueva fuente propuesta como primaria (Circular Externa 001 de 2025).

El objetivo de este ejercicio es que esta fuente de referencia permita determinar el momento en que la nueva base de datos alcanza un nivel de calidad y representatividad suficiente para realizar la transición de manera confiable.

1.3 Circular Externa 0001 de 2025 (Base Autónoma)

1.3.1 Reporte de datos

Para dar a conocer las instrucciones de la Circular Externa 001 de 2025, desde la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, se desarrolló una Asistencia Técnica dirigida a las entidades reportadoras, para resolver las inquietudes comunes que hubieran surgido, tras la recepción de la Circular del 08 de enero de 2025.

Con base en las preguntas frecuentes de los participantes en la Asistencia Técnica, el 21 de enero de 2025, la Oficina de Calidad construyó y publicó en el Observatorio Nacional de Calidad en Salud -ONCAS-, un ABCÉ, con base en el cual, se desarrolló una nueva asistencia técnica el 30 de enero de 2024.

Finalmente, el 18 de febrero de 2025 se llevó a cabo una Asistencia Técnica con base en un manual que la Oficina de Calidad elaboró y publicó en el ONCAS, para la construcción y cargue de la información solicitada por la Circular Externa 001 de 2025. Esta se repitió el 28 del mismo mes, a solicitud de varios peticionarios.

1.3.2 Alistamiento de los datos

Se recibió de PISIS una base total de 436.800 registros, previamente unidos todos los seis tipos de registros incluidos en la Circular Externa 001.

En el proceso de extracción de los datos también se incluyeron los campos fecha de nacimiento de tabla de evolución, la cual facilitó la verificación y ajuste de la variable para construir edad del beneficiario de la tutela, o cuando los datos eran extremos o no concordantes con el tipo de documento de identidad, por ejemplo, tipo documento CC y la edad registrada era cero.

Posterior a ajustar la variable fecha de nacimiento, se construyó la edad, como la diferencia entre la fecha de radicado de tutela y la fecha de nacimiento. Adicionalmente, se generó una nueva categoría para el análisis correspondiente a curso de vida, con la siguiente escala:

- Prenatal, nacimiento, primera infancia: 0-5 años
- Infancia: 6-11 años
- Adolescencia: 12-18 años
- Juventud: 19-26 años
- Adultez: 27-59 años
- Vejez: 60 y más

1.3.3 Clasificación de los registros

Cada registro se revisó por entidad reportadora (razón social) para su clasificación, dado que el código de la entidad podía diferir de lo reportado en la tabla de referencia (NIT o código). Los registros se agruparon de la siguiente manera:

- 3.759 = Régimen Especial
- 353.189 = EPS
- 7.954 = Entidades Territoriales (ET) municipales, departamentales y distritales

- 71.898 = IPS

Paso seguido se realizó la exclusión de las tutelas que no son objeto de análisis, descartando los datos en los que la decisión de primera instancia correspondió a:

- Opción 3: No concede (No hay vulneración del derecho fundamental a la salud).
- Opción 5: Declara improcedente (No cumple requisitos de procedimiento).

1.3.4 Identificación de tutelas únicas y personas únicas

En el procesamiento de los datos se incluyó la verificación de datos únicos por tutela y beneficiario de la tutela, con el fin de garantizar que los resultados no se sobreestimasen cuando la misma tutela se reporta vinculando a diferentes instituciones o actores del sistema.

Este mismo proceso de depuración se realizó para problemas jurídicos, causas y pretensiones, identificando solo datos únicos por radicado de tutela obteniendo así un total de datos para análisis con la siguiente desagregación.

Tabla 1. Distribución de Tutelas por actores del sistema

Actor que reporta	Tutelas únicas	Problemas	Causas	Pretensiones	Personas
EPS	207.465	257.403	276.559	286.964	175.740
IPS	27.493	28.254	28.440	28.804	18.516
ET	2.252	2.268	2.270	2.272	1.622
Total	237.210	287.925	307.269	318.040	195.878

Fuente: Circular Externa 001 de 2025 (Base autónoma), MSPS.

1.3.5 Priorización de registros

Para los registros reportados por más de una entidad se priorizó el actor en el siguiente orden: EPS, IPS, ET. Posterior a esta priorización de tutelas únicas esta base se cargó en el programa estadístico SPSS, excluyendo los registros de regímenes especiales.

1.3.6 Análisis de datos

Los datos provenientes de la Circular Externa 001 de 2025 se depuraron y contrastaron con la fuente muestra de expedientes 2024, posteriormente se organizaron, seleccionando las variables relevantes para su procesamiento en el software estadístico SPSS.



En ambos casos, se utilizaron frecuencias y distribuciones porcentuales, incluyendo también análisis bivariados relevantes para explicar el comportamiento de las tutelas por la vulneración del derecho a la salud.

Para en análisis, las unidades de observación principales fueron las propias tutelas y los beneficiarios del recurso constitucional, tanto nacionales como extranjeros, residentes en Colombia. En el primer caso, las tutelas fueron clasificadas según la Sentencia T-760 de 2008 en las 18 categorías de problemas jurídicos, y acorde con las causas subyacentes de las acciones de tutela y las pretensiones; además se analizaron por departamento donde reside la persona que interpone la tutela, entidad accionada y régimen de salud. En el segundo caso, se analizaron las variables demográficas de los beneficiarios de las tutelas como edad, curso de vida, sexo, etc.

SECCIÓN II – DESARROLLO TEMÁTICO

2 LA INFORMACIÓN

2.1 Descripción de las fuentes para el análisis de las tutelas

Es importante tener en cuenta que las fuentes tienen diferentes características y formas de recolección, por eso algunas cifras pueden no coincidir, debido a una o más razones: la existencia de tutelas dirigidas a entidades que no tienen responsabilidades en la atención en salud, la duplicidad de tutelas, el registro de algunas que vienen de años anteriores, etc.

En esta sección se presenta el detalle de cada una de las fuentes, indicando, entre otras características el origen de los datos y su propósito:

Tabla 2. Detalle de fuentes de información

No. Fuente	Fuente	Análisis realizado
1	Base nacional de las tutelas en salud suministrada por la Honorable Corte Constitucional	Esta base permite observar la magnitud del problema a nivel nacional, regional para el análisis temporal y su tendencia
2	Muestra de expedientes 2024	La fuente, además del análisis territorial y de algunas variables poblacionales, permite entrar en el detalle de las variables relacionadas para realizar la comparabilidad con base autónoma (circular 001) a fin de soportar la selección futura de mejor fuente de datos.
3	Circular Externa 0001 de 2025 (base autónoma)	Con esta fuente se tiene un análisis más detallado de las solicitudes de amparo constitucional por vulneración del derecho a la salud y permite realizar cruces de variables poblacionales, del aseguramiento, de los servicios y del curso de la tutela misma. Con estos datos es posible explorar las condiciones estructurales y los patrones de comportamiento de la tutela.

Fuente: Elaboración propia del MSPS.

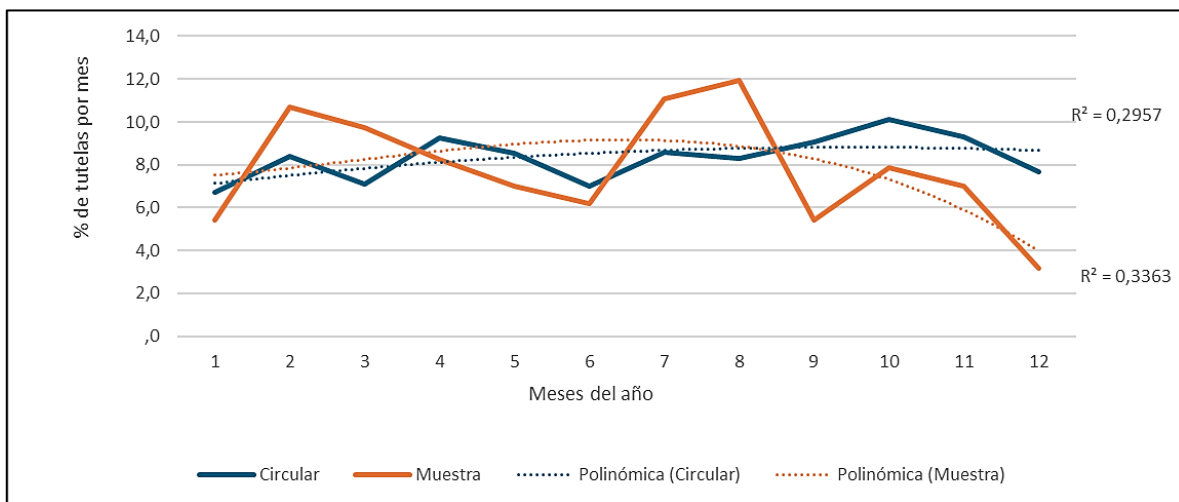
2.2 Comparabilidad de las fuentes para el análisis de las tutelas

Acorde con los requerimientos de la Corte Constitucional, el MSPS realizó un trabajo técnico y normativo para mejorar las fuentes de datos, como ya se señaló con anterioridad.

Para verificar si las nuevas fuentes cumplen los criterios de representatividad y completitud, se decidió comparar los resultados obtenidos del muestro realizado a la base de datos suministrada por la Corte, y los reportados en la Circular Externa 001 de 2025. La comparación se hizo con relación a las variables principales, es decir, aquellas que no deberían tener una variación significativa entre las dos fuentes de datos. A continuación, se muestra este análisis:

Al revisar la distribución de tutelas radicadas durante los 12 meses del año, se encuentra que entre las dos fuentes el comportamiento es similar. En este caso significa que no hay un patrón estadístico o estacionalidad sobre los meses del año en que más se radican tutelas, aunque en ambos casos se aprecia un menor número en los meses de diciembre y enero como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica 1. Distribución porcentual de las tutelas año 2024 por mes de radicación. Muestra de la Corte Constitucional 2024 Vs base de datos 2024 de la Circular Externa 001 de 2025.

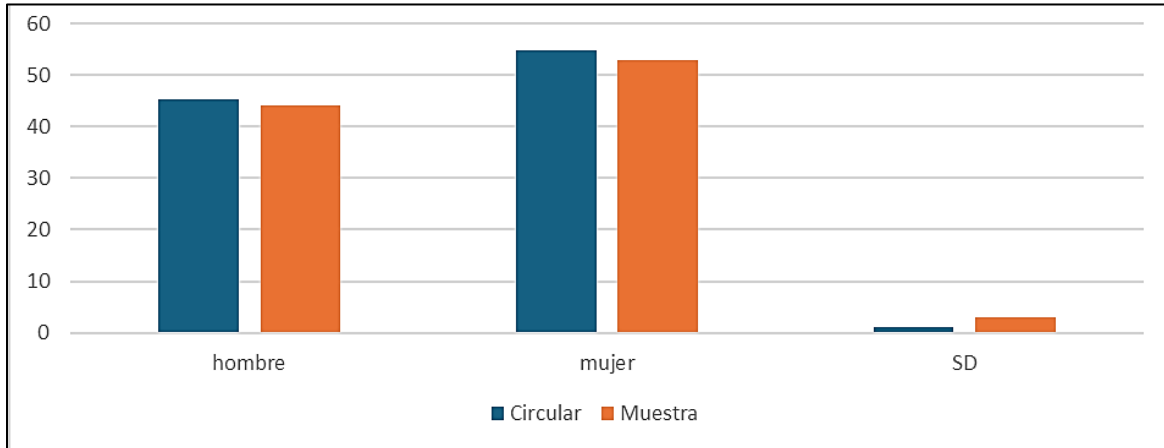


Fuente: Muestra de tutelas Corte Constitucional Vs Circular Externa 001 de 2025 (Base autónoma), MSPS.

De hecho, el valor de R^2 en las líneas de tendencia de ambas fuentes está alejado de 1, lo que indica que el análisis de las tutelas por meses no tiene mayor valor predictivo, o que es impredecible en cualquiera de las dos fuentes de datos.

Con respecto a la distribución de las tutelas por sexo biológico, las dos fuentes muestran un comportamiento similar, esto es, que en ambas la mayoría de quienes interpusieron tutelas son mujeres, ver la siguiente gráfica.

Gráfica 2. Distribución porcentual de las tutelas del año 2024 por sexo. Muestra de la Corte Constitucional 2024 Vs base de datos 2024 de la Circular Externa 001 de 2025

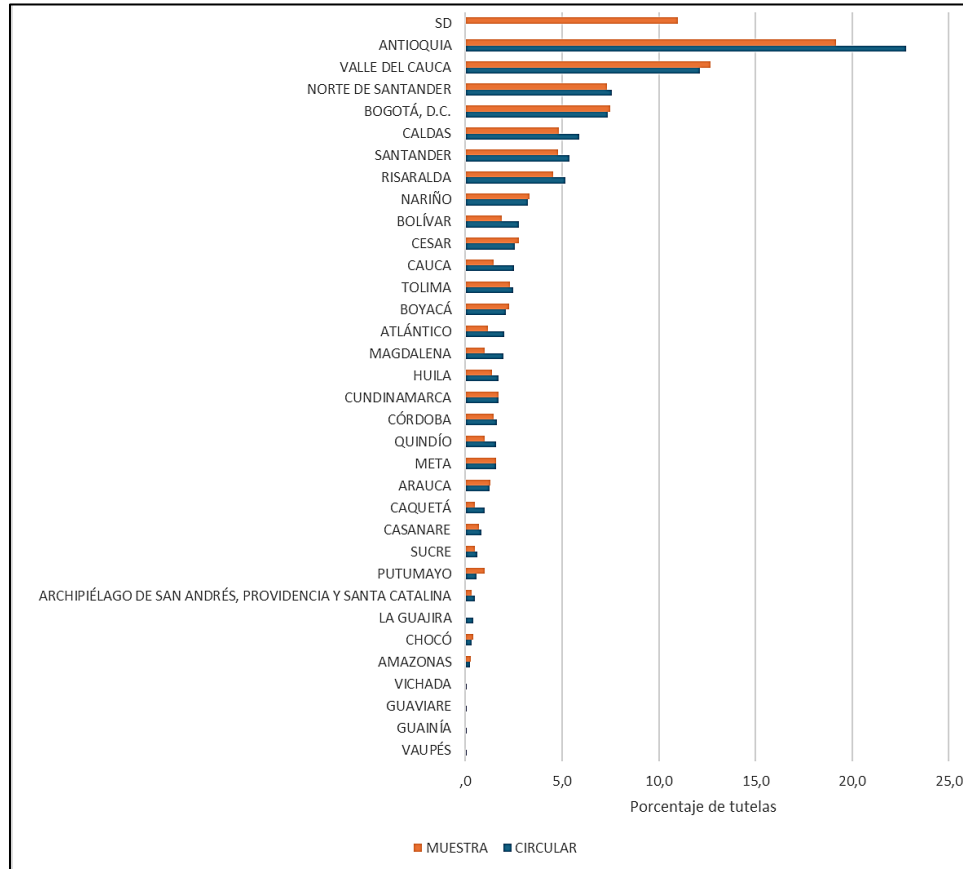


Fuente: Muestra de tutelas Corte Constitucional Vs Circular Externa 001 de 2025 (Base autónoma), MSPS.

Esto no necesariamente significa que ellas son quienes consideran que tienen más vulneración del derecho a la salud, sino que puede ser un reflejo de la composición de la población colombiana, que según reporta el DANE, es 51,2% de mujeres y 48,8% de hombres, y también del hecho que las mujeres utilizan más los servicios de salud (51,5%) comparadas con los hombres (47,8%), según lo reportado por el MSPS en el Boletín técnico: Mujer, Género y Salud 2024, publicado en febrero de 2025.

Sobre la distribución de las tutelas por la entidad territorial donde se hizo la radicación —departamentos y el Distrito Capital—, ocurre algo similar a lo señalado. Las 8 entidades donde más tutelas se interponen son las mismas en las dos fuentes, y entre estas acumulan el 69,5% de estas en la circular, y 64,1% en la muestra como se ve en la siguiente gráfica.

Gráfica 3. Distribución porcentual de las tutelas por departamento. Muestra de la Corte Constitucional 2024 Vs base de datos 2024 de la Circular Externa 001 de 2025

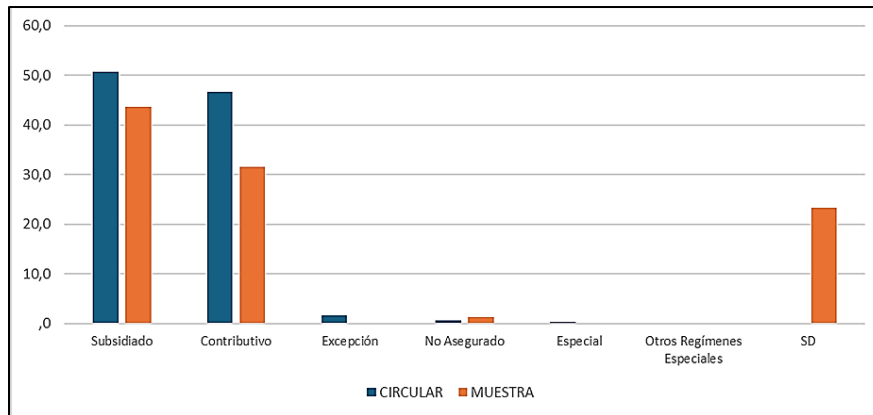


Fuente: Muestra de tutelas Corte Constitucional Vs Circular Externa 001 de 2025 (Base autónoma), MSPS.

A partir de la sexta entidad territorial hay algunas diferencias como el caso de Bolívar, Cauca, Atlántico y Magdalena, que ocuparían puestos diferentes dependiendo de la fuente que se mire. Hay que señalar que en el caso de la muestra hay una proporción importante de expedientes en los que no fue posible ubicar este dato (11%), lo que no ocurre en el caso de la circular, y esto puede explicar las diferencias.

Frente al comportamiento de las tutelas por la entidad aseguradora a la que pertenece el afiliado, se observa concordancia entre las 2 fuentes analizadas, es decir, en ambas la mayor proporción de acciones corresponde al régimen subsidiado, seguido del contributivo.

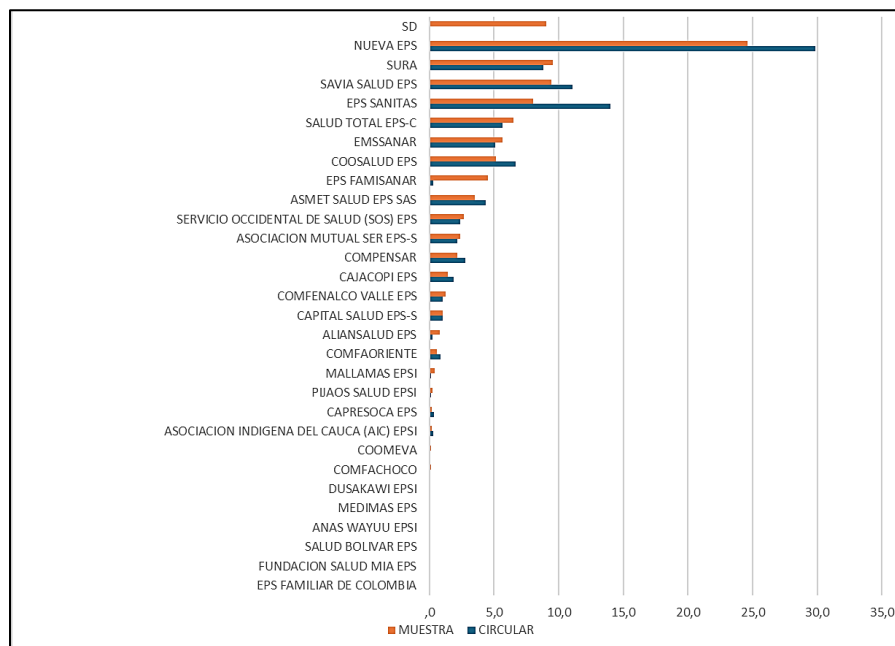
Gráfica 4. Distribución porcentual de las tutelas del año 2024 por régimen de salud del afiliado. Muestra de la Corte Constitucional 2024 Vs base de datos 2024 de la Circular Externa 001 de 2025



Fuente: Muestra de tutelas Corte Constitucional Vs Circular Externa 001 de 2025 (Base autónoma), MSPS.

Al comparar las tutelas teniendo en cuenta la EPS a la que estaba afiliada la persona sobre la que se pedía la protección del derecho, aunque hay similitud entre ambas fuentes y las 7 primeras EPS son las mismas, los puestos que ocupan en cada fuente varían, con excepción de Nueva EPS, que en ambos casos es la primera en ser accionada como se evidencia en la siguiente gráfica.

Gráfica 5. Distribución porcentual de las tutelas del año 2024 por EPS del afiliado. Muestra de la Corte Constitucional 2024 Vs base de datos 2024 de la Circular Externa 001 de 2025



Fuente: Muestra de tutelas Corte Constitucional Vs Circular Externa 001 de 2025 (Base autónoma), MSPS.

En resumen, la comparación entre las variables de las dos fuentes muestra que hay concordancia en la mayoría de los datos, lo que permite afirmar que la nueva fuente que se definió a través de la Circular Externa 004 de 2024, la cual fue reemplazada por la Circular Externa 001 de 2025, mantiene la validez de los datos con respecto al muestreo que se hace sobre la base de datos de la Corte Constitucional.

Es por lo expuesto en los acápites anteriores que se define que:

- Los análisis de tendencia histórica de las tutelas por población y afiliación se construyen sobre la base total de la corte constitucional con los registros correspondientes a las solicitudes de amparo constitucional por vulneración del derecho a la salud.
- Los análisis de profundidad sobre población, tutelas, territorio y actores se realizan sobre la información reportada por la Circular Externa 001 de 2025.

3 A TRAVÉS DEL TIEMPO

Este capítulo describe y analiza la tendencia histórica de las tutelas desde el 2020, para garantizar la trazabilidad de la información se mantiene como fuente de referencia la base de la Honorable Corte Constitucional.

Para el año 2024, el universo de acciones de tutelas interpuestas por la vulneración de todos los derechos fundamentales fue un total de 912.639, lo que corresponde al universo de acciones de tutelas interpuestas en ese periodo. Del 100% de esas acciones de tutela el 26% correspondió a acciones de tutelas por vulneración del goce efectivo del derecho a la salud en el país⁷.

Para el análisis de las tutelas interpuestas para el año 2024 se realizó una depuración de la información por accionado tal como se describió en la metodología, excluyendo el 11% de los registros correspondientes las entidades no pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el año 2024, se observó una tasa 4,50 de tutelas por cada 1.000 habitantes y de 4,75 de tutelas por cada 1.000 afiliados, de donde se observa una correlación entre las tasas por afiliado y por habitantes, presentando un incremento bruto del 0.94 en la tasa por 1000 afiliados y de 0.71 por 1000 habitantes.

⁷ Fuente numerador: base de datos remitida por la HCC, numerados observatorio de cifras HCC

Tabla 3. Tendencia histórica de las tutelas en salud 2000-2024.

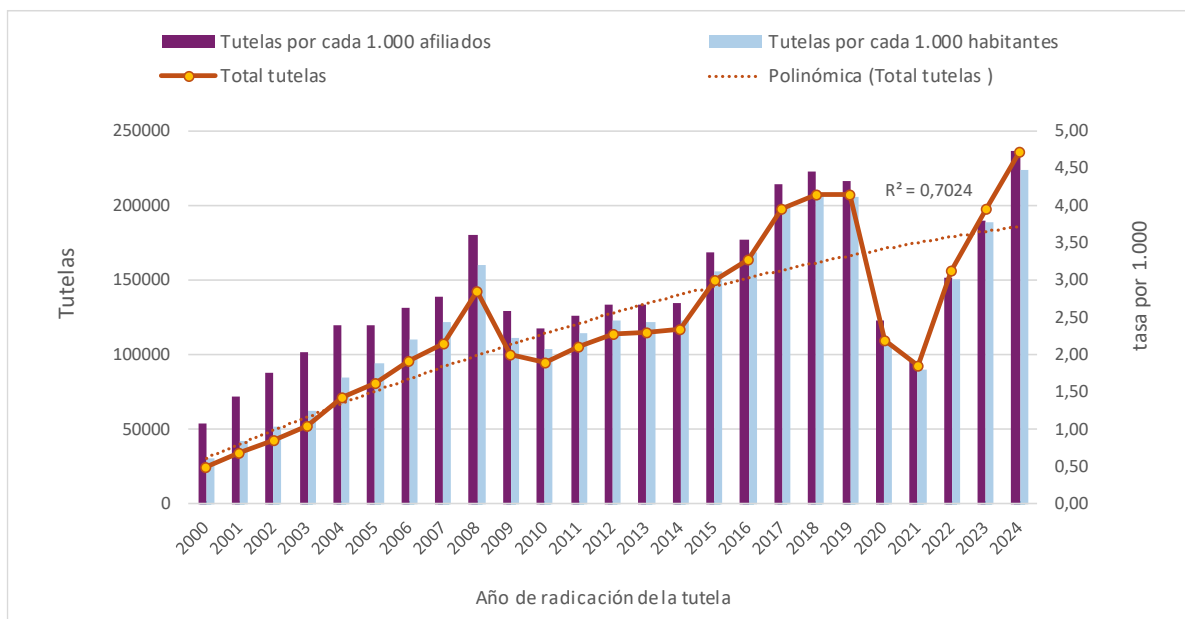
Año	Afiliados	Proyección poblacional	Total tutelas	Variación porcentual (con relación al año anterior)	Tutelas por cada 1.000 afiliados	Tutelas por cada 1.000 habitantes
2000	23.017.680	40.295.563	24.843	NA	1,08	0,62
2001	23.806.139	40.813.541	34.319	38,1%	1,44	0,84
2002	24.194.854	41.328.824	42.734	24,5%	1,77	1,03
2003	25.413.865	41.848.959	51.944	21,6%	2,04	1,24
2004	30.040.650	42.368.489	72.033	38,7%	2,40	1,70
2005	33.881.988	42.888.592	81.017	12,5%	2,39	1,89
2006	36.461.003	43.405.956	96.226	18,8%	2,64	2,22
2007	38.655.698	43.926.929	107.238	11,4%	2,77	2,44
2008	39.561.521	44.451.147	142.957	33,3%	3,61	3,22
2009	38.681.796	44.978.832	100.490	-29,7%	2,60	2,23
2010	40.047.220	45.509.584	94.502	-6,0%	2,36	2,08
2011	41.899.763	46.044.601	105.947	12,1%	2,53	2,30
2012	42.854.862	46.581.823	114.313	7,9%	2,67	2,45
2013	42.879.901	47.121.089	115.147	0,7%	2,69	2,44
2014	43.515.870	47.661.787	117.746	2,3%	2,71	2,47
2015	44.633.177	48.203.405	150.728	28,0%	3,38	3,13
2016	46.404.041	48.747.708	164.274	9,0%	3,54	3,37
2017	46.161.893	49.291.609	197.655	20,3%	4,28	4,01
2018	46.623.525	49.834.240	207.734	5,1%	4,46	4,17
2019	47.764.493	50.374.478	207.368	-0,2%	4,34	4,12
2020	44.797.533	50.912.429	109.940	-47,0%	2,45	2,16
2021	48.231.850	51.049.498	92.506	-15,9%	1,92	1,81
2022	51.387.502	51.682.692	156.412	69,1%	3,04	3,03
2023	51.861.331	52.156.254	197.767	26,4%	3,81	3,79
2024	49.899.411	52.695.952	237.094	19,9%	4,75	4,50

Fuente: Elaboración propia Oficina de Calidad del MSPS, a partir de la información del DANE, Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y base de tutelas suministrada por la Corte Constitucional

La cifra depurada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2024, mostró que 237.094 corresponden a tutelas impetradas contra actores del SGSSS, que es frente a los que este Ministerio tiene la competencia regulatoria, con carácter vinculante.

Ahora bien, para precisar el análisis de este incremento se realizó un análisis de tendencia donde se puede observar que las tasas de acciones de tutelas, con respecto al número de afiliados tanto como con el total de la población proyectada tienen una tendencia al crecimiento. El valor R cuadrado para el total de tutelas es de 0.7; lo que indicaría que tiene un grado de predicción moderado, pero que el aumento continuará para los siguientes periodos.

Gráfica 6. Comportamiento de las acciones de tutelas por año, Colombia 2000-2024



Fuente: Elaboración propia Oficina de Calidad del MSPS, a partir de la información del DANE, Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y base de tutelas suministrada por la Corte Constitucional

*La cifra depurada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2024, mostró que 237.094, corresponden a tutelas impetradas contra actores del SGSSS, que es frente a los que este Ministerio tiene la competencia regulatoria, con carácter vinculante. las demás 568 tutelas correspondieron a regímenes exceptuados del sistema, fondos de pensiones, administradoras de riesgos laborales y otros.

Buscando una aproximación a la comprensión de las razones detrás de este incremento desde el análisis global se definen hipótesis asociadas con:

- Mayor conocimiento de los derechos en salud de la población que derivan en una mayor exigibilidad del derecho
- Aumento de la presentación mediática del tema del derecho a la salud y su vulneración
- Inicio del debate de la reforma a la salud que promueve la discusión del derecho a la salud y su vulneración
- Deterioro de la gestión del riesgo en salud y de la red de prestadores de servicio de salud en el territorio nacional

En lo relacionado con el comportamiento de las tutelas de acuerdo con las personas atendidas según el registro individual de prestación de servicios de salud, se evidencia un aumento para el año 2024 en el número de atenciones del 45,2% respecto a 2023, con una tasa 6.18 que evidencia una disminución de 1.3 puntos porcentuales.

Tabla 4. Comportamiento de las acciones de tutelas de acuerdo con las personas atendidas según RIPS por año. Colombia, 2015-2024

Año	Número de personas atendidas en Salud	Número de Tutelas	Tasa de tutelas por cada 1.000 personas atendidas
2015	24.466.458	150.728	6,16
2016	22.231.997	164.274	7,39
2017	26.029.406	197.655	7,59
2018	30.184.275	207.734	6,88
2019	34.668.268	207.368	5,98
2020	29.840.755	109.940	3,68
2021	32.704.466	92.506	2,83
2022	29.543.353	156.412	5,29
2023	26.400.975	197.767	7,49
2024	38.344.465	237.094	6,18

Fuente: Elaboración propia a partir de extracción de RIPS y base tutelas de Corte Constitucional.
*Extracción de RIPS en marzo de 2025

4 LAS PERSONAS

4.1 Caracterización sociodemográfica de las personas que interpusieron las tutelas

Mediante este capítulo se busca identificar las principales características de las personas que interpusieron una tutela por vulneración del derecho a la salud en Colombia durante el 2024. De tal manera que, se puedan orientar y focalizar futuras intervenciones y mejoras en políticas de salud, con un enfoque diferencial respecto a las poblaciones más afectadas; esto teniendo en cuenta que, este mecanismo jurídico es usado por las personas para proteger el derecho fundamental a la salud establecido por la Constitución Política de Colombia.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe ser garante del derecho a la salud, a través de la atención integral, el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad, por lo cual el análisis de la población que siente vulnerado su derecho permite al Estado adoptar políticas y acciones en pro de la disminución de barreras de acceso e inequidades para garantizar su goce efectivo.

El presente informe tiene un enfoque de lectura integral del anverso del derecho a la salud que es la vulneración expresa mediante la interposición de tutelas buscando que no solo se enfoque en la importancia de atender las demandas individuales, sino también comprender como se puede movilizar mejoras en el sistema general de salud que favorezcan la garantía del derecho a la salud.

El análisis de las personas que interponen acciones de tutela en salud desde diferentes aspectos y con una perspectiva del curso de vida ofrece una comprensión integral y estratificada de las necesidades y desafíos específicos que enfrentan los individuos en diferentes momentos de la vida.

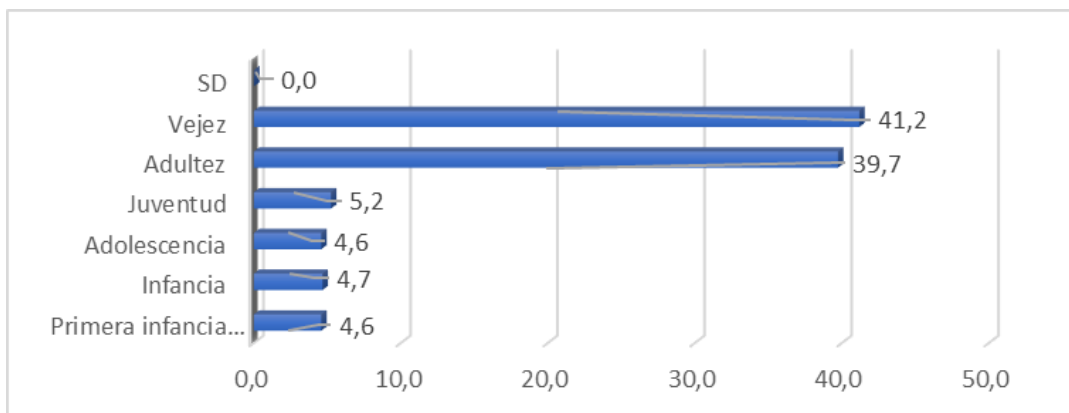
Para 2024, 195.878 personas fueron beneficiarias de las tutelas, de estas, el 44,8% corresponde a hombres, el 55,2% a mujeres, siendo este último el que aporta un mayor porcentaje, comportamiento similar al año inmediatamente anterior donde las mujeres aportaron el 55,9%. De este total 175.740 personas beneficiarias fueron reportadas por las EPS, 18.516 por las IPS y 1.622 por las entidades territoriales.

4.1.1 Tutelas por curso de vida

El curso de vida se segmenta en diversos momentos, cada uno con características y necesidades particulares, **identificándose que, el 80,9% de**

las personas se concentran en el curso de vida de la adultez y vejez, es decir que las mayores necesidades de salud están en la población adulta. Es necesario precisar que en este momento de la vida se va aumentando la probabilidad de experimentar varias condiciones de salud entre ellas las enfermedades crónicas que están relacionadas con múltiples factores y que deben ser atendidas de manera oportuna para disminuir la probabilidad de complicaciones. En este sentido, se requiere realizar acciones enfocadas a la atención integral y el goce efectivo de este derecho fundamental de manera oportuna, con calidad y eficiencia acorde a las necesidades de las personas y sus territorios.

Gráfica 7. Distribución por curso de vida de las personas beneficiarias de las tutelas



Fuente: Reporte tutelas Circular Externa 001 de 2025 (Base autónoma), MSPS.

Ahora bien, en cuanto a la relación del curso de vida con el sexo se identificó que son las mujeres quienes aportan el mayor porcentaje de personas beneficiarias de las tutelas en la adultez y vejez, y para el ciclo de primera infancia y adolescencia está el mayor porcentaje es en hombres. De otra parte, se observó que para **el curso de vida de adultez las mujeres superaron la proporción a los hombres con la interposición de acciones de tutela con 19,3 puntos porcentuales por encima y en el ciclo de vejez con 10,6 ocho puntos porcentuales** como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 5. Distribución de las personas beneficiarias de las tutelas por curso de vida y sexo

Curso de vida	Sexo Biológico			Total
	H	I	M	
Prenatal, nacimiento y primera infancia	5.273	1	3.699	8.973
	58,80%	0,00%	41,20%	100,00%
Infancia	5.474	2	3676	9.152

Curso de vida	Sexo Biológico			Total
	H	I	M	
	59,80%	0,00%	40,20%	100,00%
Adolescencia	4.296	1	3.604	7.901
	54,40%	0,00%	45,60%	100,00%
Juventud	6.701	0	8.186	14.887
	45,00%	0,00%	55,00%	100,00%
Adulthood	29.973	4	44.315	74.292
	40,30%	0,00%	59,60%	100,00%
Vejez	36.045	10	44.601	80.656
	44,70%	0,00%	55,30%	100,00%
SD	4	0	13	17
	23,50%	0,00%	76,50%	100,00%
Total	87766	18	108.094	195.878
Porcentaje	44,80%	0,00%	55,20%	100,00%

Fuente: Reporte tutelas Circular externa 001 de 2025, (Base autónoma).

4.1.2 Tutelas interpuestas por población de especial interés y protección

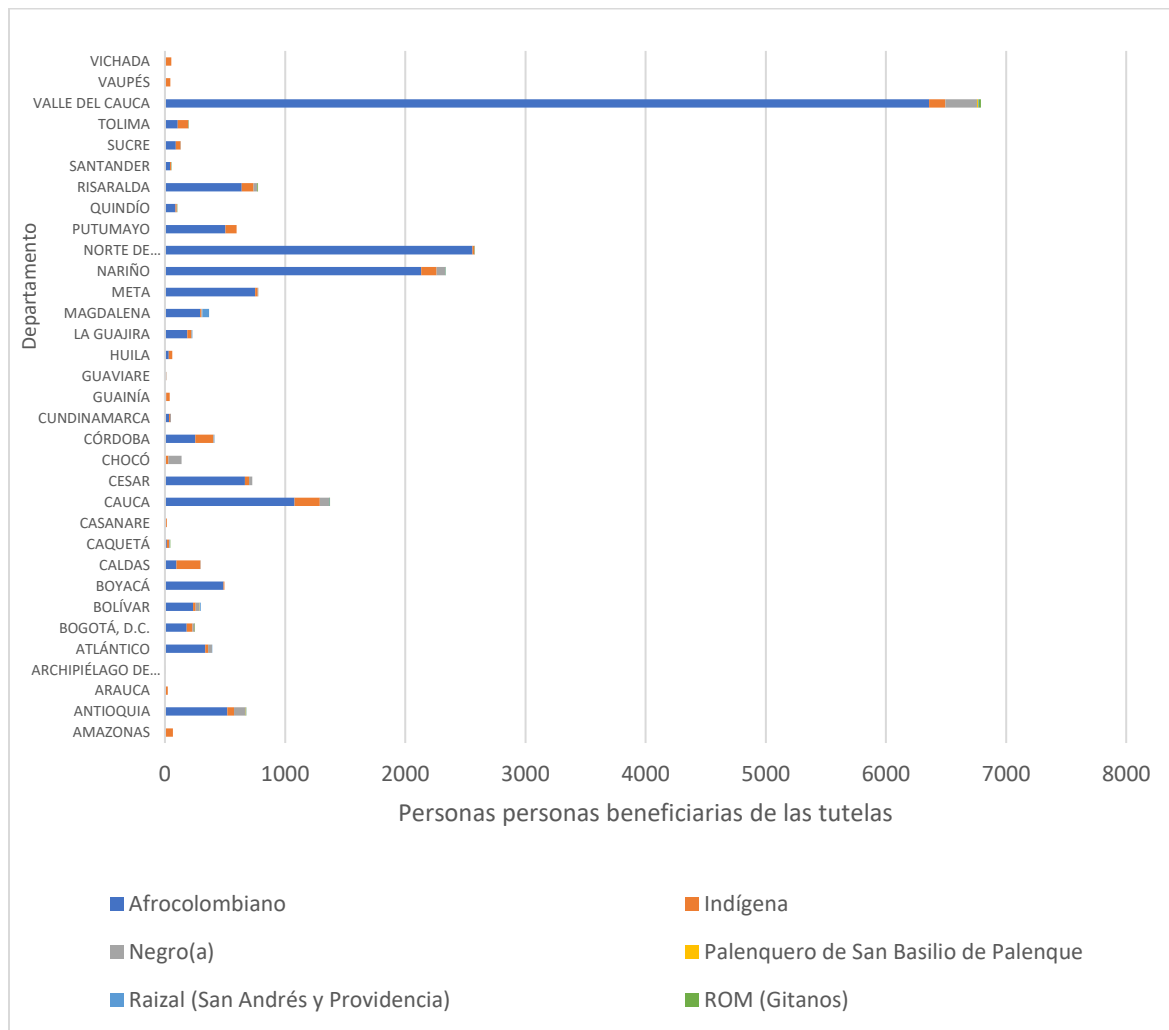
Respecto a la distribución **de la población de especial interés y protección en salud que le fue vulnerado el derecho e interpusieron una tutela, se identifica que 1801 eran gestantes, lo que representa un 1,66% del total de mujeres personas beneficiarias de las tutelas**; de estas el 0,02% tenían alguna pertenencia étnica. Este dato es significativo ya que destaca las vulnerabilidades particulares y las necesidades específicas de atención durante la gestación, los que se debe garantizar para disminuir el riesgo de presentación de eventos negativos en salud.

Por otra parte, identificar la etnia de las personas beneficiarias de acciones de tutela en salud ha sido de suma importancia, dado que corresponden a pueblos de gran diversidad cultural, con costumbres, lenguaje y practicas particulares de acuerdo con los determinantes sociales, siendo comunidades que requieren de atención diferencial. Esta caracterización dentro del reporte permite abordar de manera más efectiva las desigualdades y barreras específicas que enfrentan los grupos étnicos en el acceso a servicios de salud. **Para el 2024 se identifica que el 10,41 % pertenecían algún grupo étnico siendo el más frecuente el afrocolombiano con 9,04% (n= 17723) seguido de la población indígena con un 0,88% (n= 1732). Las comunidades palenquero, raizal**

y ROM aportar el 0,07% de la población identificada que pertenece algún grupo étnico.

De acuerdo con la distribución por departamento de las comunidades étnicas, estas personas se concentran en el Valle del Cauca, Norte de Santander, Nariño y Cauca.

Gráfica 8. Distribución personas beneficiarias de las tutelas de las comunidades étnicas por departamento



Fuente: Reporte tutelas Circular Externa 001 de 2025 (Base autónoma), MSPS.

4.1.3 Tutelas interpuestas por población especiales

Referente a las poblaciones especiales que corresponden al 7,18% del total, el 6.19% pertenecían a población de especial protección siendo identificadas como víctimas del conflicto armado (n=12131), seguidas de la población adulta mayor

en centros de protección de escasos recursos y en condición de abandono con el 0,29% (n=575) y en tercer lugar las comunidades indígenas incluida la población recluida en centros de armonización que corresponden a 0,27% (n=528). Comprender las particularidades de este grupo de población (incluye desplazados, comunidades indígenas, adultos mayores, personas con discapacidad, afrocolombianos, y otros grupos en situaciones vulnerables, como menores bajo protección del ICBF y residentes en centros carcelarios o psiquiátricos, entre otros) permite diseñar intervenciones personalizadas y efectivas, esenciales para un sistema de salud inclusivo y accesible, dando respuesta de manera interinstitucional para la atención integral en salud.

Tabla 6. Distribución por poblaciones especiales

Población especial	Número	Porcentaje
Víctimas del conflicto armado en los términos de la Ley 1448/2011 que se encuentren en el Registro Único de Víctimas	12.131	6,19
Adulto mayor en centros de protección de escasos recursos y en condición de abandono	575	0,29
Comunidades indígenas incluida la población recluida en centros de armonización	528	0,27
Población Habitante de la calle	228	0,12
Población infantil vulnerable bajo protección de instituciones diferentes al ICBF	131	0,07
Personas que dejen de ser madres comunitarias	123	0,06
Personas incluidas en el programa en protección a testigos	78	0,040
Población desmovilizada y su grupo familiar	41	0,021
Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de medida de seguridad	41	0,021
Adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF en el sistema de responsabilidad penal para adolescentes	40	0,020
Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	36	0,018
Migrantes colombianos repatriados, que han retornado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsados de la República de Venezuela y su núcleo familiar	30	0,015
Recién nacidos y menores de edad de padres no afiliados	30	0,015
Personas en prisión domiciliaria a cargo del INPEC que no pertenecen al Régimen Contributivo o a un Régimen Especial o de Excepción	26	0,013

Población especial	Número	Porcentaje
Personas con discapacidad de escasos recursos y en condición de abandono en centros de protección	20	0,010
Los voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil, Cruz Roja y Cuerpos de Bomberos y su núcleo familiar	8	0,004
Veteranos de la Fuerza Pública	4	0,002
Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF	2	0,001
Población Rrom (Gitano)	2	0,001
No se identificó dentro de esta población	181.804	92,8
Total	195.878	100,0

Fuente: Reporte tutelas Circular Externa 001 de 2025.

Ahora bien, el país en los últimos años ha tenido un alto flujo de migración de personas a al territorio, lo que ha conllevado a tomar decisiones de política pública respecto a la atención de personas extranjeras, siendo esta población de especial interés dadas las implicaciones que tiene dentro de los procesos de salud en el país, de esta población se identificaron **3425 personas como migrantes de los cuales el 69,92% reportaron encontrarse en situación regular y el 30,1% se encuentran en situación irregular.** De esta población los países de origen que ocupan los primeros lugares son: Venezuela, Ecuador, Nigeria y España donde se concentra el 76% de la población migrante; de estos países Venezuela aporta el 75%.

En lo relacionado con la afiliación al sistema de seguridad social en salud se identifica que **el 51,4% (n=100.588) pertenecen al régimen subsidiado, seguido por el 47% (n=92.045) que corresponde al régimen contributivo y los no asegurados con el 0,5% (n=1.076).**

4.1.4 Tasas de tutelas por EPS, número de atenciones y afiliados al SGSSS

De acuerdo al reporte realizado por las EPS de tutelas interpuestas por sus afiliados, teniendo en cuenta el comportamiento de la tasa de tutelas por cada 1.000 afiliados, se encuentran en los primeros cinco lugares: **Savia Salud EPS con una tasa de 13,75 por cada 1.000 afiliados, Fondo pasivo de ferrocarriles nacionales con una tasa de 11,32 por cada 1.000 afiliados, Comfaorient 7,34 por cada 1.000 afiliados, Comfenalco Valle EPS 7,19 por cada 1.000 afiliados y Servicio Occidental de Salud con una tasa de 6,7 por cada 1.000 afiliados.**

Las EPS que presentan menores tasas de tutela son Anas Wayu EPSI, Dusawaki EPSI y Famisanar EPS con 0,11, 0,11 y 0,25 por 1.000 afiliados respectivamente, sin embargo, estas EPSI representan la atención de población perteneciente a comunidades étnicas que requieren de una atención diferencial acorde a sus dinámicas poblacionales, en las que es necesario evaluar y promover los mecanismos de acceso a mecanismos judiciales a la protección de los derechos constitucionales salud.

En lo relacionado con la tasa de tutelas por cada 10.000 atenciones se evidencia que en los tres primeros lugares los ocupa EPS Sura con 110,6 por 10.000 atenciones, Cajacopi con el 19,2 por 10.000 atenciones y Savia Salud de 18,5 por 10.000 atenciones.

Tabla 7. Distribución y tasa de tutelas por cada 10.000 atenciones y 1.000 afiliados

EPS	Afiliados	Personas que interponen tutelas circular 001	Tutelas circular 001	Atenciones en salud RIPS	Tutelas por 10.000 atenciones	Tutelas por cada 1.000 Afiliados
AIC EPSI - ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	504.942	579	636	2.983.322	1,9	1,26
ALIANSA SALUD EPS	252.484	418	523	324.330	12,9	2,07
ANAS WAYUU EPSI	276.427	30	30	3.566.836	0,1	0,11
ASMET SALUD EPS SAS	1.569.739	7.618	9.053	12.814.480	5,9	5,77
ASOCIACION MUTUAL SER EPS-S	2.533.294	4.303	4.500	19.042.310	2,3	1,78
CAJACOPI EPS S.A.S	1.427.285	3.543	3.955	1.841.036	19,2	2,77
CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	1.107.619	1.941	2.150	8.514.940	2,3	1,94
CAPRESOCA EPS	171.667	648	783	968.488	6,7	4,56
COMFACHOCO	169.085	115	121	1.076.058	1,1	0,72
COMFAORIENTE	238.172	1.557	1.749	SD		7,34
COMFENALCO VALLE EPS	294.879	1.709	2.120	2.398.718	7,1	7,19
COMPENSAR	2.047.464	5.078	5.830	12.167.098	4,2	2,85
COOSALUD EPS S.A	3.272.671	12.045	13.954	26.018.924	4,6	4,26
DUSAKAWI EPSI	287.453	31	33	2.344.206	0,1	0,11
EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN ESP	7.113	6	6	SD	NA	0,84

EPS	Afiliados	Personas que interponen tutelas circular 001	Tutelas circular 001	Atenciones en salud RIPS	Tutelas por 10.000 atenciones	Tutelas por cada 1.000 Afiliados
EMSSANAR SAS	1.689.250	8.466	10.663	SD	NA	6,31
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S.	314.772	127	139	SD	NA	0,44
EPS FAMISANAR LTDA	2.745.600	676	679	5.727.218	1,2	0,25
EPS SANITAS	5.819.205	23.779	29.172	68.997.914	3,4	5,01
FONDO PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	29.776	282	337	907.450	3,1	11,32
FUNDACION SALUD MIA EPS	65.918	133	148	SD		2,25
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPS INDIGENA	410.883	206	237	2.125.890	1,0	0,58
NUEVA EPS	10.076.244	55.164	62.089	154.492.114	3,6	6,16
PIJAOS SALUD EPS -I	113.442	226	239	SD		2,11
SALUD BOLIVAR EPS SAS	3.502	1	1	145.634	0,1	0,29
SALUD TOTAL	5.047.878	8.862	11.769	21.800.472	4,1	2,33
SAVIA SALUD - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	1.680.696	18.403	23.112	9.948.788	18,5	13,75
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	753.480	4.293	5.050	9.650.344	4,4	6,70
SURA - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	5.373.664	15.501	18.387	1.401.266	110,6	3,42
TOTAL	48.284.604	175.740	207.465	369.257.836	4,8	4,30

Fuente: Reporte tutelas Circular Externa 001 de 2025 (Base autónoma), MSPS.

4.1.5 Tutelas por nivel de pobreza

Dentro de la caracterización población es fundamental el análisis de condición socioeconómica de las personas beneficiarias de las tutelas, para obtener esta información se utilizó como indicador proxi el nivel de SISBEN, el cual se obtuvo por cruce de datos con la base de información de registro social de hogares

(DNP)⁸, de donde se tomó como referencia el Sisbén, teniendo en cuenta que es el sistema de clasificación socioeconómica que permite identificar a las personas que más necesitan apoyo social. Para la clasificación y análisis de la información se tienen en cuenta los cuatro grupos definidos para la versión actual del SISBEN IV que se implementó en el país.

- **Grupo A:** pobreza extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos)
- **Grupo B:** pobreza moderada (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A)
- **Grupo C:** vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza)
- **Grupo D:** población no pobre, no vulnerable.

En concordancia con lo anterior, se evidencia que el 47% de las personas que son beneficiarias de las tutelas se concentran en el grupo de pobreza extrema y moderada siendo los departamentos de Caquetá, Arauca, Putumayo, Cesar y Nariño, los que tienen el porcentaje más alto para estas categorías, situación que evidencia la criticidad de esta vulneración del derecho a la salud dada la limitación económica para acceso con recursos propios a los servicios negados o postergados, que pudiesen derivar en desenlaces fatales.

Tabla 8. Distribución porcentual de Beneficiarios de tutelas, según grupo de SISBEN

Departamento	Sin dato	A (pobreza extrema)	B (pobreza moderada)	C(vulnerable)	D (población no pobre, no vulnerable.)
AMAZONAS	35%	23%	27%	11%	4%
ANTIOQUIA	23%	11%	25%	30%	12%
ARAUCA	14%	39%	35%	9%	3%
ATLÁNTICO	30%	28%	27%	12%	3%
BOGOTÁ, D.C.	54%	4%	12%	20%	11%
BOLÍVAR	24%	37%	29%	9%	2%
BOYACÁ	19%	23%	35%	16%	6%
CALDAS	35%	17%	27%	17%	5%
CAQUETÁ	15%	34%	41%	8%	2%
CASANARE	14%	32%	37%	13%	4%

⁸ El Registro Social de Hogares (RSH), sistema de información para la focalización, el diseño de las políticas públicas y el seguimiento de las condiciones de vida de los hogares

Departamento	Sin dato	A (pobreza extrema)	B (pobreza moderada)	C(vulnerable)	D (población no pobre, no vulnerable.)
CAUCA	22%	39%	30%	7%	2%
CESAR	17%	42%	30%	9%	3%
CHOCÓ	21%	35%	26%	12%	6%
CÓRDOBA	19%	36%	31%	11%	3%
CUNDINAMARCA	31%	11%	23%	22%	13%
GUAINÍA	48%	17%	15%	14%	5%
GUAVIARE	22%	20%	36%	14%	8%
HUILA	24%	23%	33%	15%	5%
LA GUAJIRA	30%	27%	24%	14%	5%
MAGDALENA	29%	37%	24%	8%	3%
META	33%	16%	24%	19%	8%
NARIÑO	20%	40%	30%	8%	2%
NORTE DE SANTANDER	23%	31%	32%	11%	3%
PUTUMAYO	19%	36%	36%	6%	3%
QUINDÍO	37%	14%	27%	17%	4%
RISARALDA	36%	13%	26%	20%	5%
SAN ANDRÉS, PROV Y STA CATALINA	18%	6%	24%	36%	17%
SANTANDER	26%	26%	33%	11%	3%
SUCRE	21%	31%	31%	12%	5%
TOLIMA	30%	27%	29%	10%	4%
VALLE DEL CAUCA	35%	13%	26%	19%	7%
VAUPÉS	58%	7%	20%	11%	4%
VICHADA	33%	26%	27%	11%	3%
Total	0	39880	52623	34870	12885
	0	20%	27%	18%	7%

Fuente: Reporte tutelas circular 001 de 2025 VS clasificación de Sisbén.

4.2 Caracterización territorial de las tutelas

Es importante describir el comportamiento de los territorios, dado que esto permite articular acciones específicas para los departamentos con la mayor tasa, dentro de los cuales se encuentran los más poblados del país.

Esta correlación sugiere que la densidad poblacional puede ser un factor determinante en el número de tutelas presentadas, lo que refleja potencialmente una mayor demanda de servicios de salud y/o una mayor conciencia y acceso a los mecanismos legales para la protección del derecho a la salud. Este patrón subraya la necesidad de ajustar los recursos y las políticas de salud para atender efectivamente las demandas específicas de estas áreas con alta densidad poblacional.

En términos de comportamiento departamental, en lo relacionado con número de tutelas, los departamentos donde se presentó este mecanismo jurídico para la protección del derecho a la salud fueron: **Antioquia con 54.057 tutelas, seguido por Valle del Cauca con 28.771 tutelas, Norte de Santander con 17.939 y Bogotá con 17.503 tutelas. En total en el país se presentaron 237.210 tutelas.**

Tabla 9. Número de tutelas por Departamento, Colombia 2024.

Departamento	Número de Tutelas por Departamento	Beneficiarios de tutelas circular 001
AMAZONAS	544	498
ANTIOQUIA	54.057	42.489
ARAUCA	2.999	2.660
ATLÁNTICO	4.714	4.239
BOGOTÁ	17.503	14.595
BOLÍVAR	6.520	5.797
BOYACÁ	4.953	4.224
CALDAS	14.001	10.991
CAQUETÁ	2.336	1.826
CASANARE	1.969	1.686
CAUCA	5.915	5.100
CESAR	6.021	5.401
CHOCÓ	762	686
CÓRDOBA	3.890	3.597
CUNDINAMARCA	4.020	3.471

Departamento	Número de Tutelas por Departamento	Beneficiarios de tutelas circular 001
GUAINÍA	155	144
GUAVIARE	155	143
HUILA	4.093	3.391
LA GUAJIRA	1.004	897
MAGDALENA	4.624	4.113
META	3.721	3.252
NARIÑO	7.638	6.096
NORTE DE SANTANDER	17.939	14.738
PUTUMAYO	1.380	1.115
QUINDÍO	3.795	3.087
RISARALDA	12.211	9.316
SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	1.127	1.046
SANTANDER	12.749	10.964
SUCRE	1.456	1.291
TOLIMA	5.877	5.144
VALLE DEL CAUCA	28.771	23.603
VAUPÉS	113	99
VICHADA	198	179
Total general	237.210	195.878

Fuente: Reporte tutelas Circular Externa 001 de 2025.

A nivel nacional, **la tasa de tutelas fue de 4,5 por cada 1.000 habitantes**. De acuerdo con el comportamiento departamental, **la mayor tasa se presentó en el departamento de San Andrés y Providencia con 18,1, seguido de Caldas con una tasa de 13,4 y Risaralda con 12,5, en los tres primeros lugares**, estando por encima de la tasa nacional para el mecanismo de tutela en el territorio; si bien estos ocupan los primeros tres lugares, son en total 12 departamentos que se encuentran por encima de la tasa nacional dentro de los que se encuentran Norte de Santander, Arauca, Antioquia, Quindío, Amazonas, Valle del Cauca, Caquetá y Santander. Esto puede estar relacionado con las dificultades de acceso de acuerdo con las dinámicas de los territorios donde el desplazamiento y otros determinantes como las barreras geográficas y sociales afectan la atención.

Tabla 10. Tasa de tutelas por Departamento por cada 1.000 habitantes. Colombia 2024

Departamento	Tutelas Circular 001	Beneficiarios de tutelas circular 001	Tutelas por cada 1.000 habitantes
AMAZONAS	544	498	6,3
ANTIOQUIA	54.057	42.489	7,8
ARAUCA	2.999	2.660	9,4
ATLÁNTICO	4.714	4.239	1,7
BOGOTÁ	17.503	14.595	2,2
BOLÍVAR	6.520	5.797	2,9
BOYACÁ	4.953	4.224	3,8
CALDAS	14.001	10.991	13,4
CAQUETÁ	2.336	1.826	5,5
CASANARE	1.969	1.686	4,1
CAUCA	5.915	5.100	3,8
CESAR	6.021	5.401	4,3
CHOCÓ	762	686	1,3
CÓRDOBA	3.890	3.597	2,0
CUNDINAMARCA	4.020	3.471	1,1
GUAINÍA	155	144	2,7
GUAVIARE	155	143	1,5
HUILA	4.093	3.391	3,4
LA GUAJIRA	1.004	897	,9
MAGDALENA	4.624	4.113	3,1
META	3.721	3.252	3,2
NARIÑO	7.638	6.096	4,5
NORTE DE SANTANDER	17.939	14.738	10,5
PUTUMAYO	1.380	1.115	3,6
QUINDÍO	3.795	3.087	6,7
RISARALDA	12.211	9.316	12,5
SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	1.127	1.046	18,1

Departamento	Tutelas Circular 001	Beneficiarios de tutelas circular 001	Tutelas por cada 1.000 habitantes
SANTANDER	12.749	10.964	5,4
SUCRE	1.456	1.291	1,4
TOLIMA	5.877	5.144	4,3
VALLE DEL CAUCA	28.771	23.603	6,2
VAUPÉS	113	99	2,4
VICHADA	198	179	1,6
Total general	237.210	195.878	4,5

Fuente: Reporte tutelas Circular Externa 001 de 2025.

De acuerdo con el régimen de afiliación por departamento se evidencia que, para el régimen contributivo, las personas beneficiarias de las tutelas se encuentran en **Antioquia con el 20,6%, Valle del Cauca con el 14,84% y Bogotá con el 12,63%. Para el régimen subsidiado están distribuidos en los departamentos de Antioquia con el 22,75%, Valle del Cauca con el 9,58% y Norte de Santander con el 9,32% y para los no asegurados en Norte de Santander con 56,9%, Antioquia con el 6,9 %, Caldas con 5,7%.** De acuerdo con este comportamiento Antioquia y Valle del cauca son los departamentos donde más personas usan el mecanismo de la tutela, llama la atención el comportamiento de los no asegurados en el departamento de Santander.

Tabla 11. Distribución de las tutelas por Departamento y régimen de afiliación

DEPARTAMENTO	REGIMEN												Total
	CONTRIBUTIVO		SUBSIDIADO		NO ASEGURADO		ESPECIAL		EXCEPCION		Otros ESP		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
AMAZONAS	162	0,18%	336	0,33%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	498
ANTIOQUIA	18968	20,61%	22884	22,75%	74	6,9%	72	6,7%	449	32,1%	42	36,5%	42489
ARAUCA	535	0,58%	2087	2,07%	22	2,0%	14	1,3%	2	0,1%	0	0,0%	2660
A.SAN ANDRÉS, PROV. Y STA. C	701	0,76%	342	0,34%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	2	1,7%	1046
ATLÁNTICO	2741	2,98%	1421	1,41%	15	1,4%	9	0,8%	53	3,8%	0	0,0%	4239
BOGOTÁ, D.C.	11628	12,63%	2849	2,83%	4	0,4%	83	7,7%	9	0,6%	22	19,1%	14595
BOLÍVAR	2049	2,23%	3659	3,64%	1	0,1%	85	7,9%	1	0,1%	2	1,7%	5797

DEPARTAMENTO	REGIMEN												Total
	CONTRIBUTIVO		SUBSIDIADO		NO ASEGURADO		ESPECIAL		EXCEPCION		Otros ESP		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
BOYACÁ	1478	1,61%	2699	2,68%	20	1,9%	27	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	4224
CALDAS	5841	6,35%	4824	4,80%	61	5,7%	43	4,0%	216	15,4%	6	5,2%	10991
CAQUETÁ	383	0,42%	1438	1,43%	0	0,0%	4	0,4%	1	0,1%	0	0,0%	1826
CASANARE	501	0,54%	1175	1,17%	1	0,1%	7	0,7%	1	0,1%	1	0,9%	1686
CAUCA	1556	1,69%	3461	3,44%	16	1,5%	1	0,1%	66	4,7%	0	0,0%	5100
CESAR	1537	1,67%	3822	3,80%	34	3,2%	2	0,2%	6	0,4%	0	0,0%	5401
CHOCÓ	214	0,23%	444	0,44%	1	0,1%	1	0,1%	26	1,9%	0	0,0%	686
CÓRDOBA	1147	1,25%	2431	2,42%	1	0,1%	16	1,5%	2	0,1%	0	0,0%	3597
CUNDINAMARCA	2185	2,37%	1274	1,27%	3	0,3%	5	0,5%	2	0,1%	2	1,7%	3471
GUAINÍA	46	0,05%	95	0,09%	2	0,2%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	144
GUAVIARE	47	0,05%	94	0,09%	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%	0	0,0%	143
HUILA	1524	1,66%	1854	1,84%	0	0,0%	5	0,5%	3	0,2%	5	4,3%	3391
LA GUAJIRA	419	0,46%	463	0,46%	3	0,3%	11	1,0%	1	0,1%	0	0,0%	897
MAGDALENA	1695	1,84%	2368	2,35%	15	1,4%	32	3,0%	3	0,2%	0	0,0%	4113
META	1578	1,71%	1637	1,63%	2	0,2%	33	3,1%	1	0,1%	1	0,9%	3252
NARIÑO	1818	1,98%	4222	4,20%	15	1,4%	25	2,3%	5	0,4%	11	9,6%	6096
N DE SANTANDER	4705	5,11%	9379	9,32%	612	56,9%	14	1,3%	25	1,8%	3	2,6%	14738
PUTUMAYO	226	0,25%	844	0,84%	39	3,6%	3	0,3%	1	0,1%	2	1,7%	1115
QUINDÍO	1554	1,69%	1431	1,42%	13	1,2%	2	0,2%	85	6,1%	2	1,7%	3087
RISARALDA	5279	5,74%	3850	3,83%	11	1,0%	9	0,8%	167	11,9%	0	0,0%	9316
SANTANDER	4966	5,40%	5840	5,81%	24	2,2%	121	11,2%	11	0,8%	2	1,7%	10964
SUCRE	439	0,48%	836	0,83%	1	0,1%	2	0,2%	13	0,9%	0	0,0%	1291
TOLIMA	2387	2,59%	2714	2,70%	24	2,2%	11	1,0%	5	0,4%	3	2,6%	5144
VALLE DEL CAUCA	13656	14,84%	9640	9,58%	39	3,6%	14	1,3%	245	17,5%	9	7,8%	23603
VAUPÉS	39	0,04%	60	0,06%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	99
VICHADA	41	0,04%	115	0,11%	23	2,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	179
Total	92045	100,00%	100588	100,00%	1076	100,0%	654	60,8%	1400	100,0%	115	100,0%	195878

Fuente: Reporte tutelas Circular Externa 001 de 2025.

4.3 Caracterización de la condición de salud de las personas que interpusieron las tutelas

Los diagnósticos de salud principales de las personas beneficiarias de tutela fueron incluidos dentro del reporte de las mismas, identificándose dos características una ausencia de información para la variable de diagnóstico de la condición de salud en un 69% de los registros. Sin embargo, se realiza análisis de detalle sobre lo reportado, teniendo en cuenta la relevancia de esta información, así mismo, se identifica una gran dispersión de los datos; para favorecer el análisis se realizó una agrupación por capítulos según la clasificación internacional de enfermedades, que permite evidenciar de acuerdo con las condiciones de salud que tipo de patologías están prestando mayores barreras de atención integral, teniendo en cuenta como se mencionó anteriormente que el mayor número de personas beneficiarias de las tutelas se encuentra en adultez y vejez.

Dentro de los primeros diagnósticos principales, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio, los factores que influyen en el estado de salud, enfermedades del sistema musculoesquelético, neoplasias, enfermedades endocrinas nutricionales y enfermedades del sistema genitourinario, que corresponden al 55,1% de los diagnósticos principales.

Es importante resaltar la presencia de trastornos mentales como diagnóstico identificado en personas beneficiarias de una tutela en un 6.1%, de las cuales el 23% su pretensión estaba relacionada con citas médicas, el 19% con medicamentos, 19% servicio de transporte viáticos y alimentación procedimientos y tecnologías y 11 % procedimientos y tecnologías, esta situación pone en alerta la necesidad de una respuesta efectiva teniendo en cuenta que dentro de estos trastornos se encuentran los asociados a la depresión que han mostrado una tendencia al aumento y con riesgo de conducta suicida.

Así mismo, el diagnóstico de cáncer (Neoplasias) representó el 8.4% de los diagnósticos de las cuales el 28% su pretensión estaba relacionada con citas médicas, el 21.4% con medicamentos y 18.3% procedimientos y tecnologías, situación que reviste una importancia destacada dada la necesidad imperativa de garantizar la continuidad de los tratamientos para garantizar la sobrevivencia de los pacientes afectados.

Tabla 12. Distribución porcentual por diagnósticos principales reportados en las tutelas

Diagnóstico principal	Número	Porcentaje
I00-I99 Enfermedades del sistema circulatorio	7.504	12,3%
Z00-Z99 Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud	6.357	10,4%
M00-M99 Enfermedades del sistema musculoesquelético	5.327	8,8%
C00-D48 Neoplasias	5.112	8,4%
E00-E90 Enfermedades endocrinas, nutricionales	4.859	8,0%
N00-N99 Enfermedades del sistema genitourinario	4.374	7,2%
R00-R99 Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	4.077	6,7%
G00-G99 Enfermedades del sistema nervioso	3.905	6,4%
F00-F99 Trastornos mentales y del comportamiento	3.705	6,1%
S00-T98 Lesiones, envenenamientos y otras	3.148	5,2%
K00-K93 Enfermedades del sistema digestivo	2.828	4,6%
H00-H59 Enfermedades del ojo y sus anexos	2.603	4,3%
J00-J99 Enfermedades del sistema respiratorios	2.144	3,5%
H60-H95 Enfermedades del oído y la apófisis	1.369	2,2%
Q00-Q99 Malformaciones congénitas, deformidades	1.049	1,7%
L00-L99 Enfermedades de la piel y de tejidos	920	1,5%
A00-B99 Enfermedades infecciosas y parasita	705	1,2%
D50-D89 Enfermedades de la sangre y trastornos	471	0,8%
P00-P96 Afecciones originadas en el período	154	0,3%
V01-Y98 Causas externas de morbilidad y mor	150	0,2%
O00-O99 Embarazo, parto y puerperio	113	0,2%
Total	60.874	100,0%

Fuente: Reporte tutelas Circular Externa 001 de 2025.

Por otra parte, dentro del análisis se contempla un grupo especial de diagnósticos de alto coste que se constituyen como enfermedades huérfanas. En Colombia una enfermedad huérfana es aquella crónicamente debilitante, grave, que amenaza la vida y con una prevalencia (la medida de todos los individuos afectados por una enfermedad dentro de un periodo particular de tiempo) menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra huérfanas y olvidadas. (Ley 1392 de 2010/Ley 1438 de 2011).

En este sentido, a pesar de que, estas enfermedades tienen una baja prevalencia en la población, requieren de especial atención, dado que pueden ser “potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo y alto nivel de complejidad. La mayoría de ellas son enfermedades genéticas; otras son cánceres poco frecuentes, enfermedades autoinmunitarias, malformaciones congénitas, o enfermedades tóxicas e infecciosas, entre otras categorías”.⁹

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que el 80% de las enfermedades huérfanas o raras pueden ser de origen genético, la Organización Mundial de la Salud define los defectos congénitos como anomalías estructurales o funcionales de los órganos, sistemas o partes del cuerpo que se producen durante la vida intrauterina y son causados por factores genéticos, ambientales o ambos. **En este sentido se encuentra que para este grupo de diagnósticos se reportaron 527 tutelas de enfermedades huérfanas y raras**, donde se evidencia el siguiente comportamiento por sistemas:

Tabla 13. Tutelas de enfermedades huérfanas agrupadas por sistemas, Colombia 2024

Sistemas	Número de Tutelas	Porcentaje
Sistema nervioso	129	24,5
Trastornos metabólicos	118	22,4
Sistema hematológico	63	12,0
Sistema muscular	51	9,7
Piel y tejido conectivo	35	6,6
Sistema inmunológico	34	6,5
Trastornos genéticos multisistémicos	26	4,9

⁹ Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/paginas/enfermedades-huerfanos.aspx>

Sistemas	Número de Tutelas	Porcentaje
Sistema respiratorio	19	3,6
Sistema digestivo	17	3,2
Sistema endocrino	16	3,0
Sistema urinario	8	1,5
Sistema cardiovascular	6	1,1
Sistema esquelético	5	0,9
Total general	527	100,0

Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

De acuerdo con lo anterior, las personas que acudieron al mecanismo de la tutela y tienen un diagnóstico de enfermedad huérfana, la mayoría de estas tutelas están relacionadas con el sistema nervioso en un 24,5% seguido por los trastornos metabólicos con el 22,4% representando la mayor proporción de solicitudes, lo que sugiere una alta carga de enfermedad en estos grupos con posibles barreras en el acceso a servicios de salud y tratamientos.

Le siguen las enfermedades del sistema hematológico con el 12,0% y del sistema muscular con el 9,7%, que también tienen una presencia significativa en la vulneración del derecho a la salud, reflejando la complejidad de su manejo clínico. Los sistemas respiratorio, digestivo, endocrino, urinario, cardiovascular y esquelético tienen una menor participación, representando cada uno menos del 4% de los casos, lo que podría estar relacionado con una menor incidencia o mejores alternativas de tratamiento en el sistema de salud.

En general, la alta cantidad de tutelas en los primeros grupos sugiere brechas importantes en la disponibilidad y acceso a tratamientos para enfermedades neurológicas y metabólicas en el país.

5 LOS ACTORES

En este capítulo se busca presentar la distribución de tutelas dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social tal como se planteó en la metodología, teniendo como foco de análisis la Circular Externa 001 de 2025, que dentro de su alcance estableció la medición por EPS (Entidades Promotoras de Salud), IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) y ET (Entidades Territoriales).

Para el ejercicio analítico se determinaron un total de 237.210 tutelas únicas de las cuales el 87.46% corresponde a tutelas interpuestas a EPS, el 11,59% a tutelas interpuestas a IPS y el 0.95% a tutelas para las entidades territoriales como se describe en la siguiente tabla.

Tabla 14. Porcentaje de tutelas interpuesta a los diferentes actores del SGSSS.

Actor	Tutelas únicas	Porcentaje
EPS	207.465	87,46
IPS	27.493	11,59
ET	2.252	0,95
TOTAL	237.210	100

Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

Por otro lado, teniendo como base los problemas jurídicos de las tutelas, las causas que originaron las mismas y que en las tutelas pueden existir más de una pretensión, se identificaron 287.925 problemas jurídicos, 307.269 diferentes tipos de causas de tutelas y 318.040 pretensiones como se evidencia en la siguiente tabla:

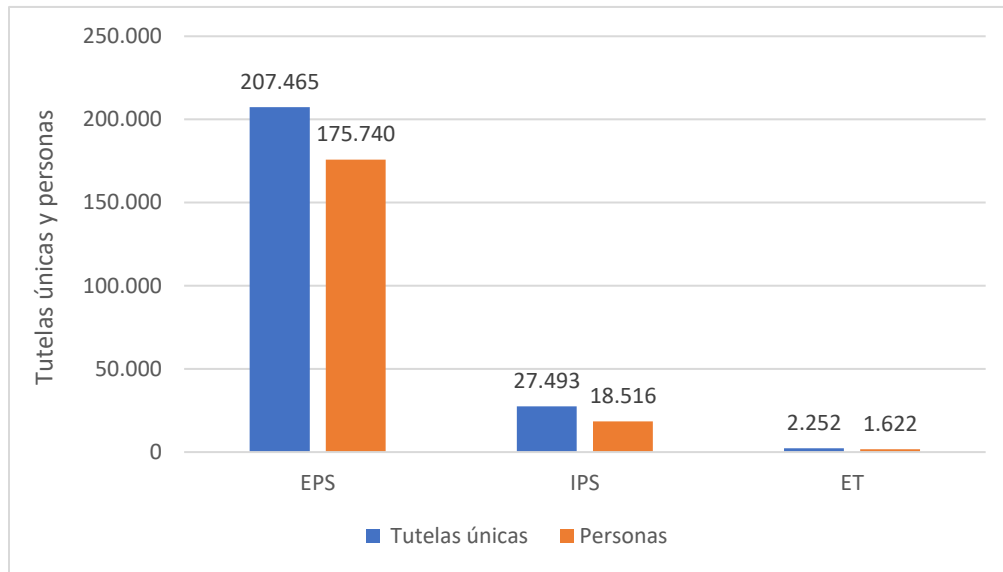
Tabla 15. Distribución de problemas jurídicos, causas y pretensiones de las tutelas interpuestas a los diferentes actores del SGSSS.

Actor	Tutelas únicas	Problemas	Causas	Pretensiones
EPS	207.465	257.403	276.559	286.964
IPS	27.493	28.254	28.440	28.804
ET	2.252	2.268	2.270	2.272
TOTAL	237.210	287.925	307.269	318.040

Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

Ahora bien, del total de tutelas únicas se encontró que fueron interpuestas por 195.878 personas lo que corresponde a una proporción de aproximadamente de 1.21 tutelas por persona, demostrando que algunas personas han interpuesto múltiples tutelas como se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica 9. Distribución de tutelas únicas y personas por actores del SGSSS



Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular 001 de 2025.

Al analizar la proporción de tutelas únicas interpuestas a los actores del sistema, se encontró que, para las EPS en promedio, cada persona que interpone una tutela contra una EPS ha tenido que presentar 1.18 acciones legales, lo que indica que algunos usuarios deben recurrir a más de una tutela para lograr el acceso a los servicios requeridos, sugiriendo barreras recurrentes en la autorización o provisión de servicios de salud, teniendo en cuenta que son la primera entrada del SGSSS y son los responsables de garantizar el acceso a la prestación de los servicios de salud.

En cuanto a las IPS, cada persona en promedio ha interpuesto 1.48 tutelas, indicando que cuando una persona tiene problemas con una IPS, acude repetidamente a la tutela, posiblemente por temas de continuidad del tratamiento, entrega de medicamentos o realización de procedimientos médicos, lo que sugiere que la mayoría de los problemas jurídicos en salud se resuelven en el nivel del aseguramiento como puerta de entrada antes de llegar a los prestadores de servicios.

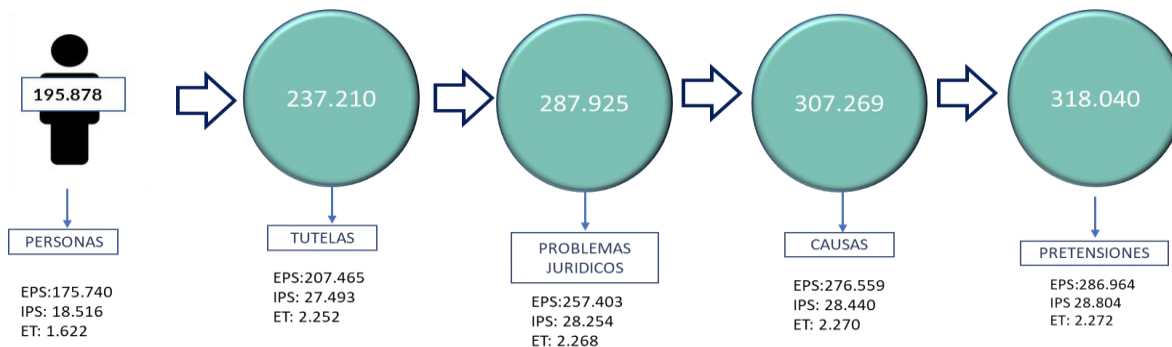
Ahora bien, frente a las tutelas interpuestas a las entidades territoriales, se encontró que en promedio 1.39 personas interpusieron tutelas contra entidades territoriales, esto puede reflejar los problemas con estas, aunque menos frecuentes que con EPS e IPS, no suelen resolverse con una sola tutela, lo que implica dificultades en la gestión y asignación de recursos para la atención en salud, problemas de garantía del aseguramiento y salud pública entre otros.

6 LAS TUTELAS

6.1 Caracterización de la acción de tutela en salud

La acción de tutela en salud, ha sido un mecanismo fundamental para la protección de los derechos fundamentales en Colombia. Sin embargo, su análisis no puede limitarse al número de tutelas presentadas, ya que una persona puede interponer varias tutelas y, a su vez, una misma tutela puede abordar múltiples problemas jurídicos, causas y pretensiones.

Gráfica 10. Caracterización de la tutela en salud



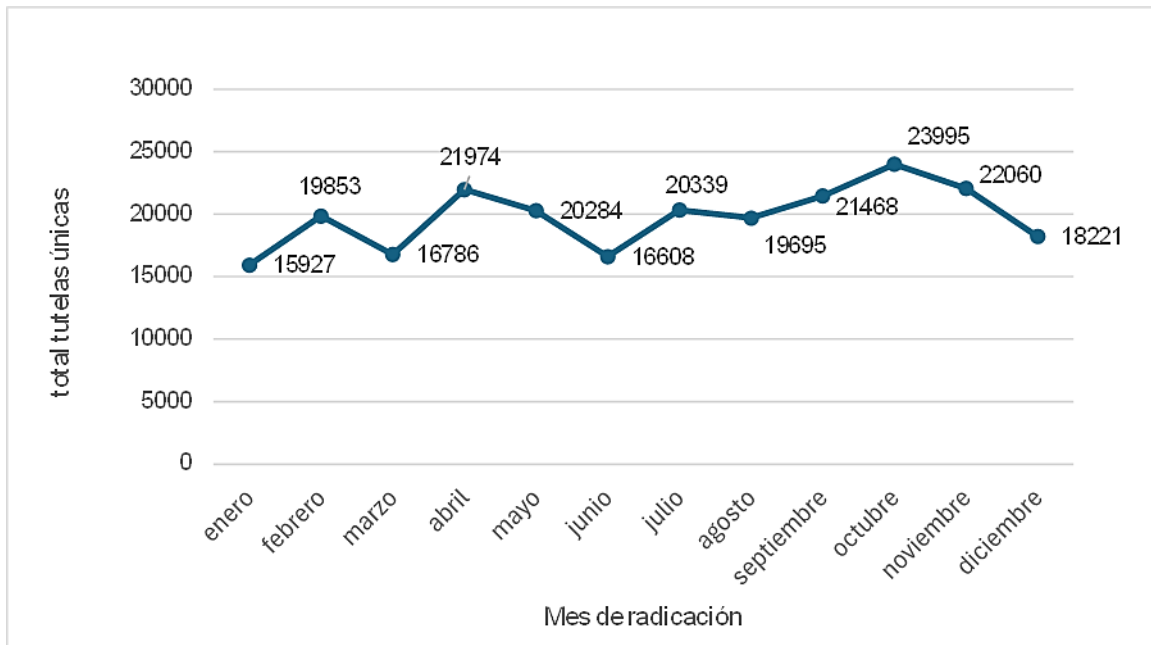
Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular 001 de 2025.

En el año 2024, 195.878 personas presentaron 237.210 tutelas, en las que se identificaron 287.925 problemas jurídicos, 307.269 causas y 318.040 pretensiones. Esto demuestra que cada tutela involucra, en promedio, más de un problema, causa y pretensión, reflejando la complejidad del fenómeno de las acciones de tutela en salud.

6.1.1 Distribución de Acciones de Tutelas en salud por mes de radicación

La radicación de las acciones de tutela presenta un comportamiento que oscila entre 15.927 a 23.995, siendo el menor número de acciones en enero con el 6,7% y el mayor en octubre con un 10,1%. El promedio mes corresponde a 19.767,5 tutelas interpuestas.

Gráfica 11. Distribución de acciones de tutela por mes



Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

6.1.2 Análisis de las pretensiones de las tutelas presentadas por cada persona.

Las pretensiones de las acciones de tutela, son las solicitudes que la persona requiere y plantea ante un juez, con el fin de que se protejan sus derechos fundamentales, en este caso el de la salud.

En este contexto, las pretensiones de la acción de tutela tienen como propósito que el juez, en un corto plazo y de manera expedita, analice si la vulneración de los derechos alegados es efectiva y, en caso de serlo, ordene la adopción de medidas que restauren el derecho afectado. Dichas pretensiones pueden variar dependiendo del caso.

El rango de pretensiones contenidas en cada acción de tutela que interpone cada accionante, se ilustra a continuación:

Tabla 16. Distribución porcentual de las pretensiones presentadas por cada persona

Cantidad de pretensiones	Total personas	Porcentaje
1	125.909	64,3%
2	42.204	21,5%
3	15.401	7,9%
4	6.663	3,4%

Cantidad de pretensiones	Total personas	Porcentaje
5	2.899	1,5%
6	1.370	0,7%
7	647	0,3%
8	319	0,2%
9	215	0,11%
10	108	0,06%
11-15	116	0,06%
16-20	12	0,01%
21-25	8	0,004%
26-30	2	0,001%
31-35	2	0,001%
41-45	1	0,001%
46-51	2	0,001%
Total general	195878	100,0%

Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

El 64,28% de los accionantes (125.909), presentaron una sola pretensión dentro de sus acciones de tutela, lo que indica que una gran mayoría de la población afectada tiene en su momento una necesidad específica dentro del sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS).

El 34,99%, de las personas (68.537) presentaron entre 2 y 6 pretensiones, cifras que al sumarse indican que el 99,27% de personas solicitaron entre 1 y 6 pretensiones dentro de las acciones de tutela que interpusieron por vulneración al derecho de la salud.

Solo el 0,66%, (1.289) personas han presentado entre 7 y 10 pretensiones, lo que indica un menor porcentaje de casos con una situación más compleja de vulneración de su derecho fundamental a la salud.

Excepcionalmente, se observa que, un número muy reducido de personas, es decir, el 0,07% (7) han presentado más de 12 pretensiones, llegando incluso a cifras extremas de hasta 46-51 pretensiones que solicitaron dos accionantes. El máximo de las 51 pretensiones que se reporta para una persona lo realiza en 13 tutelas; en cuanto a la persona que presentó 48 pretensiones, interpuso 12 tutelas en el año.

Con base en este análisis, se concluye que predominan las acciones de tutela con una sola pretensión, la mayoría de las tutelas buscan solucionar un único problema de salud, lo que podría indicar que muchas personas presentan estos

recursos para acceder a medicamentos, tratamientos, procedimientos y tecnologías específicas.

Aunque son menos frecuentes las tutelas que presentan múltiples pretensiones, se pueden deber a varias razones como fallas en el sistema de salud, la condición particular de las personas y la respuesta institucional ante las solicitudes médicas.

En cuanto a las fallas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se encuentra la negación, demora y postergación de Servicios, procedimientos o medicamentos, razón por la cual, las personas deben solicitar múltiples autorizaciones para recibir atención integral.

Cuando un paciente enfrenta una enfermedad compleja, es posible que le nieguen varios elementos de su tratamiento al mismo tiempo, lo que lo lleva a presentar una tutela con múltiples pretensiones.

Otro caso que podría generar la solicitud de múltiples pretensiones en una acción de tutela, tiene que ver con las enfermedades de alto costo y tratamientos especiales, por ejemplo, para enfermedades como el cáncer, VIH/SIDA, insuficiencia renal, enfermedades huérfanas, entre otras. Muchas veces, el sistema de salud no cubre todos los elementos necesarios para el tratamiento (medicamentos, insumos, terapias), o no autoriza tratamientos integrales o exige trámites administrativos e impone barreras que retrasan la atención y ponen en riesgo la vida de los pacientes.

Todo esto, lleva a que una persona con una enfermedad crónica, grave o degenerativa, termine solicitando un gran número de pretensiones en una misma tutela, buscando acceso a cada uno de los servicios que requiere para mejorar su estado de salud.

Otro problema frecuente, es la demora en la entrega de medicamentos, citas con especialistas, cirugías o exámenes diagnósticos. Algunas EPS y hospitales tienen listas de espera largas, lo que obliga a los pacientes a interponer acciones de tutela para recibir atención oportuna.

6.1.3 Análisis de las acciones de tutela por accionante

En el contexto de la protección de los derechos fundamentales en Colombia, la acción de tutela se ha considerado como un mecanismo clave para que las personas defiendan sus derechos ante cualquier vulneración. El análisis del promedio de las acciones de tutela interpuestas por cada accionante por vulneración del derecho fundamental a la salud durante el año 2024, permite identificar tendencias, patrones y áreas de preocupación en cuanto al acceso y

efectividad de este recurso. A través de este análisis, se busca comprender cómo las personas han recurrido a la tutela para proteger su derecho a la salud, así como el tipo de derechos más solicitados y las implicaciones sociales y jurídicas de estas demandas.

Tabla 17. Distribución acciones de tutela por cada accionante.

Tutelas	Personas	Porcentaje
1	163.274	83,35%
2	26.615	13,59%
3	4.374	2,23%
4	1.054	0,54%
5	325	0,17%
6	116	0,06%
7	53	0,027%
8	27	0,014%
9	11	0,006%
10	9	0,005%
11	9	0,005%
12	4	0,002%
13	1	0,001%
14	1	0,001%
15	2	0,001%
18	1	0,001%
19	1	0,001%
30	1	0,001%
Total general	195.878	100,0%

Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

La gran mayoría de las personas, es decir el 83.35%, (163.274) han presentado solo una acción de tutela, un 16.58% (32.484) ha presentado entre 2 y 6 tutelas. Lo que quiere decir que, sumando los porcentajes; el 99.94% de las personas han presentado entre 1 y 6 tutelas. A medida que aumenta el número de tutelas

por persona, el porcentaje de personas disminuye, el 0.051% de personas han interpuesto entre 7 y 10 tutelas.

La mayoría de las personas afectadas solo requirieron acudir a la tutela en una ocasión para resolver su problema de salud, lo que indica que con esa única vez su solicitud fue resuelta de forma favorable y suficiente.

6.1.4 *Análisis de las acciones de tutela por curso de vida de los accionantes*

Este apartado presenta un análisis detallado de las personas beneficiarias de las acciones de tutela en salud, resaltándolas como una unidad fundamental de estudio. A través de este análisis, se describen las características demográficas de quienes interponen estas acciones, permitiendo identificar patrones que orienten mejoras en las políticas de salud.

El enfoque basado en el curso de vida permite comprender las necesidades y desafíos específicos que enfrentan los individuos en cada momento de la vida, destacando cómo las intervenciones pueden impactar a futuras generaciones. Se identificaron los siguientes momentos de curso de vida: prenatal y nacimiento, primera infancia (0-5 años), infancia (6-11 años), adolescencia (12-17 años), juventud (18-28 años), adultez (29-59 años) y vejez (60 años y más). En cada uno de estos momentos, las intervenciones en salud deben adaptarse para garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud y reducir vulnerabilidades.

En el análisis de las acciones de tutela en salud, se observó que la mayoría de los casos fueron interpuestos por personas en la vejez, representando el 41,1% (97.386 tutelas). En segundo lugar, se encuentra la Adultez con un 38,6% (91.546 tutelas). Esto refleja una mayor carga de enfermedad en estos grupos etarios, donde las enfermedades crónicas y la necesidad de tratamientos prolongados incrementan la dependencia del sistema de salud. La infancia, primera infancia y adolescencia en conjunto representan un 12.9% del total de tutelas (30.505). La juventud representa un 7,5% (17.756).

Tabla 18. Distribución de Acciones de Tutela por Ciclo de Vida

Momentos del curso de vida	Total Tutelas	Porcentaje
Primera infancia	10553	4,4
Infancia	10658	4,5
Adolescencia	9294	3,9
Juventud	17756	7,5

Momentos del curso de vida	Total Tutelas	Porcentaje
Adultez	91546	38,6
Vejez	97386	41,1
SD	17	,0
Total	237210	100,0

Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

6.2 Caracterización de los problemas jurídicos de las tutelas

La Honorable Corte Constitucional por medio de la sentencia T-780 de 2008, abordó las fallas evidenciadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), señalando la necesidad urgente de adoptar medidas que garantizaran una protección efectiva al derecho a la salud. En este contexto, la Corte impartió la orden trigésima al Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual, le encomendó la obligación de realizar un reporte anual de medición de las acciones de tutela interpuestas para proteger el derecho a la salud, con el fin de medir la eficacia del sistema y mejorar su funcionamiento.

A partir del registro de tutelas que llegan a la Honorable Corte Constitucional, este ministerio calculó una muestra y recogió la información descrita en el capítulo 1; sin embargo, a partir de la recomendación de esta Corporación de generar una fuente propia se expidió la Circular Externa 001 de 2025.

En este capítulo, se procederá a realizar el estudio y análisis detallado de la caracterización de la tutela como unidad de observación durante el año 2024, con especial énfasis en el comportamiento de la misma. Aquí, se describirá la correlación entre la acción de tutela junto con los accionantes, las causas que motivaron la interposición de estas acciones y las pretensiones solicitadas con un enfoque jurídico que permita interpretar y comprender las situación y comportamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que origina las acciones de tutelas presentadas por las personas y cómo influye en la protección efectiva del derecho a la salud.

Este estudio se complementará con datos y cifras precisas que fueron extraídas del reporte estadístico que obtuvo este ministerio a partir de la expedición de la Circular Externa 001 de 2025, que estableció las directrices para el registro y análisis de las acciones de tutela.

6.2.1 Análisis de los problemas jurídicos correspondiente a las acciones de tutelas

Para año 2024, se identificaron varias causas que originaron la interposición de acciones de tutela por la vulneración del derecho a la salud, de las **237.210** acciones de tutela reportadas en la Circular Externa 001 de 2025. De acuerdo con la distribución porcentual de las causas en el año 2024, se observó que el **40,9%** corresponden al problema jurídico número nueve, el **18,7%** al problema jurídico número catorce (14) y el **13,6%** al problema jurídico número uno. Según el análisis de la distribución porcentual de estas causas, se evidenció que el **80%** de los problemas jurídicos estaban relacionados con servicios ya financiados por el Plan de Beneficios en Salud (PBS), mientras que el **20%** restante correspondía a prestaciones no incluidas dentro de dicha cobertura.

Particularmente, el problema jurídico **nueve** fue el más recurrente dentro de las acciones de tutela presentadas. En este caso, las pretensiones de los demandantes no estuvieron orientadas a las solicitudes de servicios adicionales o no financiados por el PBS, sino a la exigencia del acceso oportuno a los servicios y tecnologías ya contempladas dentro del PBS. Esto evidencia como los retrasos y barreras administrativas generan la necesidad de recurrir a la vía judicial como mecanismo para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

Tabla 19. Distribución porcentual de los problemas jurídicos de las acciones de tutela interpuestas a las entidades obligadas a reportar, Colombia, 2024

Problema Jurídico	Número	Porcentaje
9. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas, al permitir que la mayoría de las decisiones judiciales que protegen el acceso a los servicios de salud, tengan que ocuparse de garantizar el acceso a servicios contemplados en los planes obligatorios de salud, ya financiados? – falta de oportunidad	117.625	40,9
14. ¿Desconoce el derecho a la salud una EPS o IPS al no prestar los servicios implícitamente incluidos en el nuevo POS?	53.751	18,7
1. ¿Desconoce el derecho a la salud una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios ordenados por el médico tratante, cuando no autoriza a una persona un servicio que requiere y no puede costearlo por sí misma, por el hecho de que no se encuentra incluido en el Plan de Beneficios en Salud -PBS?	39.135	13,6
4. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas al permitir que se mantenga la incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del plan obligatorio de salud, teniendo en cuenta las controversias que esta incertidumbre produce y su impacto negativo en el acceso oportuno a los servicios de salud?	17.710	6,2
16. Acciones de tutela en la que se reclaman servicios, tecnologías e insumos expresamente excluidos.	11.244	3,9

Problema Jurídico	Número	Porcentaje
17. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud y al mínimo vital de un afiliado, la entidad aseguradora, encargada de garantizar el pago de las prestaciones económicas derivadas de las incapacidades médicas, licencia de maternidad y paternidad, cuando se niega a autorizarlas por trámites administrativos, pese haber cotizado de manera oportuna?	11.188	3,9
8. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud, al interrumpir el suministro de los mismos porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado?	8.572	3,0
13. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas que requieren con necesidad un servicio de salud, diferente a medicamentos, al no haber fijado y regulado un procedimiento mediante el cual la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio garantice el acceso efectivo al mismo?	6.905	2,4
7. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizar el acceso a una prestación social derivada de su estado de salud (incapacidades laborales), cuando se niega a autorizarlo porque en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello?	5.091	1,8
5. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona una entidad que no le autoriza el acceso a un servicio de salud que aquella requiere, hasta tanto no cancele el pago moderador que corresponda reglamentariamente, incluso si la persona carece de la capacidad económica para hacerlo?	3.839	1,3
3. ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle la prestación del servicio requerido cuando fue ordenado por un médico que no está adscrito a la entidad respectiva, pero es especialista en la materia y trataba a la persona?	3.804	1,3
10. ¿Viola un órgano del Estado el derecho de petición de una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud así como el derecho a la salud de los afiliados y beneficiarios del sistema de protección, al negarse a responder de fondo una petición para remover un obstáculo en uno de los trámites necesarios para asegurar el adecuado flujo de los recursos y, por tanto, sostener las condiciones indispensables para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en razón a que el órgano estatal respectivo se considera incompetente?	3.345	1,2
18. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud cuando la entidad aseguradora no verifica la información de sus afiliados en sus bases de datos, para reportarla a la BDUA, lo cual genera inconsistencias que posteriormente conllevan a barreras y/o	2.795	1,0

Problema Jurídico	Número	Porcentaje
demoras en los trámites administrativos de afiliación, traslado, movilidad o portabilidad?		
15. ¿Se desconoce el derecho a la salud del paciente al no implementar en el nuevo sistema las reglas fijadas por la Ley para determinar las exclusiones?	1.536	0,5
12. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas que son beneficiarias del régimen subsidiado, por no haber tomado las medidas para garantizar que puedan acceder a un plan de servicios de salud que no difiera de los contenidos contemplados en el plan obligatorio de salud para el régimen contributivo?	562	0,2
11. ¿Desconoce el derecho a la salud una entidad que se niega a afiliarse a una persona, a pesar de haberse cumplido el tiempo necesario para poder trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica y, por tanto, debería esperar más tiempo para poder trasladarse?	311	0,1
6. ¿Desconoce el derecho a la salud, especialmente, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios requeridos, cuando no autoriza a un niño o una niña un servicio que requiere y sus responsables no lo pueden costear, por el hecho de que no se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud o porque la vida o la integridad personal del menor no dependen de la prestación del servicio?	294	0,1
2. Este problema se fusionó con el Problema Jurídico N°1.	218	0,1
Total	287.925	100,0

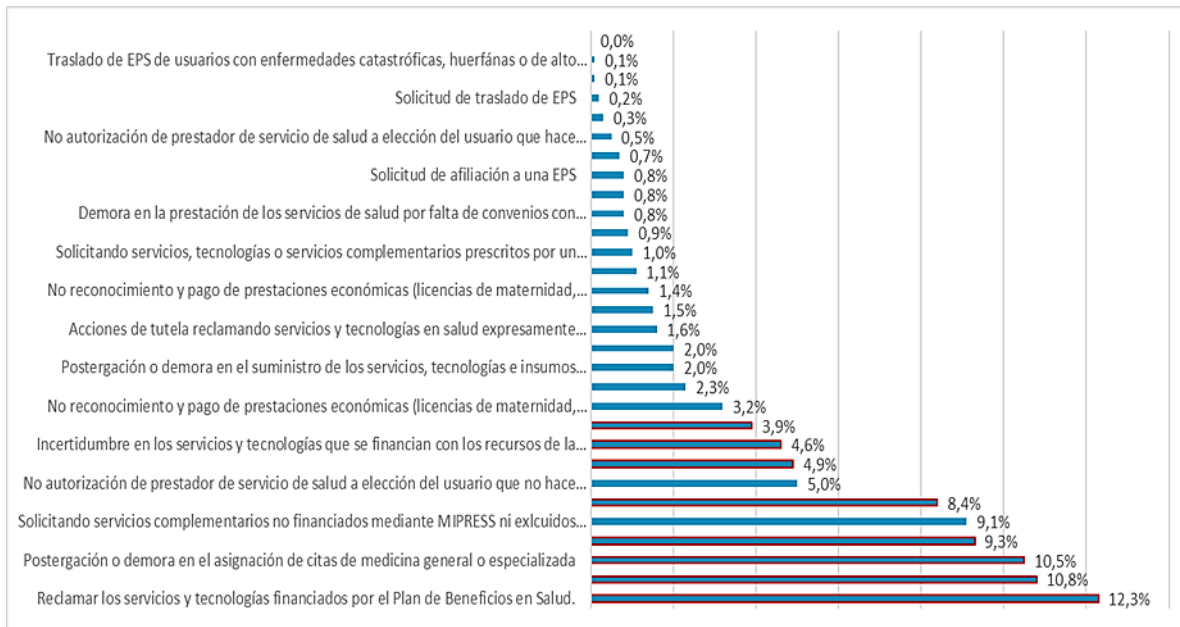
Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

6.3 Caracterización de las causas de las tutelas

Las causas reportadas por las entidades, proporcionaron un informe claro para el análisis, permitiendo comprender con mayor precisión las situaciones de donde se originan las tutelas en salud, lo que facilita la comprensión de las coyunturas en el sistema de salud y posibilita la implementación de estrategias más efectivas para abordar los problemas.

Del año 2024, las entidades de salud reportaron un total de 307,269 causas, lo que equivale a un promedio de 1,3 causas por cada acción de tutela presentada, y aproximadamente 1,04 pretensiones por cada causa de problema jurídico identificada.

Gráfica 12. Distribución porcentual de las causas por problemas jurídicos



Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

De acuerdo con el reporte proporcionado por las entidades en cumplimiento de la Circular Externa No. 001 de 2025, las causas más recurrentes para la vigencia 2024 se refieren a la postergación y demora en los servicios, tecnologías y procedimientos que se encuentran incluidos en el plan de beneficios de salud (PBS) con un 64.7%, Esto demuestra las falencias del sistema en cuanto a la autorización, asignación de citas, realización de procedimientos o entrega de medicamentos, lo que ha derivado en la imposibilidad de acceso oportuno a los servicios de salud por parte de los usuarios del sistema general de seguridad social en salud.

Así mismo, se observa que las causas relacionadas con la no autorización de servicios o tecnologías prescritas por el médico tratante por MIPRES, o servicios complementarios no financiados plan de beneficios en salud, mediante MIPRES y tampoco excluidos, representan un 18.6% de las tutelas interpuestas, lo que señala una deficiencia administrativa en el sistema, al no poder ofrecer a los usuarios la posibilidad de acceder a los procedimientos que requieren.

6.4 Caracterización de las pretensiones de las tutelas

Cada acción de tutela interpuesta por un beneficiario se clasifica según categorías definidas por la Corte Constitucional. Estas categorías no solo abarcan problemas jurídicos específicos, sino que también permiten un análisis del

problema, causas, y los posibles efectos de su vulneración. Es en este contexto, donde el demandante plantea una pretensión específica, que representa la solicitud concreta de intervención para remediar la vulneración alegada.

En vigencia 2024, las entidades de salud reportaron un total de **318.040** pretensiones, lo que equivale a un promedio de **1,6** pretensiones por cada acción de tutela presentada. De acuerdo con el reporte realizado por las entidades de la Circular Externa No. 001 de 2025, del total de las pretensiones reportadas en las tutelas, la más frecuente corresponde a citas médicas con un **18,6%**, le siguen las solicitudes de procedimientos y tecnologías en salud con el **15,7%**, y pretensiones de medicamentos con el **11,1%**.

Tabla 20. Distribución porcentual de las pretensiones reportadas por las entidades obligadas a reportar, Colombia, 2024

Pretensiones	Número	Porcentaje
Citas médicas	59.059	18,6
Procedimientos y tecnologías	49.994	15,7
Otras pretensiones	40.035	12,5
Medicamentos	35.306	11,1
Servicio complementario	30.098	9,5
Servicio transporte, viáticos, alimentación y hospedaje	21.675	6,8
Prestaciones económicas	12.543	3,9
Exámenes	12.176	3,8
Atención domiciliaria	9.437	3
Continuidad en la prestación de los servicios	9.109	2,9
Tratamiento integral	6.861	2,2
Maestro sombra o sombra terapéutica	4.530	1,4
Servicio de enfermería o cuidador	4.377	1,4
Terapias	3.792	1,2
Medicamentos UNIRS	3.299	1
Exoneración de copagos y cuotas moderadoras	3.260	1
Alimentos con propósito médicos nutricionales	2.258	0,7

Pretensiones	Número	Porcentaje
Insumos, dispositivos, materiales quirúrgicos u otros necesarios para la realización de procedimientos	2.012	0,6
Afiliación a EPS	1.966	0,6
Implementos de aseo	1.708	0,5
Libre escogencia de la IPS	1.171	0,4
Derecho a escoger médico tratante	1.014	0,3
Traslado de EPS	882	0,3
Movilidad o portabilidad	846	0,3
Solicitud de financiación de los servicios de salud a petición del beneficiario	342	0,1
Tratamiento estético con finalidad funcional	270	0,1
Terapias con enfoque diferente de ABA	20	0
Total	318.040	100

Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

De acuerdo a lo anterior, el 61,1% de las pretensiones están relacionadas con servicios de salud financiados por el PBS, mientras que un 23,9% corresponden a servicios no financiados o expresamente excluidos de la cobertura. Esta situación genera una incidencia en la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ya que la destinación de recursos a cubrir este 23,9% de servicios no financiados afecta la disponibilidad y eficiencia de los fondos dirigidos a la prestación de servicios garantizados dentro del PBS, lo que puede generar desequilibrios financieros y afectar la equidad en el acceso a los servicios de salud.

6.4.1 *Análisis de las pretensiones por causas enmarcadas en la Circular Externa 001 de 2025.*

Este análisis permitió comprender con mayor claridad y precisión el comportamiento de las acciones de tutelas en salud con relación a las pretensiones de los accionantes, facilitando la identificación de estrategias más efectivas para abordar los problemas e identificar algunos patrones comunes entre las pretensiones y el problema jurídico más vulnerado, logrando identificar las barreras que impiden el goce efectivo al derecho a la salud.

Para el año 2024, las entidades reportaron un total de 307.269 causas con 318.040 pretensiones en las acciones de tutelas interpuestas, lo que corresponde en promedio a 1,04% pretensión por causas asociadas a los problemas jurídicos.

En el análisis de las distribuciones de las pretensiones, se observa que la más recurrente corresponde a las **citas médicas** con el 18,6% (59.059). Esta pretensión se vincula principalmente con la causa postergación o demora en la asignación de citas de medicina general o especializada con un 47,30% (27.936), seguida de reclamar los servicios y tecnologías financiados por el Plan de Beneficios en Salud con 22,32% (13.180) y tercer lugar por demora en la autorización de citas de medicina especializada, procedimientos y tecnologías en salud con el 17,81% (10516).

La segunda pretensión que se registra mayor frecuencia corresponde a **procedimientos y tecnologías** con el 15,7% (49.994), relacionada con las causas de postergación o demora en la realización de procedimientos médicos autorizados por la EPS con un 59% (29.385), un 19% (9.446) por demora en la autorización de citas de medicina especializada, procedimientos y tecnologías en salud, y como tercera causa, por demora en la prestación de servicios y tecnologías en salud requeridos por los niños y niñas de primera infancia e infancia (de 0 días a 11 años, 11 meses y 29 días), de acuerdo con el curso de vida con un 5% (2285).

La tercera pretensión corresponde a **medicamentos** con el 11,1% (35306). Dentro de las causas más relevante se encuentran postergación o demora en la entrega de medicamentos con el 0,8% (27.358) y solicitando servicio o tecnología cuya prescripción por el médico tratante no se ordenó a través del aplicativo MIPRES con el 0,1% (3.597).

6.5 Análisis de las acciones de tutela en primera, segunda instancia y desacato

En el contexto de las acciones de tutela, primera instancia se refiere al primer nivel o etapa del proceso judicial en el que se tramita la acción de tutela. Cuando una persona interpone una tutela, el juez de primera instancia es el encargado de revisar el caso y emitir una decisión inicial sobre si concede o no la protección del derecho vulnerado.

La decisión tomada en primera instancia puede ser apelada por las partes involucradas ante un juez de segunda instancia. Así, la primera instancia, es el primer paso del procedimiento judicial, en el que se toma una decisión preliminar

sobre el caso, la cual puede ser revisada en una segunda instancia si alguna de las partes lo solicita.

Por otro lado, el desacato judicial hace referencia al incumplimiento de una orden judicial relacionada con una acción de tutela. Cuando una persona o entidad no acata una decisión de tutela que ha sido emitida por un juez, se considera que está en desacato. Esto es muy relevante porque la acción de tutela tiene como objetivo proteger de manera urgente los derechos fundamentales de las personas y su cumplimiento es esencial para que se haga efectiva la protección del derecho a la salud.

Si una persona o entidad desobedece una orden de tutela, el juez puede imponer sanciones, que van desde la imposición de multas hasta la orden de arresto en casos extremos. El desacato tiene como propósito asegurar que las decisiones judiciales sean respetadas y ejecutadas, garantizando así la efectividad de la justicia.

La siguiente tabla muestra las estadísticas de decisiones de tutelas en primera instancia.

Tabla 21. Relación de fallos de tutelas de primera instancia con su decisión

Decisión de primera instancia	Nº de tutelas	%
Concede total	172.592	72,8%
Concede parcial	30.740	13%
Declara hecho superado	25.818	10,9%
No conoce la decisión de primera instancia	8.060	3,4%
Total	237.210	100%

Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

De acuerdo con esta información, en primera instancia se concede un total de 172.592 tutelas equivalente al 72,8%. En cuanto a la decisión relacionada con conceder parcialmente se fallaron 30.740 tutelas equivalente a 13%, lo que significa que, en estos casos, se reconoce algunas pretensiones, pero otras no.

Lo operadores judiciales declararon hecho superado en el 10,9% de los casos, al considerar que la situación que motivó la tutela ya no existe, por lo que no es necesario conceder un amparo.

En términos generales, el alto porcentaje de tutelas concedidas total o parcialmente (85,8%) indica que una gran parte de los accionantes que interponen la acción de tutela, logran el reconocimiento de su derecho a la salud

en primera instancia, lo cual hace que esta acción sea tan usada por las personas, además, se debe tener en cuenta que, **aspectos como mayor acceso a la información y la creciente concienciación social sobre los derechos fundamentales, impulsados por el uso masivo de internet y las redes sociales, ayudan con el incremento de las acciones de tutela.**

Las personas, antes de interponer una acción de tutela, pueden consultar en internet sobre sus derechos y las formas de hacerlos valer. Este acceso se ve favorecido por los sitios web, foros y plataformas digitales que brindan orientación legal sobre cómo presentar una tutela. Además, las plantillas y guías paso a paso para la interposición de acciones de tutela están disponibles en diversas plataformas, lo que ha simplificado el proceso para los ciudadanos. Esta accesibilidad a herramientas legales ha permitido que, incluso personas sin alto grado de educación presenten acciones de tutela de manera más eficiente, reduciendo las barreras para el acceso a la justicia.

De otra parte, las redes sociales han jugado un papel fundamental en la difusión de información sobre el derecho a la salud, protegido constitucionalmente, a través de estos medios, organizaciones sociales, abogados y ciudadanos informados; comparten casos, orientaciones y consejos sobre cómo hacer valer este derecho. Esta difusión constante de información sobre la salud como derecho fundamental, ha creado un ambiente de mayor sensibilización en la población, lo que lleva a que más personas se sientan empoderadas para exigir la protección de su derecho mediante la acción de tutela.

De acuerdo con la Ley 1751 de 2015, el derecho a la salud es un derecho fundamental que el Estado debe garantizar y esto se ha vociferado en los debates públicos y a través de plataformas como Twitter, Facebook, Instagram y otros medios digitales. Mediante estos, las personas toman conciencia de que tienen el derecho a ser atendidas de manera adecuada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y pueden recurrir a la tutela si sienten vulnerado este derecho.

En el contexto de la salud, la Corte Constitucional ha establecido reiteradamente que el derecho a la salud es irrenunciable y debe ser protegido de manera efectiva. Así, las tutelas se han convertido en un medio accesible y rápido para que las personas puedan exigir el cumplimiento de sus derechos, especialmente cuando consideran que los servicios de salud no les son proporcionados adecuadamente o cuando las EPS niegan o retrasan tratamientos esenciales.

6.5.1 Análisis del Comportamiento de las tutelas en segunda instancia

La impugnación de una tutela se presenta cuando no se está de acuerdo con la decisión de primera instancia y su objetivo es revocar, modificar o anular lo impugnado.

Este mecanismo permite a los ciudadanos y a las partes de un proceso, ejercer su derecho de defensa y garantizar que las decisiones se ajusten a la ley y a los principios de justicia.

Tabla 22. Acciones de tutela en segunda instancia

Actuación			Decisión				Total
			Concede total	Concede parcial	Declara hecho superado	No se conoce la decisión de primera instancia	
Impugnación	SI	Nº Tutelas	38.073	4.245	2.573	182	45.073
		% de Impugnación	84,50%	9,40%	5,70%	0,40%	100%
		% de la decisión	22,1%	13,8%	10,0%	2,3%	19,0%
	NO	Nº Tutelas	134.519	26.495	23.245	7.878	192.137
		% de Impugnación	70,0%	13,8%	12,1%	4,1%	100%
		% de la decisión	77,9%	86,2%	90,0%	97,7%	81,0%
Total		Nº Tutelas	172.592	30.740	25.818	8.060	237.210
		% de Impugnación	72,8%	13,0%	10,9%	3,4%	100%
		% de la decisión	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

La tabla anterior, presenta datos sobre el comportamiento de la impugnación de las tutelas que se interpusieron por vulneración al derecho a la salud en el año 2024 y desglosa las decisiones tomadas en la primera instancia en cuatro categorías: concede parcial, concede total, declara hecho superado, y no conoce la decisión de primera instancia.

Del total de las 237.210 tutelas analizadas el 19% (45.073) fueron impugnadas, lo que significa que la mayoría de las personas estuvieron conformes con la decisión adoptada en primera instancia.

Ahora bien, analizando las tutelas que fueron impugnadas, el 84.5% (38.073) fueron concedidas totalmente, el 9.4% (4.245) fueron concedidas parcialmente y solo el 5.7% (2.573) se impugnaron por declaración de hecho superado.

De otro lado, de las tutelas que no fueron impugnadas que equivalen a un 81% (192.137), el 70% fueron concedidas totalmente, el 13.8% fueron concedidas parcialmente y el 12.1% declararon el hecho superado.

Lo anterior, nos arriba a la conclusión de que las tutelas impugnadas tienen una tasa de éxito en la concesión total correspondiente al 84.5%.

6.5.2 Análisis de los incidentes de desacato

Esta tabla que se presenta a continuación, muestra la información sobre el incidente de desacato, que tiene lugar cuando no se cumple una orden de tutela y se requiere una acción adicional para garantizar su cumplimiento.

Tabla 23. Relación de incidentes de desacato interpuestos

Incidente de desacato	Tutelas	Porcentaje
Si	24.360	10,3%
No	212.850	89,7%
Total	237.210	100%

Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

Se instauraron incidentes de desacato en el 10,3% de los casos (2.436 tutelas), lo que significa que un alto porcentaje de las tutelas concedidas se cumplen, es decir el 89,7%, por parte de las entidades responsables sin necesidad de la intervención adicional.

El cumplimiento se puede atribuir a varias razones, una de ellas podría ser la concientización de las entidades sobre la obligación de acatar las órdenes judiciales, especialmente cuando se trata de derechos fundamentales como el acceso a la salud, que está protegido constitucionalmente. Las instituciones pueden estar cada vez más comprometidas con el respeto a la ley y a la protección de los derechos de los ciudadanos, lo que reduce la necesidad de recurrir a medidas coercitivas como el incidente de desacato.

El cumplimiento de las tutelas también puede ser facilitado por el marco normativo y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, pues ha sido clara en señalar que las tutelas son mecanismos urgentes de protección de derechos fundamentales y que deben cumplirse de manera inmediata. Este enfoque de la Corte, que otorga prioridad a la protección de los derechos fundamentales, puede generar un entorno donde las entidades responsables, en particular las del sector salud, se ven obligadas a dar cumplimiento rápido a las decisiones judiciales para evitar mayores sanciones. Pues la existencia de sanciones legales frente al desacato, también actúa como un incentivo para el cumplimiento.

Las consecuencias jurídicas que puede acarrear el desacato, como las sanciones económicas o el arresto de los funcionarios responsables, pueden ser suficientes para que las entidades tomen medidas adecuadas para acatar las órdenes judiciales de manera oportuna. Esta posibilidad de sanción refuerza la necesidad de cumplimiento sin la intervención de un incidente de desacato, favoreciendo una cultura de respeto por las decisiones judiciales.

Para los beneficiarios de las tutelas, el cumplimiento previo al desacato es una señal positiva del compromiso de las instituciones públicas y privadas con la protección de sus derechos. Esto significa que la mayoría de las personas que recurren a la acción de tutela no necesitan pasar por un proceso adicional.

7 LA RESPUESTA

A continuación, se relacionan las medidas adoptadas para mitigar las causas de las tutelas según la agrupación de los problemas jurídicos establecidos por medio de la sentencia T-760 de 2008:

7.1 Problema Jurídico 1

¿Desconoce el derecho a la salud una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios ordenados por el médico tratante, cuando no autoriza a una persona un servicio que requiere y no puede costearlo por sí misma, por el hecho de que no se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud?

Para mitigar la interposición de tutelas y mejorar el acceso a los servicios de salud, cuando se presenta la solicitud de servicios no financiados por la Unidad de Pago por Capacitación (UPC), el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó las siguientes estrategias durante la vigencia del 2024:

Por medio de la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento, este Ministerio expidió la Resolución 2366 de 2023, que actualiza el Plan de Beneficios en Salud (PBS), con la cual se actualizaron los servicios y tecnologías financiadas con recursos de la UPC, incluyendo:

- Ampliación de cobertura en el traslado de pacientes por vía terrestre, aérea y acuática para garantizar la continuidad en la atención.
- Inclusión de nuevos procedimientos y medicamentos, con base en la evidencia científica y las necesidades priorizadas por las sociedades médicas.

Dicha resolución indica expresamente cuáles servicios y tecnologías en salud se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación y año tras año expide una norma actualizando los servicios incluidos en el PBS.

De otro lado, en el 2017, con la Resolución 330, el Ministerio de Salud y Protección Social inició la expedición de una serie de normas para indicar los servicios y tecnologías en salud que no serán financiados con recursos públicos asignados a la salud, es decir, aquellos que se encuentran expresamente excluidos del PBS. Posteriormente, mediante la Resolución 318 de 2023 se actualizó el procedimiento técnico-científico para determinar las mencionadas exclusiones.

Además de definir las exclusiones, mediante las resoluciones anuales se busca ampliar la lista de servicios y tecnologías en el PBS o regularlas por presupuesto máximo, con la finalidad de mejorar la claridad en cuanto a la cobertura de salud, contribuyendo a su vez a un acceso más efectivo a este derecho.

Ahora bien, conforme con la información recolectada por medio del análisis de la base de datos de tutelas, revela que este problema sigue siendo uno de los más recurrentes en el sistema de salud, pues conforme con la tabla que se muestra a continuación, se reportó un total de 39135 tutelas por este problema jurídico durante la vigencia 2024, equivalente a (13,6%) del total.

En procura de prevenir acciones que vulneren el derecho a la salud por parte de los diferentes actores del sector salud, y con ello, reducir la interposición de tutelas, el Ministerio expidió la Resolución 740 de 30 de abril de 2024, *“Por la cual se actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con recursos de la UPC y se dictan otras disposiciones”*

En este sentido, también expidió la Resolución 067 de 21 de enero de 2025, “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”,

permitiendo, entre otros, la prescripción de servicios complementarios como transporte ambulatorio no cubierto, cuando sea requerido por el paciente; la agilización del acceso a estos servicios mediante la herramienta MIPRES, con cargo al presupuesto máximo asignado a las EPS; entre otros.

En ese sentido, a través del contrato interadministrativo 1594 de 2023 suscrito con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS, este Ministerio procuró identificar a través de una revisión sistemática de la literatura los usos no incluidos en los registros sanitarios de algunos medicamentos, aprobados por otras agencias regulatorias de referencia internacional o que cuenten con la evidencia científica que soporte la eficacia o efectividad y seguridad del uso no incluido en el registro, según lo disponen los Decretos 677 de 1995 y 1782 de 2014.

Al tenor del marco normativo vigente y del precedente de la Corte Constitucional, se concluye que; una entidad encargada de garantizar la prestación de servicios de salud vulnera el derecho fundamental a la salud, cuando niega un servicio prescrito por el médico tratante bajo el único argumento de que no está incluido en el PBS, sin considerar los mecanismos alternativos de financiación dispuestos por la legislación, como es el caso de MIPRES, que permite prescribir medicamentos por fuera del PBS.

Ahora bien, de acuerdo con la Ley 1751 de 2015 y la jurisprudencia constitucional, las EPS y las IPS deben garantizar la prestación del servicio requerido, salvo que este se encuentre expresamente excluido o su acceso represente un riesgo desproporcionado para la sostenibilidad del sistema. En la actualidad, el sistema cuenta con diversas fuentes de financiación, como la UPC, los presupuestos máximos y, en algunos casos, la figura del recobro, que permiten la cobertura de servicios y tecnologías no contemplados en el PBS. Por tanto, la negativa injustificada de un servicio médico necesario puede derivar en la vulneración del derecho fundamental a la salud y, en consecuencia, ser objeto de tutela.

7.2 Problema Jurídico 2

¿Vulnera el derecho a la salud la interpretación restrictiva del POS, según la cual se entienden excluidos los insumos no mencionados expresamente en el POS, y procede en consecuencia su recobro ante el FOSYGA cuando son ordenados por un juez de tutela?

Este problema se fusionó con el problema jurídico número 1 (218 tutelas, correspondientes al 0,1%). Cabe señalar que, los derechos fundamentales están enmarcados dentro del Estado Social de Derecho y, en consecuencia, están sujetos al ordenamiento jurídico vigente. Por esta razón, en principio, la negativa a prestar un servicio excluido no constituiría, por sí misma, una vulneración directa del derecho a la salud.

Sin embargo, la situación es diferente cuando la prestación del servicio es ordenada por un juez de la República, el cual valora y evalúa las particularidades de cada caso puntual, con base a su poder discrecional. En estos casos, los prestadores actúan en cumplimiento de una orden judicial, y no simplemente con base en la normativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

7.3 Problema Jurídico 3

¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle la prestación del servicio requerido cuando fue ordenado por un médico que no está adscrito a la entidad respectiva, pero es especialista en la materia y trataba a la persona?

Uno de los principales retos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha sido la garantía efectiva de los servicios prescritos por médicos especialistas que no hacen parte de la red de prestadores de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), lo cual se refleja en las 3.804 tutelas (1,3%) que en 2024 se interpusieron citando el Problema Jurídico 3; a pesar de que la Corte Constitucional ha señalado en reiteradas ocasiones, particularmente en la Sentencia T-760 de 2008, que la negativa automática de las EPS a reconocer órdenes médicas externas vulnera el derecho fundamental a la salud.

Entendiendo que, en ocasiones, la consulta a especialistas por fuera de la red proporcionada por las EPS, responde a las dificultades en el acceso a los servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección, como lo describe en su Informe de Gestión en 2024, implementó en esa anualidad, varias acciones que se describen

ampliamente en la sección correspondiente al Problema Jurídico 9 de este capítulo.

7.4 Problema Jurídico 4

¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas al permitir que se mantenga la incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del plan obligatorio de salud, teniendo en cuenta las controversias que esta incertidumbre produce y su impacto negativo en el acceso oportuno a los servicios de salud?

Adicional a las estrategias planteadas en la sección correspondiente al problema jurídico 14 de este capítulo, mediante las resoluciones anuales, el Ministerio busca ampliar la lista de servicios y tecnologías en el PBS o regularlas por presupuestos máximos, ajustando de manera continua tanto los servicios cubiertos como los excluidos del PBS, con la finalidad de mejorar la claridad en cuanto a la cobertura en salud y contribuir a su vez a un acceso más efectivo a este derecho.

Específicamente, en el 2024 se interpusieron 17.710 acciones de tutela relacionadas con este problema jurídico, correspondientes al 6.2%.

7.5 Problema Jurídico 5

¿Desconoce el derecho a la salud de una persona una entidad que no le autoriza el acceso a un servicio de salud que aquella requiere, hasta tanto no cancele el pago moderador que corresponda reglamentariamente, incluso si la persona carece de la capacidad económica para hacerlo?

Este Ministerio ha desarrollado y fortalecido mecanismos normativos orientados a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, asegurando el ejercicio efectivo del derecho a la salud tanto para la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como para la población no asegurada en condición de vulnerabilidad.

Bajo esta perspectiva, la regulación de los pagos compartidos, copagos y cuotas moderadoras ha evolucionado en respuesta a los requerimientos jurídicos y administrativos en el sector salud, como se evidencia en las diferentes disposiciones normativas emitidas al respecto por este Ministerio.

Desde la promulgación de la Ley 100 de 1993, se estableció que los afiliados al SGSSS estarían sujetos al pago de cuotas moderadoras y pagos compartidos o

copagos, cuyos recursos tendrían como objetivo racionalizar el uso de los servicios de salud (para el caso de los cotizantes) y para complementar el PBS – UPC, para entonces POS (en el caso de los beneficiarios, a quienes no aplican las cuotas moderadoras).

Ahora bien, teniendo en consideración las necesidades de la población, se han ido actualizando las disposiciones sobre el régimen aplicable a copagos y cuotas moderadoras. Como sucede con la Resolución 2292 de 2021 y el Decreto 1652 de 2022, donde se determinan las excepciones al cobro de los recaudos en mención.

Sin embargo, es de considerar que, según el Decreto 1652 de 2022, *“la totalidad de los recaudos por concepto de copagos y cuotas moderadoras pertenecen a la entidad promotora de salud”*, lo que limita al Ministerio de Salud en las disposiciones para la prestación de los servicios en salud en casos de no pago de estos a las EPS.

En atención a las diversas actualizaciones normativas y la implementación de políticas públicas orientadas a subsanar las deficiencias del sistema, se observa un contexto jurídico relevante en relación con la vulneración de derechos.

Según el reporte emitido acorde con la Circular 04 de 2024, que abarca la vigencia del año 2023, se registró un porcentaje del 0,6% de tutelas interpuestas en las que se alegaba dicha vulneración. Comparativamente, en el reporte de tutelas interpuestas en 2024, correspondientes a la Circular 001 de 2025, este porcentaje aumentó al 1,2%.

Por su parte, la Ley 1751 de 2015, expresa que los trámites administrativos no son motivo válido para negar la prestación del servicio efectivo. En este mismo sentido, la Honorable Corte Constitucional en diferentes disposiciones ha expresado que las EPS no pueden aducir dificultades administrativas para suspender o negar los servicios requeridos por los pacientes.

La sentencia T- 239 de 2019 manifestó que: *“Las EPS no pueden aducir dificultades administrativas o de trámite para suspender o negar servicios de salud requeridos por los pacientes, menos aún, cuando se trata de personas que se encuentran en estado de vulnerabilidad y/o revisten las calidades de sujeto de especial protección constitucional”*. Adicionalmente, la Sentencia T-405 de 2017 dispone que *“El principio de integralidad funge como complemento a la normatividad vigente para que la persona reciba una atención de calidad y completa, confinada a mejorar su condición y su estado de salud. El principio de continuidad establece que “las personas tienen derecho a recibir los servicios de*

salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas”.

En consecuencia, las Empresas Promotoras de Salud no pueden negar la prestación el servicio por motivos administrativos, tales como, la cancelación de la cuota moderadora.

No obstante, los datos obtenidos del reporte de tutelas en virtud de la Circular Externa 001 de 2025, se puede concluir que, aunque la incidencia de las tutelas relacionadas con este problema jurídico ha experimentado un incremento, sigue siendo uno de los asuntos menos reclamados por los usuarios del sistema (3839 tutelas, equivalente a 1,3%). Sin embargo, en relación con las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2024, respecto de la Afiliación al Sistema de Salud, se pueden revisar en la sección dedicada al Problema Jurídico 8 de este capítulo.

7.6 Problema Jurídico 6

¿Desconoce el derecho a la salud, especialmente, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios requeridos, cuando no autoriza a un niño o una niña un servicio que requiere y sus responsables no lo pueden costear, por el hecho de que no se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud o porque la vida o la integridad personal del menor no dependen de la prestación del servicio?

Acción de tutela por servicios negados por falta de oportunidad (294 tutelas, 0,1%), remitirse al problema jurídico del numeral 9.

7.7 Problema Jurídico 7

¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, la entidad encargada de garantizarle el acceso a una prestación social derivada de su estado de salud (incapacidades laborales), cuando se niega a autorizarlo porque en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello?

La Ley 100 de 1993 establece que el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reconocerá las incapacidades de origen común al afiliado cotizante, quien percibe un auxilio monetario a cargo del SGSSS, el cual se liquida con base en el salario que devenga, de conformidad con lo establecido en el artículo 2272 del Código Sustantivo del Trabajo, teniendo en cuenta que ésta es reconocida por la EPS una vez expedida por el profesional adscrito o perteneciente a la misma, en la medida en que se haya cotizado en los términos

previstos en el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 1427 de 2022 *“Por el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamentan las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*.

Decreto que indica que no habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica derivada de la incapacidad de origen común cuando esta última se origine en la atención por servicios o tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, según los criterios establecidos en la Ley 1751 de 2015. Además, establece el procedimiento de revisiones periódicas sobre la evolución del paciente en curso de una incapacidad continua, para calificar en forma definitiva la pérdida de capacidad laboral, generando obligaciones para las EPS.

Adicionalmente, este Ministerio expidió el Decreto 2126 de 2023, mediante el cual establece los mecanismos para la expedición, reconocimiento y pago de prestaciones económicas de seguridad social, incluyendo licencias de maternidad, paternidad, parentales y las incapacidades de origen común. Así como la Resolución 2364 de 2023 que define el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías de salud en los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad en Salud para la vigencia 2024, e introduce disposiciones sobre el reconocimiento y pago de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.

Lo anterior, toda vez que la prioridad del Ministerio de Salud y Protección Social está en garantizar el derecho fundamental a la salud, sin embargo, el acceso a prestaciones económicas derivadas de incapacidades o enfermedades se encuentra ligado al derecho fundamental al mínimo vital, lo que, en primera medida, escapa de la esfera del derecho a la salud.

Al respecto de este problema jurídico, en 2024, se presentaron 5.091 tutelas (1,8 %).

7.8 Problema Jurídico 8

¿Desconoce el derecho a la salud de una persona, una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud, al interrumpir el suministro de los mismos porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado?

Este Ministerio, ha implementado diversas medidas orientadas a garantizar la continuidad del acceso a los servicios de salud de las personas desempleadas,



con el propósito de proteger su derecho durante los periodos en los que se encuentran cesantes, procurando así la salvaguarda y permanencia del aseguramiento dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en concordancia con los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad.

En primer lugar, para garantizar la prestación de servicios para población pobre no asegurada, la Ley 1122 de 2007, determinó acciones a desarrollar por parte de las Entidades Territoriales en Salud.

En segundo lugar, mediante Decreto 719 de 2024, modificatorio del Decreto 780 de 2016, dispuso que las EPS receptoras en caso de traslado, deben garantizar la continuidad de los tratamientos actuales de los afiliados hasta que estos sean completados o se resuelva la situación de salud, además de garantizar el periodo de protección laboral hasta por uno (1) o tres (3) meses a los afiliados asignados, de acuerdo con el tiempo de permanencia que los afiliados llevaban en la entidad anterior, teniendo en consideración para ello la normatividad vigente.

Ahora bien, se ha establecido que los trabajadores que se encuentren en situación de desempleo y que no tengan un régimen de afiliación activo, aún tienen derecho a recibir atención en salud, especialmente en casos de emergencias médicas. Este derecho está protegido por la Ley 1751 de 2015, que establece que todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud sin discriminación, sin distinción de su situación laboral o su capacidad de pago.

Finalmente, el Ministerio de Salud y Protección, identificó el Problema Jurídico 8 como uno de los menos presentados en las tutelas interpuestas para la protección del derecho fundamental a la salud, toda vez que para el año 2024 se obtuvo un porcentaje del 3,0% de 8.572 tutelas, acorde con los reportes asociados a la Circular Externa 001 de 2025.

7.9 Problema Jurídico 9

¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas, al permitir que la mayoría de las decisiones judiciales que protegen el acceso a los servicios de salud, tengan que ocuparse de garantizar el acceso a servicios contemplados en los planes obligatorios de salud, ya financiados?

Al respecto, el Gobierno Nacional ha avanzado en la implementación de un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud a través de estrategias orientadas a mejorar continuamente la prestación del servicio de salud, tales como: i. Resultados en salud más



eficientes y equitativos; ii. Oferta de servicios integrales e integrados de la red pública; iii. Suficiencia y equidad en la distribución del talento humano en salud y iv. Preferencia de un esquema de financiamiento que prioriza la rentabilidad social sobre la rentabilidad financiera.

Desde el Plan Nacional de Desarrollo, la Ley 2294 de 2023, a efectos de superar las barreras en la prestación del servicio en salud que se puedan presentar, se establecieron bases para desarrollar un sistema de salud garantista y universal, desarrollado a través de estrategias como: (i) desarrollar equipos interdisciplinarios territorializados permanentes y sistemáticos para garantizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la coordinación de acciones sectoriales e intersectoriales; (ii) conformar redes integrales e integradas territoriales de salud que involucren prestadores públicos, privados y mixtos, con el fin de garantizar servicios de calidad, oportunidad y pertinencia cercanos a la población; (iii) recuperar, fortalecer y modernizar la red pública hospitalaria, especialmente en las zonas con baja oferta de servicios, apoyados en la ejecución de un plan maestro de inversiones en infraestructura y dotación; (iv) formular e implementar una nueva política de talento humano en salud, con enfoque de género, mejorando la pertinencia, cobertura y distribución del talento humano en el territorio nacional; y (v) fortalecer el aseguramiento en salud para garantizar un cuidado integral a toda la población, bajo el control y regulación del Estado.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha hecho una inversión total de 2.113 billones de pesos entre 2022 y 2024, de los cuales 1.579 billones corresponden a la vigencia 2024 para la conformación y operación de 10.189 “Equipos Básicos de Salud fundamentales para la vida”, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, integrados por perfiles interdisciplinarios e interculturales que brindan atención en salud a los hogares, colegios, jardines infantiles y espacios comunitarios, mejorando el acceso de las personas, familias y comunidades a los servicios de salud en todos los municipios del país, incluido el 100% de los municipios que cuentan con: Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial - PDET, Planes Nacionales Integrales de Sustitución de Cultivos Ilícitos - PNIS y Planes de Reforma Rural Agraria – RRA, o se encuentren o sean considerados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado – ZOMAC y zonas rurales dispersas del país.

La operación de los equipos básicos de salud ha permitido que más de tres millones de familias que históricamente han vivido restricciones para el acceso a los servicios de salud, reciban atención en veredas y barrios de todo el país con servicios de promoción de la salud, detección temprana y prevención de



enfermedades incluyendo condiciones evitables, enfermedades crónicas y salud mental.

Se ha realizado un especial énfasis en garantizar la atención en salud de las personas mayores, las personas con discapacidad, las mujeres gestantes y los niños y niñas, avanzando de esta forma en la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional. Además, se han conformado y puesto en operación 33 Equipos de especialistas integrados por pediatra, gineco-obstetra, internista o médico familiar y psiquiatra. Estos equipos de especialistas operan en 15 departamentos y 145 municipios.

Complementario a los Equipos Básicos de Salud, desde el Ministerio de Salud y Protección Social se han fomentado acciones con el propósito de ampliar la oferta dentro de la red de prestadores de servicios de salud, de modo que los usuarios del sistema tengan acceso a los especialistas que, en otrora, consultaban de manera particular.

Entre las acciones mencionadas se encuentra la habilitación de servicios de telemedicina en 155 Empresas Sociales del Estado ubicadas en municipios PDET, PNIS, ZOMAC y de Alta Dispersión, partiendo de la Resolución 2654 de 2019, por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país.

Al respecto, en 2024, se avanzó en el fortalecimiento de la prestación de servicios ampliando el porcentaje de prestadores públicos que implementan servicios de salud en la modalidad de telemedicina. Es así como a 30 de abril de esta anualidad, el 9,9% de las sedes de instituciones prestadoras de salud públicas cuentan con servicios en esta modalidad de atención, alcanzando un avance del 40,3 % con respecto a la meta de la vigencia 2024 (23 %), y un 19,8 % de avance en cuanto a la meta del cuatrienio (50 %).

Una de las acciones estratégicas en relación con la Telesalud, es el funcionamiento, 24 horas 7 días a la semana, de la Línea de Teleorientación en Salud Mental (Línea 106), la cual tiene como propósito brindar orientación psicológica y apoyo emocional en situaciones de crisis a personas de todas las edades y de todas las regiones del país. En 2024, se realizaron 5.904 interacciones efectivas con las que se resolvió de manera directa el 78% de las solicitudes de los usuarios, y se realizó el seguimiento a todos los casos que requirieron canalización hacia los servicios de salud a través de sus EAPB y de instituciones de otros sectores (22% de los casos).

Adicionalmente, con miras a la conformación y organización de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud – RIITS, acorde con el Informe de Gestión del Ministerio de Salud y Protección Social, a diciembre de 2024, se



avanzó en la consolidación de la propuesta de acto administrativo “Por la cual se definen las subregiones funcionales para la gestión en salud en Colombia y se adopta el respectivo Anexo Técnico”. Dichas subregiones promueven el fortalecimiento del diseño y aplicación de políticas públicas adecuadas, la focalización y priorización efectiva de la inversión territorial y el cierre de brechas e inequidades en salud, así mismo, atienden a la necesidad de organizar funcionalmente desde las acciones de la salud pública, las preventivas y promocionales de la salud, la prestación de servicios de salud operada a través de Redes Integrales e Integradas y el aseguramiento”.

Para la conformación y organización de las RIITS se conjugan las necesidades en salud de la población, la garantía de la atención desde el ámbito local hacia el nacional, tomando en cuenta como eje central a las personas, familias y comunidades. Su sustento para la definición del marco normativo lo constituye la Atención Primaria en Salud, con enfoque en la salud familiar y comunitaria; el cuidado de la salud; la gestión intersectorial, y la participación social. En tal sentido, las RIITS se organizan con enfoque hacia la atención integral, oportuna y de calidad que requieran los usuarios del SGSSS, en pro de generar un impacto positivo en la atención en salud, y sobre la base de las condiciones de salud de la población, y del respectivo territorio.

Otra acción relevante desarrollada con miras a la mitigación de tutelas para la protección del derecho fundamental a la salud, se concentra en el fortalecimiento de las infraestructuras en salud en Colombia.

En 351 municipios del país se desarrollan 798 proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria con una inversión de \$2.295 billones. El Gobierno realizó solo en 2023, una inversión en hospitales, puestos y centros de salud igual a la desarrollada por los gobiernos anteriores en los últimos 10 años.

A la fecha se vienen estructurando y asignando recursos por medio billón de pesos para la adecuación y dotación de 1.000 puestos de salud y centros de salud en zonas rurales y barriadas de las grandes ciudades de todo el país, para recuperar la infraestructura y la prestación de servicios en todo el país. Estas inversiones permitirán que cerca de quince millones de personas puedan disponer de servicios de salud cerca de su lugar de residencia.

Para el año 2024 se financiaron 537 proyectos: 491 proyectos de infraestructura en salud con una inversión de \$640.505 millones; 46 proyectos de dotación hospitalaria por la suma de \$118.135 millones.

Así mismo, se estructuró el proyecto para la construcción y dotación de infraestructura móvil para la ESE Hospital Luis Ablanque de La Plata por la suma



de \$ 79.128 y para la ESE Hospital San Rafael de Leticia por la suma de \$55.045 millones que beneficiará a las comunidades asentadas a lo largo de los ríos Amazonas y Putumayo y a lo largo del Pacífico Colombiano.

Se suscribieron memorandos de entendimiento y acuerdo de priorización de proyectos hospitalarios – APP entre la Agencia Nacional de Infraestructura – ANI y el Ministerio de Salud y Protección Social, para avanzar en la definición del esquema de gobernanza y/o la estructuración integral de los proyectos hospitalarios del sector que se requieren para disminuir la brecha entre la oferta y demanda en servicios de salud a nivel nacional y territorial, priorizando los siguientes proyectos hospitalarios (Susceptibles de materializarse bajo el esquema de Asociación Público Privada – APP):

- Hospital Simón Bolívar (Bogotá).
- Hospital Cancerológico (Bogotá).
- Hospital Materno Infantil (Cúcuta).
- Hospital Regional del Orinoco (Yopal).
- Hospital Rafael Calvo (Cartagena).
- Hospital Regional de Barrancabermeja

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social realizó una gestión efectiva relacionada en los siguientes logros:

- Expedición del Decreto Ley 1959, el 15 de noviembre de 2023, “Por medio del cual se crea el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil”- HUSJD y MI.
- Aprobación por parte de la Presidencia de la República para adelantar los trámites necesarios para la expedición de los decretos reglamentarios de estructura organizacional y de planta del HUSJD y MI, mediante OFI24-00071363 GFPU 13000000 del 22 de abril de 2024.
- Viabilidad Presupuestal para el HUSJD y MI, por parte de la Dirección General del Presupuesto Público Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, mediante oficio 2-2024-046624 del 02 de septiembre de 2024.
- Aprobación de la estructura orgánica de mil ochocientos treinta y siete (1.837) trabajadores, de los cuales, 1.686 (91.8%), corresponden a trabajadores misionales del hospital, cuya vinculación se hará mediante contrato privado y 151 (8.2%) corresponden al personal administrativo, que atañen a empleos públicos, mediante oficio 20244000554821 del 03 de septiembre de 2024, suscrito por el director de Desarrollo Organizacional del Departamento Administrativo de la Función Pública.

- Definición del presupuesto de inversión para la restauración y puesta en marcha de los 24 edificios que conforman el HUSJD y MI, en \$1.85 billones.
- Aprobación del proyecto de presupuesto de funcionamiento para la vigencia 2025, del HUSJD y MI. \$63.603 millones.
- Aprobación del presupuesto del proyecto de inversión, para la vigencia 2025, por \$200.000 millones.
- Aprobación para que el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes inicie el proceso licitatorio para ocho (8) edificios, del HUSJD y MI, por un monto de \$100.789 millones.
- Firma de convenio entre Ministerio de Salud y Protección Social, la Armada Nacional y la ESE Buenaventura, aunando esfuerzos para la construcción y puesta en funcionamiento de un CAPS Costero fluvial para el andén Pacífico.
- Asignación de un total de \$ 71. 536 millones a la ESE para contratar la construcción de la nave con COTECMAR.
- Inició de la fase de construcción con un avance de ejecución del 34.22 % a diciembre del 2024.
- Firma de un convenio entre Ministerio de Salud y Protección Social, Armada Nacional y ESE de Leticia, aunando esfuerzos para la construcción y puesta en funcionamiento de un CAPS fluvial para el Putumayo y el Amazonas.
- Asignación de \$ 61.265 millones a la ESE para contratar la construcción de la nave, proceso que a la fecha se está adelantando por parte de la ESE.
- Mediante resolución 1315 del 26 de julio de 2024 le fueron asignados \$55.045.891.500 a la ESE para su contratación con Cotecmar.

Entre otras acciones estratégicas asociadas a la mitigación de tutelas relacionadas con el Problema Jurídico 9, se encuentra el ajuste de aspectos claves, tales como la inscripción de organismos de cooperación y organizaciones no gubernamentales en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), así como los requisitos para habilitar el servicio de transporte asistencial, tanto básico como medicalizado. También se incorporaron normas para la habilitación de servicios de traslado de pacientes por parte de los Cuerpos de Bomberos de Colombia y se han financiado 1.035 vehículos de transporte asistencial terrestre, fluvial y marítimo para 32 departamentos y 647 municipios del país con una inversión de \$322.559 millones. Esto incluye ambulancias



básicas y medicalizadas, unidades médico odontológicas, vehículos de transporte extramural y el financiamiento de dos buques hospitales para el pacífico colombiano y la Amazonía, con lo cual se mejora el acceso de más de 15 millones de colombianos de zonas apartadas y remotas del país.

Se atendieron 50.078 personas, en 17 municipios cocaleros, 13 municipios de altas prevalencias de consumo y 6 instituciones del sistema penal adolescente, a través de la estrategia CAMAD SRPA, con una inversión de 19.067 millones; y se declaró el Dolutegravir (medicamento de primera línea para VIH), como de interés en salud pública y se expidió la primera licencia obligatoria en Colombia y tercera en América Latina de uso gubernamental de este medicamento, reduciendo 40 veces su valor, avanzando en la garantía del derecho fundamental a la salud para las miles de personas que viven con VIH en Colombia.

Colombia junto con países como México, Chile, Perú y Argentina, se suma a la política preventiva y de alimentación saludable para toda la población con el etiquetado frontal de advertencia en alimentos envasados para reducir el consumo de productos ultraprocesados con contenidos excesivos de azúcares libres, grasas saturadas, grasas trans, sodio y edulcorantes; así mismo por primera vez en Colombia se adoptan los impuestos saludables para bebidas azucaradas y productos ultraprocesados fortaleciendo la política de salud preventiva del gobierno del cambio a través de la Ley 2277 de 2022.

Para la vigencia 2024 se culminó la formulación del proyecto de decreto y el anexo técnico del Plan Nacional de Salud Rural, el cual hace parte de los 16 planes nacionales para la Reforma Rural Integral, en cumplimiento del punto 1 del Acuerdo Final de Paz, y el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2024. El Plan Nacional de Salud Rural está dirigido a cerrar las brechas urbano-rurales y garantizar el derecho a la salud de la población que habita en las zonas rurales y rurales dispersas, priorizando los municipios PDET, ZOMAC, PNIS y alta dispersión geográfica, y de manera progresiva hasta llegar a la totalidad de la ruralidad del país.

El valor de la inversión para su implementación durante las vigencias 2024 a 2031 en los municipios priorizados, se calcula en aproximadamente \$52,07 billones de acuerdo con el presupuesto indicativo estimado.

Finalmente, se detallaron los fundamentos normativos sobre las responsabilidades de los actores en relación con la adaptabilidad, accesibilidad y progresividad del derecho, los cuales se encuentran sustentados en los siguientes instrumentos normativos:

- Decreto 1599 de 2022: en relación con la Política de Atención Integral en Salud, establece los lineamientos para garantizar el acceso universal a los servicios de salud a toda la población, mediante la implementación de la política de atención integral en salud en diversas áreas geográficas, con el fin de reducir las brechas de inequidad existentes en el acceso, atendiendo las realidades diferenciales del territorio colombiano.
- Resolución 3280 de 2018: Establece los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, así como para la población materno-perinatal, y las directrices para la operación de estas rutas en el país.
- Resolución 518 de 2015: Regula la gestión de la salud pública y establece las directrices para la elaboración, ejecución y evaluación de los seguimientos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).
- Resolución 2367 de 2023: Establece el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

Ahora bien, la Ley 1438 de 2011 fortaleció el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el marco de la Atención Primaria en Salud, *“donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes del país”*. Por ello, en su Título VI estableció una serie de disposiciones en favor de la Prestación de Servicios de Salud, incluyendo la Calidad y Sistemas de Información (Capítulo VII), de la cual se deriva el Sistema de Evaluación y Calificación de Direcciones Territoriales de Salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud, desde el cual se elabora y publica en el Observatorio Nacional de Calidad en Salud -ONCAS-, un informe detallando indicadores de Calidad, de modo que *“el incumplimiento de las condiciones mínimas de calidad dará lugar a la descertificación en el proceso de habilitación (y) en el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia”*.

Así mismo, cada año, se realiza y publica en el ONCAS, una encuesta a nivel nacional para evaluar la satisfacción de los usuarios del Sistema de salud colombiano con énfasis en atención primaria en salud, evaluando aspectos como la oportunidad, eficiencia y el trato recibido; identificar barreras de acceso a los servicios de salud en las diferentes regiones del país, con el fin de proponer estrategias que permitan mejorar la cobertura y el acceso equitativo; analizar el grado de satisfacción de los usuarios en relación con la continuidad de la atención y la integración de los servicios de atención primaria con otros niveles del sistema de salud; y determinar el impacto de la atención primaria en la

percepción de bienestar de los usuarios, evaluando la efectividad de los servicios preventivos y la promoción de la salud.

Con la finalidad de garantizar la prestación de servicios, el Ministerio de Salud y Protección Social indica, mediante la Resolución 3100 de 2019 y, específicamente, desde su artículo 19 modificado por la actual Resolución 465 de 2025, que *“cuando por incumplimiento de las condiciones de habilitación se presente cierre de uno o varios servicios de una institución prestadora de servicios de salud y sea el único prestador de dichos servicios en su zona de influencia, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en conjunto con el prestador y las entidades responsables de pago, deberán elaborar en un plazo de cinco (5) días, previos al cierre, un plan que permita la reubicación y la prestación de servicios a los pacientes, según sus necesidades y condiciones médicas”*.

Para promover que todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud conozcan sus derechos, desde el Ministerio de Salud y Protección Social se hace seguimiento a la implementación de la Resolución 229 de 2020, *“por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”*, la cual estima que la Carta de Derechos y Deberes debe especificar que *“todo afiliado sin restricciones por motivos de pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen o condición social o económica, tiene derecho a: (...) Obtener autorización por parte de la EPS para una valoración científica y técnica, cuando tras un concepto médico, generado por un profesional de la salud externo a la red de la EPS y autorizado para ejercer, este considere que la persona requiere dicho servicio”*.

En 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social hizo seguimiento a las EPS en este sentido e identificó que 10 EPS del régimen contributivo y 15 del subsidiado cumplieron con el reporte, mientras que 1 del contributivo y 2 del subsidiado no han cumplido con lo normado. Información que se puso a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud para las acciones de Inspección, Vigilancia y Control correspondientes con sus competencias.

Finalmente, en el marco de la Encuesta Nacional de Satisfacción del 2024 se pudo evidenciar que, a nivel general, el 33,43% de los usuarios afirman haber recibido información por parte de su EPS sobre la carta de derechos y deberes, mientras que el 66,57% no ha sido informado. De las personas que manifestaron

haber recibido información sobre la carta de derechos y deberes, el 66,03% afirma no haber utilizado dicha información, mientras que el 33,97% la ha usado en algún momento. Esto sugiere que la mayoría de usuarios desconoce este aspecto fundamental del sistema de salud, lo que podría impactar su experiencia y el ejercicio pleno de sus derechos como afiliados.

Entre las razones que informaron quienes no acudieron a su EPS, se reporta en primer lugar demora en asignación de citas (20,29%), el 17,94% consideraron que el caso era leve, en el 12% de los casos se informó que no había agenda disponible y el 10,34% consideró que se requerían muchos trámites para acceder a la cita. Motivos por los cuales, de las personas que no solicitaron o no recibieron atención médica a través de su EPS ante un problema de salud, a nivel general, el 32,3% optó por acudir de forma particular a un servicio de salud, el 22,9% indicó que usó remedios caseros, un 11,8% del total se auto recetó, el 9,6% no tomó ninguna acción, mientras que el 4% consultó a un médico tradicional. Finalmente, el 1% informó haber visitado a rezanderos, curanderos, sanadores, parteras o sobanderos.

En relación con la calificación de servicios especializados, los servicios de urgencias y hospitalización tuvieron una calificación negativa en el 30,57% de los casos, cirugía general en el 18,1%, pediatría en el 14,84% y medicina interna en el 12% de los casos.

7.10 Problema Jurídico 10

¿Viola un órgano del Estado el derecho de petición de una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud así como el derecho a la salud de los afiliados y beneficiarios del sistema de protección, al negarse a responder de fondo una petición para remover un obstáculo en uno de los trámites necesarios para asegurar el adecuado flujo de los recursos y, por tanto, sostener las condiciones indispensables para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en razón a que el órgano estatal respectivo se considera incompetente?

El presente problema jurídico pone de manifiesto las falencias administrativas en las entidades responsables de garantizar la prestación de los servicios de salud, específicamente en lo relativo a la falta de respuesta oportuna a los derechos de petición presentados por los usuarios, evidente en las 3.345 tutelas interpuestas en este sentido en 2024 (1,2%). Esta situación constituye una violación de lo dispuesto en la Ley 1755 de 2015, en particular en su artículo 14, el cual regula los plazos y condiciones para la resolución de las peticiones.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado diversas políticas públicas dirigidas a mejorar la calidad de la atención en el sector salud. Estas políticas incluyen la adopción de planes de acción que buscan garantizar que las entidades prestadoras de servicios de salud (EPS, hospitales, clínicas) ofrezcan un servicio más eficiente, oportuno y accesible, con especial atención a la resolución de las deficiencias administrativas que inciden en la atención de los derechos de petición.

Este marco normativo se evalúa en el contexto de la Circular 17 de 2020, y en relación con las PQRD (Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias) recibidas a través del sistema de correspondencia de la Superintendencia Nacional de Salud. En el ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, la Superintendencia impone las medidas correspondientes a las entidades infractoras.

Entre dichas medidas se encuentra la medida provisional establecida en el artículo 125 de la Ley 1438 de 2011, cuyo objetivo es suspender provisionalmente aquellas acciones que puedan poner en peligro la vida o la integridad física de los pacientes, así como asegurar la adecuada destinación de los recursos del sistema. Además, se adelantan los correspondientes procesos administrativos sancionatorios contra los actores responsables dentro del sistema de salud.

7.11 Problema Jurídico 11

¿Desconoce el derecho a la salud una entidad que se niega a afiliar a una persona, a pesar de haberse cumplido el tiempo necesario para poder trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica y, por tanto, debería esperar más tiempo para poder trasladarse?

El Ministerio de Salud y Protección Social, tiene como objetivo contar con un instrumento jurídico que sea coherente y regulador, capaz de organizar y coordinar las disposiciones aplicables en el sector salud.

En este sentido, el Decreto 780 de 2016, en su Artículo 2.1.1.6, establece la "Prohibición de selección de riesgo por parte de las EPS", indicando que las EPS no podrán negar la inscripción a ninguna persona por razones de su edad o por su estado previo, actual o potencial de salud, ni por la utilización de servicios. Igualmente, se prohíbe la negación de inscripción bajo el argumento de limitaciones a la capacidad de afiliación conforme a lo dispuesto en la normativa vigente. Las entidades territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud,

dentro de sus competencias, deberán realizar las acciones de vigilancia y control pertinentes, conforme al Artículo 6° del Decreto 2353 de 2015.

Por otro lado, el Artículo 2.1.3.3 del Decreto 780 de 2016, parágrafo, establece que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) no podrán exigir la declaración del estado de salud como requisito para la afiliación o traslado de EPS, y el incumplimiento de esta disposición dará lugar a investigaciones y sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

De manera complementaria, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud, definiendo disposiciones esenciales para su protección y promoviendo el acceso equitativo a los servicios de salud. En el marco de esta legislación, se garantiza la protección de este derecho fundamental, alineándose con principios como universalidad, solidaridad, eficacia, obligatoriedad, aceptabilidad, accesibilidad, disponibilidad, calidad e idoneidad profesional, lo que asegura el acceso universal a la atención en salud.

Bajo esa perspectiva, durante la vigencia del año 2024, se presentaron 311 tutelas (0,1%) respecto del problema jurídico número 11, en relación con la Circular Externa 001 de 2025. No obstante, en relación con las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2024, respecto de la Afiliación al Sistema de Salud, se pueden revisar en la sección dedicada al Problema Jurídico 8 de este capítulo.

7.12 Problema Jurídico 12

¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas que son beneficiarias del régimen subsidiado, por no haber tomado las medidas para garantizar que puedan acceder a un plan de servicios de salud que no difiera de los contenidos contemplados en el plan obligatorio de salud para el régimen contributivo?

Con el paso del tiempo, el Sistema de Salud ha tenido avances importantes desde la Ley 100 de 1993, entre los que se destaca la unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS), entre los regímenes contributivo y subsidiado, exigiendo que el acceso a los servicios de salud no dependiera de la capacidad de pago de los afiliados. Esta decisión buscó garantizar que, independientemente del régimen en el que se encontrara el afiliado, los servicios de salud fueran los mismos y de calidad. Entre las normativas clave se incluyen:

- Acuerdo 04 de 2009: unifica el POS para los niños de 0 a 12 años
- Acuerdo 011 de 2010: unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años



- Acuerdo 027 de 2011: unifica el POS para los adultos de 60 y más años.
- Acuerdo 032 de 2012: unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años.

En la actualidad, no existen diferencias en la cobertura de servicios entre los regímenes contributivo y subsidiado. La única variación entre ambos radica en la forma de pago de los aportes. El régimen contributivo se financia a través de los aportes obligatorios de los trabajadores y empleadores, mientras que el régimen subsidiado es financiado principalmente por el Estado para aquellos sin capacidad de pago.

En 2024 se presentaron 562 tutelas correspondientes al 0,2%, relacionados con el Problema Jurídico 12.

7.13 Problema Jurídico 13

¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas que requieren con necesidad un servicio de salud, diferente a medicamentos, al no haber fijado y regulado un procedimiento mediante el cual la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio garantice el acceso efectivo al mismo?

Este problema jurídico (6905 tutelas interpuestas en 2024 correspondientes al 2,4%) se relaciona con el problema jurídico 9, el cual aborda las causas de postergación y demora en el acceso a servicios de salud, fundamento de la acción de tutela. Se sugiere respetuosamente que la Honorable Corte Constitucional evalúe la fusión de ambos problemas jurídicos. Además, se destaca que el Ministerio de Salud emitió la Resolución 2335 de 2023 para mejorar los procedimientos y relaciones entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, con el fin de garantizar la prestación del servicio al usuario, la cual tuvo modificaciones por medio de la Resolución 636 de 2024, que ajustó aspectos transitorios.

7.14 Problema Jurídico 14

¿Desconoce el derecho a la salud una EPS o IPS al no prestar los servicios implícitamente incluidos en el nuevo POS?

En cumplimiento al principio de progresividad, este Ministerio actualiza anualmente el Plan de Beneficios en Salud, emitiendo Resoluciones que integran servicios y tecnologías, conforme con los elementos de Disponibilidad, Aceptabilidad, Accesibilidad y calidad e idoneidad profesional, garantizando así, una cobertura integral en la prestación de los servicios de salud.

Para la actualización de los servicios y tecnologías correspondientes al año 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2366 de 2023, mediante la cual se actualizan e incorporan nuevos servicios y tecnologías en salud. Estos servicios y tecnologías se encuentran detallados en los Anexos Técnicos 1, 2, 3 y 4, los cuales forman parte integral de las prestaciones que deben ser garantizadas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades adaptadas y demás actores responsables de asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud.

Este acto administrativo entró en vigencia a partir del 1 de enero de 2024 y deroga las resoluciones 2808 de 2022 y 087 de 2023.

En virtud de lo establecido en la Ley 1122 de 2007, las EPS tienen la función de ser aseguradoras de salud, lo que implica la responsabilidad de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a través de la prima otorgada, conocida como la Unidad de Pago por Capitación (UPC). De no cumplir con esta obligación, las EPS estarían incurriendo en una violación de las funciones legales que les han sido encomendadas, lo que podría comprometer los derechos fundamentales a la salud de los afiliados.

Además, el Ministerio, mediante Resolución 2364 de 2023, fijó la Unidad de Pago por Capitación, para la vigencia de 2024, con un incremento del 12,87%, calculado a partir de la inflación proyectada con corte a 31 de diciembre de año 2024.

De esta manera, se garantiza el acceso efectivo a los servicios de salud, evitando barreras administrativas o financieras que puedan derivar en una afectación del derecho fundamental a la salud de la población afiliada al SGSSS. No obstante, en 2024 se interpusieron 53751 acciones de tutela en relación con el Problema Jurídico 14, correspondientes a 18,7%.

7.15 Problema Jurídico 15

¿Se desconoce el derecho a la salud del paciente al no implementar en el nuevo sistema las reglas fijadas por la Ley para determinar las exclusiones?

Como se menciona en el Problema Jurídico 14, desde el año 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido y publicado los servicios y tecnologías en salud que se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación. Por ello, se han emitido Resoluciones anuales en este sentido, iniciando con la Resolución 5592 de 2015, siguiendo con la resolución 6408 del 2016 y así sucesivamente año tras año. Para la vigencia del

año 2024, la resolución que reguló este aspecto fue la 2366 de 2023 que entró en vigencia a partir del 1 de enero de 2024 y derogó las resoluciones 2808 de 2022 y 087 de 2023.

En el 2017, con la Resolución 330, el Ministerio de Salud y Protección Social inició la expedición de una serie de normas para indicar los servicios y tecnologías en salud que no serán financiados con recursos públicos asignados a la salud, es decir, aquellos que se encuentran expresamente excluidos del PBS, hasta la Resolución 318 de 2023 mediante la cual se actualiza el procedimiento técnico-científico para determinar las mencionadas exclusiones.

No obstante, en relación con el problema jurídico 15, se presentaron 1536 tutelas (0,5%).

7.16 Problema Jurídico 16

Acciones de tutela en la que se reclaman servicios, tecnologías e insumos expresamente excluidos.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha realizado avances normativos que impactan el Plan de Beneficios en Salud, como se menciona en el Problema Jurídico 14. Sin embargo, para el periodo 2024 se presentaron 11.244 tutelas correspondientes al 3,9% de la totalidad.

7.17 Problema Jurídico 17

¿Desconoce el Estado el derecho a la salud y al mínimo vital de un afiliado, la entidad aseguradora, encargada de garantizar el pago de las prestaciones económicas derivadas de las incapacidades médicas, licencia de maternidad y paternidad, cuando se niega a autorizarlas por trámites administrativos, a pesar haber cotizado de manera oportuna?

El análisis de los expedientes de tutela evidenció que un número significativo de acciones de tutelas (11188, correspondiente al 3,9%) fueron interpuestas debido a la negativa en el reconocimiento de prestaciones económicas (incapacidades médicas, licencias de maternidad y paternidad). La principal causa identificada fue la existencia de falencias administrativas, tales como inconsistencias en la base de datos de afiliados, demoras en los trámites y falta de claridad en la aplicación de la normatividad vigente por parte de las entidades aseguradoras.

Ante la problemática identificada, el Ministerio de Salud y Protección Social, reconociendo el CONPES 3956 de 2019 y 4023 de 2021, que definen políticas de

formalización empresarial y reactivación económica, y el Decreto Ley 019 de 2012 que establece la responsabilidad del empleador en la gestión de prestaciones económicas para trabajadores dependientes, expidió el Decreto 1427 de 2022, que establece los requisitos y procedimientos que deben cumplir las entidades responsables del reconocimiento de las prestaciones económicas. Además, socializó la normativa con las aseguradoras y demás actores del sistema para garantizar su correcta aplicación y reducir los errores administrativos; e implementó el Sistema de Información de Prestaciones Económicas – SIPE, para mejorar la gestión, seguimiento, control y trazabilidad del reconocimiento de prestaciones económicas.

Se fortaleció la interoperabilidad de bases de datos entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la UGPP y las EPS, con el fin de mejorar la calidad de la información y evitar inconsistencias que generen retrasos en el pago de las prestaciones; y se han implementado campañas informativas dirigidas a trabajadores independientes y dependientes para que conozcan sus derechos y los procedimientos a seguir en caso de inconsistencias en el pago de sus prestaciones.

Finalmente, cabe recalcar que estos asuntos son contentivos de prestaciones económicas que en primera medida no se relacionan directamente con el derecho a la salud, sino que hacen parte integral del derecho fundamental al mínimo vital.

El análisis de los expedientes de tutela evidenció que un número significativo de acciones de tutelas (11244, correspondiente al 3,9%) fueron interpuestas debido a la negativa en el reconocimiento de prestaciones económicas (incapacidades médicas, licencias de maternidad y paternidad). La principal causa identificada fue la existencia de falencias administrativas, tales como inconsistencias en la base de datos de afiliados, demoras en los trámites y falta de claridad en la aplicación de la normatividad vigente por parte de las entidades aseguradoras.

Ante la problemática identificada, el Ministerio de Salud y Protección Social, reconociendo el CONPES 3956 de 2019 y 4023 de 2021, que definen políticas de formalización empresarial y reactivación económica, y el Decreto Ley 019 de 2012 que establece la responsabilidad del empleador en la gestión de prestaciones económicas para trabajadores dependientes, expidió el Decreto 1427 de 2022, que establece los requisitos y procedimientos que deben cumplir las entidades responsables del reconocimiento de las prestaciones económicas. Además, socializó la normativa con las aseguradoras y demás actores del sistema para garantizar su correcta aplicación y reducir los errores

administrativos; e implementó el Sistema de Información de Prestaciones Económicas – SIPE, para mejorar la gestión, seguimiento, control y trazabilidad del reconocimiento de prestaciones económicas.

Además de lo anterior, se fortaleció la interoperabilidad de bases de datos entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la UGPP y las EPS, con el fin de mejorar la calidad de la información y evitar inconsistencias que generen retrasos en el pago de las prestaciones; y se han implementado campañas informativas dirigidas a trabajadores independientes y dependientes para que conozcan sus derechos y los procedimientos a seguir en caso de inconsistencias en el pago de sus prestaciones.

7.18 Problema Jurídico 18

¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas que son beneficiarias del régimen subsidiado, por no haber tomado las medidas para garantizar que puedan acceder a un plan de servicios de salud que no difiera de los contenidos contemplados en el plan obligatorio de salud para el régimen contributivo?

El derecho fundamental a la salud está reconocido en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia y se encuentra desarrollado dentro del marco normativo de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Sin embargo, el número de tutelas interpuestas (2795) por los ciudadanos para acceder a los servicios de salud incluidos en los planes obligatorios, pone en evidencia las fallas existentes en la garantía oportuna de este derecho (1,0%).

A pesar de que el Estado ha implementado diversas estrategias para mejorar la prestación de los servicios de salud, el acceso efectivo sigue presentando barreras significativas que obligan a los ciudadanos a recurrir a la acción de tutela. Entre estas medidas se incluyen la modernización de las infraestructuras de salud, la organización de los servicios en redes integrales e integradas territoriales de salud, el fortalecimiento de la atención primaria, así como la inversión en tecnologías de la salud. Estas iniciativas tienen el potencial de mejorar sustancialmente la calidad de vida de los colombianos, asegurando una atención más equitativa y eficiente. Además, en Ley 1438 trae consigo el deber de que las EPS reporten información consistente y fidedigna. El incumplimiento de ello puede generar serios problemas en la calidad de la información que repercute posteriormente en la financiación y prestación del servicio.

Las estrategias mencionadas se fundamentan en el conocimiento que posee el Ministerio de Salud y Protección Social sobre las condiciones heterogéneas que

existen en la disposición de la oferta de servicios, el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención, así como en las políticas diseñadas para la atención de la población. Las brechas en la atención en salud, entendidas como desigualdades y disparidades en el acceso, la calidad y la cobertura de los servicios, afectan de manera desigual a diferentes poblaciones o regiones. Estas brechas tienen diversas causas, entre las que se incluyen factores geográficos, socioeconómicos, culturales, políticos e infraestructura deficiente. Representan uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud a nivel global y sus consecuencias impactan directamente el bienestar de la población, la esperanza de vida y la capacidad de los países para alcanzar sus metas de desarrollo sostenible.

Ahora bien, en cuanto a las acciones que el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó para mitigar las brechas que presenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud al momento de la gestión para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, para el 2024, se asignaron recursos para el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, a través de la conformación y operación de 10.189 equipos básicos de salud integrados por perfiles interdisciplinarios e interculturales. Entre ellos se destaca 94 equipos jóvenes de paz y 33 equipos de especialistas integrados por profesionales en: Ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna o familia y psiquiatría y 67 equipos interculturales en concertación con las comunidades étnicas para atender sus necesidades particulares en salud con una inversión total de \$2.113 billones de pesos entre 2022 y 2024, de los cuales 1.579 Billones corresponden a la vigencia 2024. Estos equipos han llegado al 100% de los departamentos del país, incluyendo las zonas PDET, ZOMAC, PNIS y áreas rurales dispersas. A partir de su implementación estos Equipos se han denominado, y en adelante se mencionarán como: Equipos Básicos de Salud fundamentales para la vida.

La implementación de estos equipos básicos de salud ha contribuido al aumento progresivo en la cobertura de, por ejemplo:

- Atenciones prenatales: 81,55% de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales en 2021 a 86,46 en 2023.
- Captación temprana: 51,41% de gestantes con inicio de atenciones prenatales antes de la semana 10 en 2021 a 67,21 en 2023.
- Valoraciones integrales de salud en todos los momentos de curso de vida.
- Tamizaje de cáncer de mama: 29% en 2021 a 37,6 en 2023.

Los equipos básicos también han contribuido a mejorar resultados de impacto a nivel nacional, como:

- Razón de Mortalidad materna: Pasando de una razón de 94,9 por cien mil nacidos vivos en 2021 a 48,7 en 2024 a semana epidemiológica 30.
- Tasa de Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años: Pasando de una tasa de 5,34 por cien mil niños menores de 5 años en 2022 a 3,79 en 2024 a semana epidemiológica 30.
- Coberturas de vacunación: Cobertura de vacuna pentavalente de 86,5% en 2021 a 90,2% en 2023 y cobertura de triple viral de 86,4% a 92,6% en 2023.

Finalmente, se detallaron los fundamentos normativos sobre las responsabilidades de los actores en relación con la adaptabilidad, accesibilidad y progresividad del derecho, los cuales se encuentran sustentados en los siguientes instrumentos normativos:

- Decreto 1599 de 2022: Establece los lineamientos para garantizar el acceso universal a los servicios de salud a toda la población, mediante la implementación de la política de atención integral en salud en diversas áreas geográficas, con el fin de reducir las brechas de inequidad existentes en el acceso, atendiendo las realidades diferenciales del territorio colombiano.
- Resolución 3280 de 2018: Establece los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, así como para la población materno-perinatal, y las directrices para la operación de estas rutas en el país.

Por su parte, el Plan Nacional de Desarrollo, contenido en la Ley 2294 de 2023, establece las bases para un sistema de salud garantista y universal, basado en un modelo preventivo y predictivo, e incluyendo un Plan Nacional de Salud Rural. Dentro de este enfoque, se proponen las siguientes estrategias: (i) desarrollar equipos interdisciplinarios territorializados permanentes y sistemáticos para garantizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la coordinación de acciones sectoriales e intersectoriales; (ii) conformar redes integrales e integradas territoriales de salud que involucren prestadores públicos, privados y mixtos, con el fin de garantizar servicios de calidad, oportunidad y pertinencia cercanos a la población; (iii) recuperar, fortalecer y modernizar la red pública hospitalaria, especialmente en las zonas con baja oferta de servicios, apoyados en la ejecución de un plan maestro de inversiones en infraestructura y dotación; (iv) formular e implementar una nueva política de talento humano en salud, con enfoque de género, mejorando la pertinencia, cobertura y distribución del talento humano en el territorio nacional; y (v)



fortalecer el aseguramiento en salud para garantizar un cuidado integral a toda la población, bajo el control y regulación del Estado.

Con el fin de lograr un fortalecimiento de la oferta de los servicios de salud, se han asignado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en el periodo comprendido entre 2021 y 2024 un total de 2.9 billones de pesos en proyectos de infraestructura y dotación, donde el 92% de esta, ha sido asignada entre 2022 y 2024 (fuente).

Adicionalmente, se han construido y puesto en operación, propuestas de infraestructura móvil para la Prestación de Servicios de Atención Primaria en Salud en entornos diversos, incluyendo los avances en el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina.

Se debe agregar que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Decreto 0351 de 2025, oficializó el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) como una política pública que busca transformar la atención en salud en zonas rurales y rurales dispersas, fortaleciendo el acceso, la calidad y la equidad para las poblaciones más marginales del país, asimismo en el marco estratégico contempla un primer capítulo de “Gobernanza del Plan Nacional de Salud Rural”, a través de la cual se creará la Comisión Nacional de Salud Rural, se fortalecerá la participación social y comunitaria y se realizará la armonización de la planeación sectorial con enfoque intercultural, seguido de un segundo capítulo relacionado con un “Modelo de Atención en Salud para la Ruralidad” el cual se fundamenta en el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo, así como en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 e integra la definición del modelo especial de salud pública para zonas rurales y dispersas.

Ahora bien, para el Informe de Gestión 2024, el Ministerio de Salud y Protección social consolidó y publicó información sobre la situación del talento humano en el sector salud en Colombia. Se publicaron indicadores construidos de manera histórica para el periodo 2011-2023, incluyendo el número estimado de talento humano en salud, la densidad por cada 10,000 habitantes y el promedio del Ingreso Base de Cotización (IBC) mensual, desagregados por nivel, perfil y región, tanto a nivel nacional como departamental. Estos indicadores están disponibles para consulta pública en la página web del Observatorio de Talento Humano en Salud a través de dashboards interactivos, que permiten analizar tendencias, realizar comparaciones y tomar decisiones basadas en datos.

Además, se consolidó información sobre el Sistema Nacional de Residencias Médicas (SNRM) para el periodo 2020-2024 (mayo), incluyendo el número de



residentes beneficiarios, los recursos transferidos y su distribución por departamento, perfil, escenario y especialidad médica.

En cumplimiento del Artículo 37 de la Resolución 774 de 2022, se elaboró el Primer Informe Nacional de Seguimiento al Servicio Social Obligatorio (SSO), actualmente en proceso de validación y aprobación. Este informe cuantitativo analizó tres aspectos principales: el impacto de la Resolución 774 de 2022 en la disponibilidad de plazas, el efecto de las plazas de SSO en la distribución territorial del talento humano en salud y su influencia en el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Al respecto de este problema jurídico, en 2024, se presentaron 2.795 tutelas (1,0 %).

8 EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD

La Organización de las Naciones Unidas considera la salud como “(...) *un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*” (subrayado fuera de texto). Esta definición fue acogida por la Corte Constitucional en su sentencia T-760 de 2008, y sobre esa base se construyó la jurisprudencia sobre el llamado “*goce efectivo del derecho fundamental a la salud*”.

Anexo a este documento se presenta un informe detallado de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud (GEDS), a partir de los elementos esenciales de este: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Los indicadores de los elementos esenciales se ordenan en categorías, que dan cuenta de las definiciones de estos elementos contenidas en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Los indicadores provienen de diversas fuentes oficiales, las cuales se encuentran detalladas en el informe, y son producto del desarrollo que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha realizado a través de los años, y del esfuerzo de los diferentes actores del sistema de salud, para contar con información relevante para determinar el avance del país en el disfrute del derecho a la salud.

En el informe se puede observar un avance importante en varios de los indicadores, y se plantean hipótesis sobre los casos en los que persisten brechas importantes.