



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXV - N° 1074

Bogotá, D. C., jueves, 20 de agosto de 2026

EDICIÓN DE 21 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 137 DE 2026
CÁMARA

por medio de la cual se crea el Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene como objeto crear el Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial, como órgano consultor especializado del Consejo Superior de la Judicatura, con el fin de brindar asesoría técnica y científica en asuntos relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud que sean conocidos por los despachos judiciales, promoviendo la eficiencia del gasto en salud el control del impacto fiscal de las decisiones judiciales y garantizando decisiones judiciales técnicamente informadas que contribuyan a la sostenibilidad del Sistema de salud.

Artículo 2°. Ámbito de aplicación. En la aplicación e interpretación de las disposiciones de esta ley deberán observarse de manera prevalente los principios constitucionales, la eficiencia del gasto en salud, la integralidad, universalidad, solidaridad, inmediatez, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación del servicio público de salud establecidos en la Constitución Política y en la Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias.

Artículo 3°. Principios rectores. El Comité se regirá por los principios de independencia técnica, especialización, objetividad, eficiencia y sostenibilidad fiscal, coordinación interinstitucional y transparencia.

Artículo 4°. Creación. Créase el Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial como órgano consultor especializado adscrito al Consejo Superior

de la Judicatura, con autonomía técnica en sus conceptos y recomendaciones.

El Comité Técnico Asesor en Salud es un órgano colegiado de carácter consultivo, técnico y especializado, que actúa como instancia asesora del Consejo Superior de la Judicatura y de los despachos judiciales que conozcan de asuntos relacionados con el sistema de salud.

El Comité tendrá su sede principal en Bogotá, D. C., y podrá sesionar de manera presencial o virtual. Para la atención de asuntos regionales específicos, podrá constituir subcomités territoriales en coordinación con los Consejos Seccionales de la Judicatura.

Artículo 5°. Integración del Comité. El Comité Técnico Asesor en Salud estará integrado por once (11) miembros principales con sus respectivos suplentes, así:

1. El Presidente del Consejo Superior de la Judicatura o su delegado, quien lo presidirá.
2. Un Magistrado del Consejo Superior de la Judicatura designado por la corporación.
3. Un delegado del Ministerio de Salud y Protección Social de nivel directivo, con conocimientos en normatividad del sistema de salud.
4. Un delegado de la Superintendencia Nacional de Salud con experiencia en inspección, vigilancia y control del sistema.
5. Un representante del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) con experticia en evaluación de tecnologías sanitarias.
6. Un representante del Instituto Nacional de Salud (INS) con conocimientos en salud pública y epidemiología.

7. Un representante de la Academia Nacional de Medicina elegido por su junta directiva.
8. Un representante de las facultades de medicina y ciencias de la salud elegido por ASCOFAME.
9. Un representante de las sociedades científicas médicas elegido por consenso entre las principales sociedades.
10. Un experto en economía de la salud con título de posgrado y experiencia mínima de cinco (5) años en el área.
11. Un representante de los usuarios del sistema de salud elegido por las asociaciones de usuarios legalmente constituidas.

Los miembros del Comité deberán cumplir los siguientes requisitos:

1. Ser profesionales con título universitario y preferiblemente con estudios de posgrado en áreas relacionadas con salud, derecho sanitario, economía de la salud o áreas afines.
2. Acreditar experiencia mínima de cinco (5) años en el sistema de salud, investigación médica, administración sanitaria o áreas relacionadas.
3. Demostrar conocimientos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.
4. No tener conflictos de interés que puedan comprometer su objetividad.
5. No estar incurso en inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la ley.

Los miembros del Comité serán designados para periodos de cuatro (4) años, renovables por una sola vez. La designación se realizará mediante acto administrativo del Consejo Superior de la Judicatura, previa postulación de las entidades correspondientes.

Los miembros del Comité deberán declarar cualquier conflicto de interés que pueda afectar su objetividad en conceptos específicos y abstenerse de participar en dichos casos.

Los miembros del Comité están obligados a mantener reserva sobre la información a la que tengan acceso en desarrollo de sus funciones, especialmente los datos personales de los pacientes.

Los miembros del Comité responderán civil, penal y disciplinariamente por los actos realizados en ejercicio de sus funciones, de conformidad con la normatividad aplicable.

Artículo 6°. *Secretaría Técnica.* El Comité contará con una Secretaría Técnica permanente, adscrita al Consejo Superior de la Judicatura, integrada por:

1. Un secretario técnico, profesional en derecho con especialización en derecho de la seguridad social o áreas afines.
2. Un profesional en ciencias de la salud con experiencia en políticas públicas sanitarias.

3. Un profesional en economía de la salud.
4. Personal auxiliar necesario para el funcionamiento del Comité.

Artículo 7°. *Funciones generales del Comité Técnico Asesor en Salud.* Son funciones del Comité Técnico Asesor en Salud:

1. Asesorar técnica y científicamente al Consejo Superior de la Judicatura en asuntos relacionados con el sistema de salud.
2. Emitir conceptos técnicos sobre normatividad del sistema de salud cuando sean solicitados por despachos judiciales.
3. Elaborar protocolos y guías técnicas para la asesoría judicial en materia de salud.
4. Proponer mejoras al marco normativo del sistema de salud basadas en el análisis de la litigiosidad.
5. Realizar estudios sobre el impacto de las decisiones judiciales en el sistema de salud.
6. Coordinar con las entidades del sistema de salud para obtener información técnica relevante.
7. Proponer medidas para reducir la litigiosidad innecesaria y mejorar el acceso a servicios de salud.
8. Elaborar informes periódicos sobre tendencias en litigiosidad en salud.

El Comité, a través del Consejo Superior de la Judicatura, podrá suscribir convenios de cooperación técnica con: a) Universidades e instituciones de educación superior con programas en ciencias de la salud. b) Centros de investigación en salud nacionales e internacionales. c) Organizaciones internacionales especializadas en sistemas de salud. d) Entidades públicas y privadas que desarrollen actividades relacionadas con salud.

El Comité conformará una red de expertos colaboradores en diferentes especialidades médicas y áreas de la salud, quienes podrán ser consultados para casos específicos que requieran conocimientos altamente especializados.

Artículo 8°. *Competencias específicas.* El Comité podrá pronunciarse sobre:

1. Tecnologías en salud: Pertinencia, seguridad, eficacia y costo-efectividad de procedimientos, medicamentos y dispositivos médicos objeto de litigio.
2. Protocolos de atención: Adecuación de protocolos y guías de práctica clínica aplicados en casos específicos.
3. Aspectos epidemiológicos: Análisis de patrones de enfermedad relevantes para casos judiciales.
4. Economía de la salud: Evaluación de costos y beneficios de intervenciones sanitarias.
5. Normatividad sanitaria: Interpretación técnica de normas del sistema de salud.

6. Calidad en salud: Estándares de atención y habilitación de servicios de salud.
7. Salud pública: Aspectos relacionados con promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Artículo 9°. Modalidades de asesoría y procedimiento. El Comité prestará asesoría mediante conceptos técnicos escritos, protocolos generales, informes de coyuntura, estudios especiales y participación en audiencias. Los despachos judiciales solicitarán conceptos mediante oficio a la Secretaría Técnica. Los términos de respuesta serán: casos urgentes cinco (5) días hábiles, casos ordinarios quince (15) días hábiles, casos complejos treinta (30) días hábiles.

Los conceptos emitidos por el Comité tendrán carácter técnico y consultivo, y no comprometen la independencia judicial. Los jueces conservan plena autonomía para adoptar las decisiones que consideren ajustadas a derecho.

Los conceptos del Comité podrán ser valorados como prueba técnica por parte de los jueces.

Los conceptos del Comité, una vez emitidos, serán públicos y se publicarán en la página web del Consejo Superior de la Judicatura, preservando la reserva de datos personales conforme a la ley.

Artículo 10. Motivación de apartamiento. Cuando un juez se aparte del concepto técnico emitido por el Comité, podrá motivar las razones técnicas o jurídicas que fundamentan su decisión.

Artículo 11. Sesiones. El Comité sesionará de manera ordinaria una vez al mes y extraordinariamente cuando sea convocado por su presidente o por solicitud de al menos cinco (5) de sus miembros. Las decisiones se adoptarán por mayoría simple de los miembros presentes.

Habrá *quorum* deliberatorio con la asistencia de por lo menos seis (6) miembros y decisorio con la asistencia de por lo menos ocho (8) miembros, siempre que esté presente el presidente o su delegado.

Artículo 12. Criterios para servicios incluidos en el Plan de Beneficios. En la evaluación de solicitudes relacionadas con servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, el Comité aplicará los criterios verificando que:

- a) La prestación haya sido ordenada por un médico adscrito a la entidad de salud respectiva.
- b) Sea necesaria para la conservación de un derecho fundamental.
- c) Ya se haya solicitado a la entidad encargada de la prestación.
- d) No existan barreras de acceso injustificadas como pagos moderadores para población sin capacidad económica.
- e) Se garantice especial protección cuando el beneficiario sea un menor de edad o sujeto de especial protección constitucional.

Artículo 13. Criterios para servicios no incluidos en el Plan de Beneficios. Para servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, el Comité evaluará el cumplimiento de los criterios:

- a) Que la exclusión amenace los derechos fundamentales del paciente.
- b) Que el medicamento o servicio no pueda ser sustituido por uno incluido en el Plan de Beneficios, o que al sustituirlo se disminuya su efectividad.
- c) Que el servicio o medicamento haya sido ordenado por un médico de la entidad de salud correspondiente.
- d) Que el paciente no tenga capacidad económica para costearlo.
- e) Que se cumplan los criterios de necesidad, efectividad y ausencia de alternativa terapéutica equivalente.

Artículo 14. Coordinación con entidades de salud. El Comité establecerá mecanismos de coordinación permanente con:

1. Ministerio de Salud y Protección Social
2. Superintendencia Nacional de Salud
3. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)
4. Instituto Nacional de Salud - INS
5. ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
6. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima)
7. Entidades Promotoras de Salud (EPS)
8. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)
9. Academia Nacional de Medicina
10. Asociaciones científicas y profesionales del área de la salud

Artículo 15. Creación y Funciones del Observatorio. Créase el Observatorio de Litigiosidad en Salud como dependencia técnica del Comité, encargado de realizar seguimiento, análisis y estudios sobre los conflictos judiciales relacionados con el sistema de salud.

Son funciones del Observatorio:

1. Recopilar y sistematizar información sobre procesos judiciales en materia de salud.
2. Analizar tendencias y patrones en la litigiosidad sanitaria.
3. Identificar problemáticas recurrentes en el sistema de salud.
4. Evaluar el impacto de las decisiones judiciales en el sistema de salud.
5. Proponer medidas preventivas para reducir la litigiosidad innecesaria.
6. Elaborar reportes estadísticos periódicos.
7. Realizar estudios de costo-efectividad de las intervenciones judiciales.

Artículo 16. Sistema de información. El Observatorio desarrollará y mantendrá un sistema de información que permita:

1. Consolidar datos sobre procesos judiciales en salud a nivel nacional.

- 2. Generar alertas tempranas sobre problemas sistémicos.
- 3. Facilitar el intercambio de información entre despachos judiciales.
- 4. Producir estadísticas especializadas para la toma de decisiones.
- 5. Monitorear el cumplimiento de decisiones judiciales en salud.

Artículo 17. Recursos. El funcionamiento del Comité Técnico Asesor en Salud se financiará con cargo al presupuesto del Consejo Superior de la Judicatura, sin perjuicio de los recursos adicionales que puedan obtenerse mediante:

- 1. Aportes de cooperación técnica nacional e internacional.
- 2. Convenios con entidades del sistema de salud para estudios específicos.
- 3. Recursos de cooperación académica con universidades e instituciones de investigación.

Los miembros del Comité que no sean funcionarios públicos tendrán derecho a honorarios por sesión, cuyo monto será fijado por el Consejo Superior de la Judicatura conforme a los parámetros establecidos para comités asesores similares.

Artículo 18. Presupuesto. El Consejo Superior de la Judicatura incluirá en su presupuesto anual las partidas necesarias para el funcionamiento del Comité, incluyendo:

- a) Honorarios de los miembros no funcionarios públicos.
- b) Gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica.
- c) Recursos para estudios e investigaciones especializadas.
- d) Tecnología e infraestructura necesaria para el funcionamiento.

Artículo 19. Rendición de cuentas. El Comité presentará anualmente al Consejo Superior de la Judicatura un informe de gestión que incluya:

- 1. Estadísticas de conceptos emitidos y su tipología.
- 2. Evaluación del impacto de sus recomendaciones.
- 3. Análisis de tendencias en litigiosidad en salud.
- 4. Propuestas de mejoras al sistema de salud.
- 5. Estado de la coordinación interinstitucional.

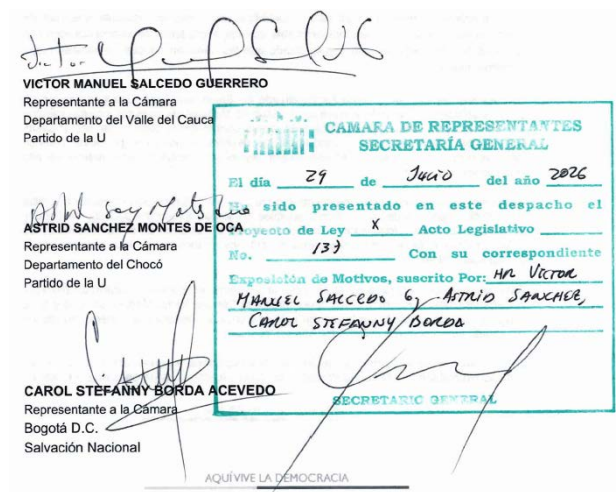
Artículo 20. Articulación con la Escuela Judicial. El Comité coordinará con la Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla” para desarrollar programas de capacitación en derecho a la salud dirigidos a funcionarios judiciales.

Artículo 21. Reglamentación. El Consejo Superior de la Judicatura reglamentará el funcionamiento interno del Comité, sus procedimientos, metodologías de trabajo y demás aspectos operativos, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.

Artículo 22. Cooperación internacional. Se autoriza al Comité para establecer relaciones de cooperación técnica con organismos internacionales especializados en sistemas de salud y resolución de controversias médicas.

Artículo 23. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

De los Congresistas,



PROYECTO DE LEY NÚMERO 137 DE 2026
CÁMARA

por medio de la cual se crea el Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial y se dictan otras disposiciones.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Con el ánimo de exponer de manera comprensible a los honorables miembros de la Cámara de Representantes el presente proyecto de ley, y buscando precisar los objetivos, el alcance y la pertinencia del mismo, se procede a desarrollar la exposición de motivos en el siguiente orden.

1. Objeto y Antecedentes Legislativos.

La presente iniciativa legislativa responde a la necesidad de fortalecer las capacidades técnicas de la Rama Judicial para el conocimiento y resolución de los asuntos relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La dinámica del sistema, su alto nivel de complejidad normativa, financiera y científica, así como el creciente volumen de controversias judiciales, hacen indispensable que los operadores de justicia cuenten con herramientas de apoyo técnico especializado que les permitan adoptar decisiones mejor fundamentadas.

La creación del Comité Técnico Especializado en Salud constituye una herramienta de apoyo institucional orientada a suministrar insumos técnicos de carácter interdisciplinario que contribuyan a una

mejor comprensión de las controversias propias del sector salud. Con ello se busca fortalecer la calidad de las decisiones judiciales, promover criterios técnicos más sólidos y favorecer una mayor seguridad jurídica en una materia de alto impacto social y fiscal.

Asimismo, se espera que esta medida contribuya a reducir la litigiosidad innecesaria, facilite la resolución oportuna de los conflictos, optimice el uso de los recursos públicos destinados al sistema de salud y fortalezca la confianza de los ciudadanos en la administración de justicia, mediante decisiones sustentadas en criterios jurídicos y técnicos acordes con la complejidad del sector

Cabe señalar que esta iniciativa tiene como antecedente, el proyecto radicado en 2025 por la Senadora Norma Hurtado, el Representante a la Cámara Víctor Manuel Salcedo y otros congresistas. La iniciativa fue tramitada ante la Comisión Primera del Senado, donde fue designado como ponente el Senador Alfredo Deluque.

Durante su trámite legislativo se recibieron observaciones y comentarios por parte del Instituto Colombiano de Derecho Procesal, los cuales fueron considerados en el estudio de la propuesta. Posteriormente, se presentó ponencia positiva para primer debate; sin embargo, el proyecto fue archivado por vencimiento de términos, al no alcanzar a surtir el primer debate dentro de la legislatura correspondiente, de conformidad con las reglas del procedimiento legislativo.

2. Estado de las tutelas en salud en Colombia

Con la promulgación de la Constitución Política de 1991, en su artículo 48, se establece que le corresponde al Estado regular el sistema de salud, especialmente, para el goce efectivo de este derecho entre sus ciudadanos. Asimismo, una de las manifestaciones que aseguraron el cumplimiento de la prestación del servicio de salud está consagrada en los artículos 345 y 350 de la Carta Política, que se refieren a la Ley de Apropiações o Presupuesto de Gastos¹.

A principios del presente siglo, se constató un evidente progreso en áreas sociales de vital importancia. Por ejemplo, en materia de educación, la cobertura neta a nivel de primaria presentó un incremento de 73% en los años ochenta a casi el 90% al finalizar los años noventa, lo mismo ocurrió en el área de cobertura en salud, transitando de un aseguramiento del 60% al 79%².

Igualmente, el Sistema ha establecido acciones positivas dirigidas a garantizar las condiciones de grupos poblacionales vulnerables que antes de dichas reformas no tenían atención en salud³.

Específicamente, en el área de salud, la asignación presupuestal para ese campo aumentó

de \$2 billones en 1996 a \$22 billones en 2017. A través de un enorme esfuerzo institucional, se ha logrado que el número de afiliados al SGSSS en los tres regímenes de afiliación a nivel nacional se haya incrementado a lo largo de los últimos 22 años, generando un aumento en la cobertura total del sistema, con el cubrimiento del 29,21% en el año 1995 hasta el 94,88%, registrado al cierre del año 2017⁴.

Sin embargo, a través de las transformaciones sociales, económicas, políticas e institucionales se hace necesario reconocer que los organismos colombianos encargados de garantizar los servicios sociales de sus ciudadanos han sufrido desgastes y pérdida de perceptibilidad que otorgue la debida satisfacción de las necesidades que se les ha encomendado atender. En pocas palabras, estamos viviendo en una corriente institucionalista que denuncia una realidad social con muchas deficiencias e injusticias⁵.

En ese sentido, contra el sistema de salud se han acumulado un sinnúmero de quejas y acciones judiciales relacionados con casos que se refieren a diversas situaciones en las cuales el acceso a los servicios de salud requerido fue negado o prestado insatisfactoriamente, en ítems como: acceso a servicios de salud contemplados en el plan obligatorio de salud, POS, sometidos a pagos moderadores; acceso a servicios de salud no incluidos dentro del POS; acceso a los servicios de salud que requiere un menor [presupuesto] para su adecuado desarrollo; reconocimiento de incapacidades laborales cuando no se cumplen los requisitos de pago oportuno; acceso a los servicios de salud en condiciones de integralidad; acceso a los servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como a los exámenes diagnósticos; acceso a los servicios de salud requeridos por personas vinculadas al Sistema de Salud, en especial si se trata de menores; acceso a los servicios de salud cuando se requiere desplazarse a vivir en lugar distinto a aquel en que reside la persona y libertad de elección de la entidad encargada de garantizarle el acceso a la prestación de los servicios de salud⁶.

Entre 1999 a 2015, se han presentado 614.520 acciones de tutela, de las cuales 151.213 de ellas corresponden a amparos en salud. El incremento exponencial de las acciones contra el sistema de aseguramiento se evidencia en hechos tales como:

1. En 1999 se contabilizaron 21.301 acciones de tutelas.
2. Se evidencia un crecimiento del 27,84% con relación a 2014 cuando se utilizó el mecanismo constitucional 118.281 veces.

¹ (Plazas Gómez & Moreno Guzmán, 2017)

² (Clavijo, 2001)

³ (Clavijo, 2001)

⁴ (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.)

⁵ (La Gran Enciclopedia de Economía, s.f.)

⁶ (Plazas Gómez & Moreno Guzmán, 2017)

3. En promedio cada 3 minutos se interpone en Colombia una tutela para reclamar servicios de salud.
4. El derecho a la salud es el segundo más accionado después del derecho de petición⁷.

Las decisiones en materia de salud están ligadas principalmente a la concesión de tratamientos, medicamentos, citas médicas, prótesis e insumos médicos y cirugías. En 2015, las tutelas interpuestas por tratamientos ascendieron a 76.899, por medicamentos 51.795, por citas médicas 34.005, por prótesis e insumos médicos 34.140 y finalmente por cirugías 28.324 solicitudes⁸.

Por su parte, la Defensoría del Pueblo reportó en su informe publicado en 2024 denominado “La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social 2023” que durante dicho se año registraron un total de 197.765 acciones en las cuales los ciudadanos invocaron el derecho fundamental a la salud, bien como derecho individualizado o en conjunto con otros derechos, lo que representó el 26,95% del total de las acciones de tutela interpuestas en el país ese año. El número representa un incremento significativo del 26.44 % respecto al año anterior. Este aumento llevó a que el 2023 se convirtiera en el año con la tercera frecuencia más alta de acciones de tutela que invocan el derecho a la salud desde 1991 (Tabla 1).

La Defensoría del Pueblo advierte que es importante señalar que el número de posibles violaciones al derecho a la salud puede ser aún mayor, debido a que muchos usuarios invocan solamente el derecho de petición para tener acceso a servicios de salud, lo que significa que pueden existir más casos de violaciones al derecho a la salud que no se reflejan en el número de acciones de tutela interpuestas.

Tabla 1. Participación de las tutelas de salud (periodo 1999-2023)

Año	Tutelas en Colombia		Tutelas en Salud		Participación salud %	Tasa de crecimiento en promedio mensual %	
	Total	Promedio mensual	Total	Promedio mensual		Total	Salud
1999	86.313	7.193	21.301	1.775	24,68	-	-
2000	131.764	10.980	24.843	2.070	18,85	52,66	16,63
2001	133.272	11.106	34.319	2.860	25,75	1,14	38,14
2002	143.887	11.991	42.734	3.561	29,70	7,96	24,52
2003	149.439	12.453	51.944	4.329	34,76	3,86	21,55
2004	198.125	16.510	72.033	6.003	36,36	32,58	38,67
2005	224.270	18.689	81.017	6.751	36,12	13,20	12,47
2006	256.166	21.347	96.226	8.019	37,56	14,22	18,77
2007	283.837	23.636	107.238	8.937	37,81	10,72	11,44
2008	344.468	28.706	142.957	11.913	41,50	21,45	33,31
2009	370.640	30.887	100.490	8.374	27,11	7,60	-29,71
2010	403.380	33.615	94.502	7.875	23,43	8,83	-5,96
2011	405.359	33.780	105.947	8.829	26,14	0,49	12,11
2012	424.400	35.367	114.313	9.526	26,94	4,70	7,90
2013	454.500	37.875	115.147	9.596	25,93	7,09	0,73
2014	498.240	41.520	118.281	9.857	23,74	9,62	2,72
2015	614.520	51.210	151.213	12.601	24,61	23,34	27,84
2016	617.071	51.423	163.977	13.665	26,57	0,42	8,44
2017	607.499	50.625	197.655	16.471	32,54	-1,55	20,54
2018	607.308	50.609	207.734	17.311	34,21	-0,03	5,10
2019	620.257	51.688	207.368	17.281	33,43	2,13	-0,18
2020	290.531	32.281	81.899	9.100	28,19	-37,55	-47,34
2021	456.438	38.037	92.499	7.708	20,27	17,83	-15,29
2022	619.438	51.620	156.413	13.034	25,25	35,71	69,10
2023	733.745	61.145	197.765	16.480	26,95	18,45	26,44
Total	9.674.667		2.779.815		28,73		

⁷Nota: En 2020 la información corresponde a 9 meses.
⁸Fuentes: Corte Constitucional; Cálculos: Defensoría del Pueblo

(Plazas Gómez & Moreno Guzmán, 2017)
(Defensoría del Pueblo, 2016)

Tabla 2. Tutelas de salud por departamento (periodo 2022-2023)

Departamento	2022		2023		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Antioquia	27.866	17,82	37.155	18,79	33,33
Valle	17.449	11,16	21.415	10,83	22,73
Bogotá D.C.	14.858	9,50	19.006	9,61	27,92
Norte de Santander	12.573	8,04	14.529	7,35	15,56
Santander	9.736	6,22	11.375	5,75	16,83
Caldas	9.905	6,33	10.354	5,24	4,53
Risaralda	5.212	3,33	8.233	4,16	57,96
Tolima	5.381	3,44	7.052	3,57	31,05
Bolívar	3.913	2,50	5.958	3,01	52,26
Nariño	4.023	2,57	5.762	2,91	43,23
Cesar	3.923	2,51	5.710	2,89	45,55
Cundinamarca	4.570	2,92	5.136	2,60	12,39
Boyacá	4.221	2,70	4.715	2,38	11,70
Atlántico	3.871	2,47	4.510	2,28	16,51
Huila	3.790	2,42	4.489	2,27	18,44
Córdoba	3.753	2,40	4.410	2,23	17,51
Cauca	3.164	2,02	4.284	2,17	35,40
Meta	3.270	2,09	3.649	1,85	11,59
Arauca	2.945	1,88	3.393	1,72	15,21
Quindío	2.478	1,58	3.225	1,63	30,15
Magdalena	2.034	1,30	3.096	1,57	52,21
Caqueta	1.863	1,19	2.829	1,43	51,85
Sucre	1.590	1,02	1.697	0,86	6,73
Casanare	910	0,58	1.438	0,73	58,02
Putumayo	875	0,56	1.062	0,54	21,37
La Guajira	519	0,33	897	0,45	72,83
Chocó	546	0,35	773	0,39	41,58
San Andrés	259	0,17	495	0,25	91,12
Amazonas	493	0,32	486	0,25	-1,42
Vaupés	137	0,09	215	0,11	56,93
Guainía	150	0,10	161	0,08	7,33
Vichada	55	0,04	144	0,07	161,82
Guaviare	81	0,05	112	0,06	38,27
Total	156.413	100,00	197.765	100,00	26,44

Fuentes: Corte Constitucional; Cálculos: Defensoría del Pueblo

Además, en 1.044 municipios se interpuso al menos una tutela que invocaba el derecho a la salud, 24 más que en el 2022. Persistieron las dificultades de accesibilidad en zonas dispersas, especialmente en municipios de los departamentos de Amazonas, Vaupés, Guainía y Chocó.

Los municipios con el mayor número de tutelas fueron: Bogotá con 19.006, Medellín con 17.482, Cali con 10.728, Cúcuta con 8.661 y Manizales con 5.547. Teniendo en cuenta el indicador de número de tutelas por cada 10.000 habitantes en las capitales de Departamento, Arauca, Florencia, Manizales, Cúcuta y Pereira fueron las ciudades con los indicadores más elevados.

Por **entidad demandada**, el estudio arrojó que el 80,21 % de las tutelas en salud se dirigieron contra las EPS vigentes, situación lógica ya que son las que aseguran la población, observándose un incremento en la participación de 10,45 puntos porcentuales respecto a 2022. Este grupo sumó 159.860 acciones, con un incremento del 44,49%.

En segundo lugar, estaban las IPS (incluidas las que prestan servicios al magisterio), con el 5,45% de las tutelas y un incremento del 22,53%. Le siguieron los regímenes de excepción, que incluyen el sistema de salud de las fuerzas militares y de policía, Ecopetrol y el régimen del magisterio (sin IPS), cuya participación fue de 4,57%, con un aumento en la frecuencia del 25,91% frente al 2022. En el cuarto lugar se ubicaron las entidades territoriales, con el 2,10% y una disminución del 25,80 (tabla 4).

Tabla 4. Tutelas en salud según el tipo de entidad demandada (periodo 2022-2023)

Tipos de entidad demandada	2022		2023		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Entidades Promotoras de Salud vigentes (EPS)	110.638	69,76	159.860	80,21	44,49
Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)	8.869	5,59	10.867	5,45	22,53
Regímenes de excepción*	7.465	4,71	9.103	4,57	21,94
Entes territoriales	5.654	3,56	4.150	2,08	-26,60
Impec/USPEC/penitenciarias	3.704	2,34	3.715	1,86	0,30
Administradores de Riesgos Laborales (ARL) y aseguradoras	2.835	1,79	3.169	1,59	11,78
Administradores de Fondos de Pensiones (AFP)	675	0,43	627	0,31	-7,11
Empresas de medicina prepagada y complementaria	447	0,28	527	0,26	17,90
Otros (incluye EPS liquidadas)	18.217	11,55	7.287	3,66	-60,22
Total	158.604	100,00	199.305	100,00	25,66

Fuentes: Corte Constitucional; Cálculos: Defensoría del Pueblo

En valores absolutos, Nueva EPS fue la entidad con el mayor número (44.347), con un incremento de 39,96% y una participación del 27,37%. En segundo lugar, se ubicó Sanitas, con 16.213 tutelas y un aumento de 44,68%, seguida de Sura con 15.170 acciones y un aumento de 41,29%, SaviaSalud (14.255) y Asmet salud con 12.459 (Tabla 5).

Los incrementos porcentuales más elevados se observaron en Anas Wayuu (153,33%), Dusakawi (108,57%), Capresoca (105,08%), Asmet salud (81,94%) y Comfaoriente (81,11%). En general todas las EPS tuvieron incrementos significativos.

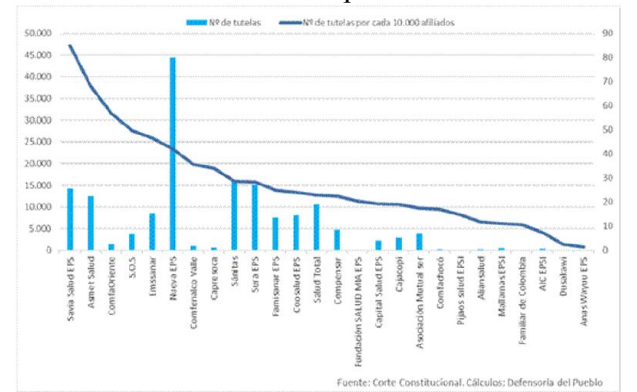
Tabla 5. Número de tutelas en cada EPS en 2022-2023

EPS	2022		2023		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Nueva EPS	31.685	25,70	44.347	27,37	39,96
Sanitas	11.206	9,09	16.213	10,01	44,68
Sura EPS	10.737	8,71	15.170	9,36	41,29
Savia Salud	8.609	6,98	14.255	8,80	65,58
Asmet Salud	6.848	5,55	12.459	7,69	81,94
Salud Total	9.923	8,05	10.649	6,57	7,32
Emssanar	7.050	5,73	8.581	5,30	21,54
Coosalud	5.828	4,57	8.096	5,00	43,85
Famisanar	4.446	3,61	7.518	4,64	69,10
Compensar	2.874	2,33	4.813	2,97	67,47
Asociación Mutua Ser	2.313	1,88	3.888	2,40	68,09
Servicio Occidental de Salud S.O.S	2.393	1,94	3.741	2,31	56,33
Cajaocopi	1.872	1,52	2.900	1,79	54,91
Capital salud	1.982	1,59	2.261	1,40	15,24
Comfa Oriente	736	0,60	1.333	0,82	81,11
Comfenalco Valle	768	0,62	1.052	0,65	36,98
Capresoca	295	0,24	605	0,37	105,08
Mallamás EPSI	270	0,22	433	0,27	60,37
Asociación Indígena del Cauca	235	0,19	419	0,26	78,30
Alliansalud	246	0,20	300	0,19	21,95
Comfachocó	205	0,17	295	0,18	43,90
PijaoSalud EPSI	109	0,09	167	0,10	53,21
Comfaucre/Familiar de Colombia	82	0,07	130	0,08	58,54
Fundación Mía	86	0,07	118	0,07	37,21
Dusakawi	35	0,03	73	0,05	108,57
Anas Wayuu EPSI	15	0,01	38	0,02	153,33
EPS liquidadas	12.638	10,25	2.154	1,33	-82,96
Total	123.276	100,00	167.008	100,00	31,42

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Teniendo en cuenta el indicador número de tutelas en salud por cada 10.000 afiliados según EPS, se encontró que todas las EPS tuvieron incrementos, siendo los más altos los observados en Anas Wayuu EPSI, Capresoca, Asmet salud, Mutua ser y Dusakawi (figura 1).

Figura 1. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes por EPS-2023



En cuanto a las tutelas en contra de las IPS (hospitales, clínicas y centros de salud) que ocuparon el segundo lugar en el grupo de entidades con el mayor número de tutelas en salud (10.867) y un incremento del 22,53% con respecto al 2022.

Las IPS más tuteladas fueron las que prestan servicios al magisterio, tales como Cosmitet (8,03%),

Redvital/Sumimedical (5,36%) y Avanzar Médico/Foscal (5,13%). Entre las IPS públicas sobresale el hospital Erasmo Meóz, de Cúcuta y Hospital Universitario del Valle. Las IPS que prestan servicio al magisterio no son exclusivas para estos usuarios, pues varias ofrecen servicios a EPS y otras entidades, por las que también son demandadas (Tabla 6).

Con respecto a la ubicación de las IPS, el 16,77% de las tutelas son contra IPS, en Antioquia, el 10,74% en Valle del Cauca, el 9,65% en Bogotá, el 7,92% en Norte de Santander y el 5,53% en Santander. Las ciudades con más tutelas de este grupo son Bogotá con 9,65%, Medellín (8,31%), Cali (5,94), Cúcuta (6,15%) y Manizales (3,53%).

Tabla 6. Tutelas en salud contra IPS (periodo 2022-2023)

IPS	2022		2023		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Cosmitet	855	9,64	873	8,03	2,11
Redvital/Sumimedical	551	6,21	582	5,36	5,63
Avanzar Médico/Foscal	507	5,72	557	5,13	9,86
Clínica General del Norte	337	3,80	480	4,42	42,43
Tolihula/Emcosalud	200	2,26	294	2,71	47,00
Servisalud	266	3,00	252	2,32	-5,26
Hospital Erasmo Meóz	249	2,81	238	2,19	-4,42
Medisalud	227	2,56	191	1,76	-15,86
Medicina Integral	141	1,59	190	1,75	34,75
Hospital Universitario del Valle	87	0,98	99	0,91	13,79
Proinsalud	74	0,83	59	0,54	-20,27
Fundación Médico Preventiva	83	0,94	51	0,47	-38,55
Otras IPS	5.292	59,67	7.001	64,42	32,29
Total	8.869	100,00	10.867	100,00	22,53

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

En los regímenes de excepción, que se constituyeron como el tercer grupo con más acciones en su contra con 9.103 tutelas, presentó un incremento del 21,94%, donde el 97,17% corresponde a los servicios de salud de las fuerzas militares y de policía, en gran parte por la no inclusión en este grupo de las IPS que prestan servicios al régimen de salud del magisterio (solo se incluyeron tutelas contra magisterio plenamente identificadas) (Tabla 7).

Tabla 7. Tutelas en salud contra entidades de regímenes de excepción (periodo 2022-2023)

	2022		2023		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Fuerzas Militares y de Policía	7.209	96,57	8.845	97,17	22,69
Fondo de Previsión del Magisterio	177	2,37	159	1,75	-10,17
Ecopetrol	79	1,06	99	1,09	25,32
Total	7.465	100,00	9.103	100,00	21,94

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Los cinco diagnósticos más frecuentes que se relacionaron en las tutelas de 2023 fueron tumores y neoplasias (11,74%), enfermedades del sistema osteomuscular (9,52%), enfermedades del sistema circulatorio (9,43%), traumatismos y envenenamientos (8,02%) y enfermedades del aparato genitourinario (7,67%). En todos los diagnósticos se presentaron incrementos significativos, siendo los de mayor crecimiento los trastornos mentales y del comportamiento, los cuales aumentaron en el 51,48% con relación a 2022 (Tabla 8).

Es de anotar que los diagnósticos fueron agrupados según los capítulos y bloques establecidos en la clasificación “Estadística Internacional de Enfermedades (CIE) 10”.

Tabla 8. Diagnósticos principales en las tutelas según régimen (año 2023)

Diagnósticos en las Tutelas	RÉGIMEN								TOTAL
	Contributivo y Subsidiado		Especiales		Otros				
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	
Tumores (Neoplasias)	33.83	90.96	9.83	5.31	6.22	3.73	11.73		
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	10.17	89.20	9.11	6.07	6.39	4.73	9.51		
Enfermedades del sistema circulatorio	9.93	88.21	11.53	7.76	5.39	4.01	9.42		
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	6.49	67.50	7.71	6.10	30.08	26.40	8.01		
Enfermedades del aparato genitourinario	8.04	91.63	6.45	5.34	3.30	3.03	7.66		
Enfermedades del sistema nervioso	7.22	88.67	8.73	7.28	4.38	4.05	7.60		
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6.40	90.74	8.12	7.72	1.46	1.54	6.66		
Trastornos mentales y del comportamiento	5.56	88.07	7.11	7.04	4.45	4.89	6.40		
Enfermedades del sistema digestivo	5.37	86.71	2.17	2.23	9.67	11.05	6.15		
Enfermedades del ojo y sus anexos	5.22	89.96	4.84	5.25	3.98	4.79	5.84		
Otros/No refiere	21.78	84.37	14.40	7.36	24.69	8.26	21.01		
Total	100	86.63	100.0	6.34	100.0	7.09	100.0	10	

Los tumores y neoplasias presentaron un aumento del 17,70% con relación a 2022, lo que incrementó la problemática relacionada con el acceso efectivo al tratamiento de cáncer por falta de oportunidad en citas con especialistas, no disponibilidad de medicamentos para quimioterapias y no disponibilidad de insumos médicos, entre otros factores. El 90,96% correspondieron a los Regímenes Contributivo y subsidiado, el 5,31% a los exceptuados y el 3,73% (Tabla 9).

Tabla 9. Tutelas por diagnóstico de tumores y neoplasias (año 2023)

Diagnósticos en tumores y neoplasias	RÉGIMEN						TOTAL	
	Contributivo y Subsidiado		Especiales		Otros			
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. Vertical %	Part. Horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %
Tumor maligno de la mama	13.50	93.29	11.24	4.54	7.69	2.17	13.16	100
Tumor maligno de la próstata	7.39	92.56	10.18	7.44	0.00	0.00	7.27	100
Otros tumores maligno de la piel	5.64	96.10	0.00	0.00	5.59	3.90	5.34	100
Tumor maligno del encéfalo	4.22	81.36	5.38	6.05	15.99	12.59	4.72	100
Leiomioma del útero	4.38	86.46	5.68	6.85	7.92	6.69	4.40	100
Tumor maligno de la glándula tiroides	3.44	83.86	5.68	8.09	8.07	8.05	3.73	100
Tumor maligno del colon	3.59	91.58	5.65	8.42	0.00	0.00	3.56	100
Tumor maligno del estómago	3.80	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.46	100
Tumor maligno del cuello del útero	3.78	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.44	100
Tumor maligno del ovario	2.82	81.40	5.66	9.53	7.69	9.07	3.15	100
Otros	47.63	90.71	50.54	5.62	47.06	3.66	47.76	100
Total	100	90.97	100	5.31	100	3.72	100	100

Fuente: Los regímenes especiales corresponden a Fuerzas militares y de Policía y al magisterio.
Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensor 12-7-2010.

Las solicitudes más frecuentes en las tutelas aumentaron un 24,84% en comparación con el año anterior. De las solicitudes realizadas por los usuarios, el 45.58% correspondió a servicios y tecnologías, incluyendo citas médicas, cirugías, imágenes, terapias y laboratorios, entre otros, seguido, en segundo lugar, por solicitudes de transporte y viáticos, con un 24.27%; en tercer lugar, los tratamientos integrales con un 14.01%; y, los medicamentos con un 12.23% (Tabla 10).

Cabe destacar que los mayores crecimientos se observaron en la categoría de medicamentos, con un aumento del 36,87%, ocasionado por el desabastecimiento de estos, que ocasiona su no entrega o su entrega parcial.

El 88,10% de las solicitudes pertenecieron a los regímenes contributivo y subsidiado, mientras que el 6,65% correspondió a solicitudes de regímenes especiales (magisterio y fuerzas armadas y de

policía), y el 5,24% a otros. En las tres clasificaciones realizadas, los servicios fueron lo más solicitado.

Tabla 10. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud en 2023

Contenidos	RÉGIMEN								TOTAL
	Contributivo y Subsidiado		Especiales		Otros				
	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	Part. vertical %	Part. horizontal %	
Servicios y tecnologías en Salud	42.81	87.74	60.95	8.90	72.69	8.36	45.58	100	
Otros relacionados con Salud	26.26	95.32	13.73	3.78	4.28	0.99	24.27	100	
Tratamiento Integral	14.51	91.27	11.97	5.69	8.13	3.04	14.01	100	
Medicamentos	12.65	91.16	8.25	4.49	10.16	4.36	12.23	100	
Pañales y productos de aseo	1.67	87.28	2.73	10.75	0.63	1.97	1.69	100	
Aseguramiento en salud	1.51	82.80	1.72	8.24	2.38	8.96	1.39	100	
Productos dentarios y alimenticios	0.74	90.74	0.66	6.11	0.43	3.24	0.72	100	
Otros no relacionados con salud	0.04	33.71	0.00	0.00	1.29	66.29	0.10	100	
Total	100	88.10	100	6.65	100	5.24	100	100	

Los requerimientos por servicios y tecnologías en salud ocuparon el primer lugar con el 45,58% del total y un incremento del 22,07%, respecto al 2022 las principales solicitudes corresponden a citas médicas especializadas (27,14%), cirugías (17,29%), imágenes diagnósticas (9,98%) y exámenes de laboratorios clínicos (9,09%) (Tabla 25).

Las citas médicas especializadas más solicitadas fueron ortopedia (10,36%), oftalmología (6,98%), medicina interna (6,56%), otorrinolaringología (6,28%), urología (6,25%), neurología (6,04%), anestesiología (5,18%), cirugía general (3,53%), ginecoobstetricia (3,28%) y psiquiatría (3,18%). Es de anotar que, en regímenes especiales, entre las diez primeras se destacan, cardiología y neurocirugía, mientras que, en los demás sistemas, se encuentran dermatología y neumología.

Las cirugías más solicitadas en las tutelas se encuentran las relacionadas con ortopedia (21,98%), oftalmología (13,01%), cirugía general (10,75%), ginecoobstetricia (7,71%), otorrinolaringología (7,11%), neurocirugía (5,99%), urología (4,67%), gastroenterología (3,16%) y mastología (2,85%).

En el grupo de imágenes diagnósticas, los terceros servicios más solicitados, están las imágenes obtenidas con equipos que no generan radiación, como las ecografías, los Doppler y los resonadores magnéticos, que funcionan con ultrasonido con el 48,23%. Les siguen las imágenes con radiaciones ionizantes, que son negadas en el 36,53% de los casos y corresponden a tomografías axiales computarizadas, radiografías convencionales y gammagrafías.

Entre los exámenes de laboratorio clínico que representaron el 9,09% de las solicitudes, se encontraron los hemogramas II, III y IV, el antígeno prostático, pruebas de función renal, pruebas de función hepática, tiempo de protombina y la hormona estimulante de tiroides (TSH). Adicional, se encuentran tutelas por exámenes especializados necesarios para el caso de trasplantes, estudios de enfermedades huérfanas, enfermedades autoinmunes y enfermedades genéticas, entre otras.

Como segunda solicitud, se destacó la categoría denominada “otros relacionados con salud” que en este caso hace referencia a transporte y viáticos para pacientes y acompañantes y a cuidadores, las cuales representan el 24,25% de los casos.

En tercera posición se encontraron las “solicitudes por tratamiento integral” con el 14,01%. Los tratamientos integrales más solicitados son aquellos que requieren los pacientes con tumores y neoplasias (15,35%), con enfermedades del sistema circulatorio (10,96%) pacientes con enfermedades osteomuscular (8,43%), enfermedades del sistema nervioso (8,47%) y enfermedades del sistema genitourinario (8,25%) (Tabla 27). Los pacientes suelen incluir esta solicitud en la tutela para asegurarse de que su atención médica relacionada con una misma patología esté cubierta de manera completa.

En cuarto lugar, estuvieron las tutelas por medicamentos, con una participación del 12,23%. De acuerdo con su categoría terapéutica, los más solicitados fueron los antiinflamatorios con el 12,03 %, entre los cuales sobresalieron los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), como la aspirina, el ibuprofeno, el ketoprofeno, el celecoxib, el diclofenaco y el ketorolaco entre otros. En segundo lugar, están los medicamentos antidiabéticos con 9,53% como la Empagliflozina, la metformina, la insulina entre otros, que de no administrarse los pacientes presentarían deterioro importante de la salud inclusive la muerte.

Le siguen los medicamentos antihipertensivos con el 7,75 %, entre los cuales se encuentran el valsartán solo o combinado, el losartán, irbersartán, lamersartán y amlodipino; los analgésicos con el 6,22%, siendo el acetaminofén solo o combinado, la dexmedetomidina, la hioscina y la oxicodona los más pedidos, todos muy utilizados en la población colombiana y, en quinto lugar, los medicamentos a base de hormonas con el 7,43 % los cuales son importantes para el tratamiento de algunos cánceres; entre ellos, levotiroxina, toxina botulínica, pancreatina, factor de crecimiento epidérmico recombinante humano y bicalutamida, los cuales son de administración continua para evitar complicaciones y estancias hospitalarias.

3. Impacto de las tutelas en el gasto en salud y su idoneidad

Ante la expectativa que generó la promulgación de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, la cual abre caminos al desarrollo de medidas encaminadas a garantizar el derecho fundamental de la salud y al progreso del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se colige que el número de acciones interpuestas para garantizar el derecho a la salud no tendrá mayor reducción a corto plazo, aun habiendo eliminado la diferenciación del Plan Básico de Salud-PBS⁹ con el mandato emanado de la Sentencia C-760 de 2008 de la Corte Constitucional, pues, al contrario de lo que se esperaría con tales medidas, se informa que el porcentaje más alto de amparos solicitados son por prestaciones incluidas en el PBS¹⁰.

El elevado porcentaje de acciones interpuestas para hacer valer el PBS, que para el año 2015 fue de 64,08%, cuyo porcentaje más alto se ubicó en el régimen subsidiado, en comparación con el régimen contributivo. Las cifras recolectadas desde 2003 hasta 2015, sobre tutelas por servicios PBS, revelan constantes barreras al acceso que sufren los usuarios del SGSSS, que en teoría no deberían existir, debido a que esas prestaciones ya han sido cubiertas desde la afiliación y cotización de las personas, con la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que es el valor del PBS para los afiliados¹¹.

El número de tutelas para reclamar servicios de salud por el POS se incrementó, lo cual da continuidad al problema de inequidad de la salud, además de la violación de los principios constitucionales de eficiencia, universalidad y solidaridad¹². Por citar un ejemplo, en 2014 las solicitudes por servicios PBS son de 65,74% y las del régimen subsidiado superaron en 9 puntos porcentuales al régimen contributivo¹³.

La gravedad respecto a la negación de prestación de servicios PBS se constata en que existen atenciones que pueden ser tratadas con antelación, precisamente por estar cubiertas a través de una forma de aseguramiento individual obligatorio, que está compuesto por unos afiliados, un riesgo, una prima, una cobertura, un patrimonio técnico y una reserva técnica, ésta última para pagar riesgos que se quieren conjurar¹⁴. Si los aseguradores en salud ignoran la prestación de servicios a través de la metodología mencionada, se estaría permitiendo que la enfermedad evolucione y se agrave.

Las atenciones de hospitalización en la unidad de cuidados intensivos (UCI) neonatal, pediátrica y de adulto, son consideradas por la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) como servicios de alto costo¹⁵ que, sin embargo, están cubiertos en el PBS mediante la cobertura del derecho a servicios de hospitalización en la UCI, incluyendo, además de los servicios básicos, la atención médica de especialistas en cuidados intensivos, cardiología y medicina interna, de personal paramédico la utilización de equipos de monitoria cardioscópica y de presión, ventilación mecánica de presión y volumen, desfibrilación, cardioversión y la práctica de electrocardiogramas, electroencefalogramas, gasimetrías y demás que se requieran. Sin embargo, la desatención de estos servicios origina, en consecuencia, agravamiento de la enfermedad y, por tanto, demandas contra el sistema de salud¹⁶.

Ahora bien, la jurisprudencia ha dado luces sobre los criterios que deben seguir los jueces respecto a

⁹ Son los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. (Ministerio de Salud, s.f.)

¹⁰ (Plazas Gómez & Moreno Guzmán, 2017)

¹¹ (Defensoría del Pueblo, 2016)

¹² (Plazas Gómez & Moreno Guzmán, 2017)

¹³ (Defensoría del Pueblo, 2016)

¹⁴ (Solorio, 2001)

¹⁵ (ACEMI, 2015)

¹⁶ (Ministerio de Salud, Todo lo que usted debe saber sobre el Plan de Beneficios - POS, 2014)

las providencias que emiten cuando resuelven una acción contra el sistema de salud, tales principios se encuentran enunciados en las decisiones de tutela T-736 de 2004 y T-922 de 2009, los cuales son: **1) Que la prestación haya sido ordenada por un médico adscrito a la entidad de salud; 2) Que sea necesaria para la conservación de un derecho fundamental; 3) Que ya se haya solicitado a la entidad encargada de la prestación. Ante la necesidad irrestricta de acatar estas pautas, se presenta uno de los pilares que da cuenta para instaurar el presente proyecto de ley, sin perjuicio del debido respeto a la autonomía de las decisiones judiciales.**

Por otra parte, cuando se reclama un siniestro por fuera de la cobertura que proporciona el PBS, los usuarios recurren a las acciones de tutela para que los jueces constitucionales protejan sus derechos fundamentales, incluso con el costo de desatender la forma de aseguramiento¹⁷. Son las llamadas demandas por desatención No PBS.

Aunque, contrario a lo que se pensaría, no son las desatenciones de las solicitudes No PBS las que originan con mayor frecuencia las demandas contra el sistema de salud, pero sí son en parte las que más problemas generan. En materia de recobros por eventos No PBS, la línea ha sido progresiva con el paso de los años, pues creció a una tasa anual promedio de 87% entre 2005 y 2010, hasta llegar a \$2,35 billones en 2010. En 2013, se llegó a la suma de \$1,69 billones o de \$2.371 billones, incluyendo aprobación de recobros sin constancia de cancelación futura, que fue de aproximadamente de \$600.000 millones. En 2014 se recobraron \$2,13 billones, incluyendo la aprobación de recobros sin constancia de cancelación futura, aproximadamente de \$842.000 millones¹⁸.

Siguiendo por esa línea, el día 7 de diciembre de 2018 en una audiencia pública convocada por la Corte Constitucional para evaluar la calidad del sistema de salud, funcionarios del Ministerio de Hacienda y Crédito Público manifestaron que, para lograr el pago de la UPC y recobros de ambos regímenes, la ADRES contó, para el 2018, con un presupuesto de 46,6 billones. Como no resultó ser suficiente ese monto para cubrir los gastos, logró adicionársele 3,9 billones a través de mayor número de cotizaciones, reintegros, recursos de capital, recursos de destinación específica y transferencias del FONPET. Así las cosas, para el año 2018, el presupuesto para recobros fue de 3,9 billones, del cual, se tuvieron que hacer esfuerzos adicionales para lograr conseguir 2,9 billones de ese monto. Incluso se llegó a afirmar que el gasto en recobros es 2,6 veces mayor al presupuesto que los recursos que administra a la ADRES a la par que aumentan el pago y número de los mismos.

Con el propósito de actualizar el impacto económico de los fallos de tutela en salud, se elevó

recientemente una petición a la Defensoría del Pueblo solicitando información sobre el costo de las decisiones judiciales emitidas en los últimos diez años relacionadas con acciones de tutela sobre el derecho fundamental a la salud. No obstante, la entidad respondió que no cuenta con dicha información.

En todo caso, es menester traer a colación la intervención de la exdirectora de la ADRES ante la Corte Constitucional, María Cristina Arango, manifestó en aquella audiencia pública que la cantidad de recobros también había aumentado a corte de 2018. En 2010 había 7 millones de ítems por auditar; a 2018 se tenía 12 millones de ítems en la misma situación. En cuanto al valor de los recobros, manifestó haber liquidado \$4 billones a 2017 y que, a 2018, se contaba con atrasos en las auditorías de los mismos, los cuales estaban valuados en una suma de \$2,8 billones. Sin embargo, dijo, se esperaba cerrar el año con un monto de \$3 billones para cumplirle a los recobrantes. Se llegó a manifestar por parte de la funcionaria que **se hacía necesario la utilización óptima de los recursos, dado que muchos de ellos se pierden en pago de enfermedades huérfanas inexistentes y recobros por medicamentos exageradamente altos en costos.**

Existen voces que incluso abogan por eliminar el mecanismo de recobros del sistema dada su condición de generador de ineficiencias y ventana a comportamientos opacos y abusos de diversos actores e involucrados contra la estabilidad macrofinanciera del sistema y que opera de manera contraria a las reglas básicas del modelo de aseguramiento social. Incluso, se ha abogado por empezar a restringir la financiación de los bienes, servicios complementarios y de asistencia social que son ordenados por los médicos del país y autorizados por los médicos mediante tutelas con cargo a los recursos No PBS¹⁹.

Bajo los antecedentes anteriormente mencionados, se ha registrado que, mediante tutelas, se cobraban, desde el inicio del SGSSS, los servicios y bienes No PBS que los usuarios solicitaban a la EPS. Desde entonces, se ha producido un incremento exponencial en el uso de la tutela, por tratarse de la vía más económica para recobrar a la ADRES²⁰.

La favorabilidad en la concesión de la tutela siempre registró una favorabilidad bastante amplia, para 2014 se situó en 83,16% en la primera instancia²¹, por la naturaleza del fallo de tutela y la disposición de recursos que trae inmerso, que hace que el juez presuma que siempre hay recursos para garantizar el derecho a la salud²². Para 2009, los 2.646.164 recobros presentados durante ese año 1.597.476 fueron tramitados por los Comité Técnico Científico (CTC), y 1.048.688 por vía tutela.

¹⁷ (Acosta, 2013)

¹⁸ (Plazas Gómez & Moreno Guzmán, 2017)

¹⁹ (Federación Nacional de Departamentos, 2019)

²⁰ (Plazas Gómez & Moreno Guzmán, 2017)

²¹ (Defensoría del Pueblo, 2016)

²² (Clavijo, 2001)

Los tratamientos de alto costo que, en su mayoría deben ser asistidos con tecnología No PBS, han abierto la puerta al uso de la acción de tutela para poder ser obtenidos en el transcurso de la enfermedad²³ y, a la vez, han repercutido en las finanzas del sistema de salud, ya que las tutelas en la mayoría de los casos son resueltas a favor de las pretensiones del paciente²⁴.

Es así como, a modo de ejemplo y, para dimensionar el valor de las enfermedades de alto costo, los pacientes con FIBROSIS QUÍSTICA requieren 17 medicamentos, 10 de los cuales no están en el PBS y, según un estudio realizado por la Fundación Colombiana para Fibrosis Quística, el costo de un paciente controlado es de \$30 millones mensuales, pero en el evento de no estar controlado, una sola hospitalización le puede costar al sistema \$2.000 millones de pesos²⁵.

Por otra parte, otro ejemplo se evidencia en enfermedades como la hipertensión, la cual demanda elevados costos derivados de medicamentos y remisiones: la hipertensión arterial pulmonar, por ejemplo, puede costar entre US\$30.000 a US\$90.000 por paciente y por año dependiendo de la complejidad. Asimismo, para 2013, la diabetes generó un gasto sanitario que superó los US\$548.000 millones de dólares, un 11% del presupuesto en salud del planeta y el cáncer, como otra patología que reporta elevados gastos, dependiendo de la etapa en que esté. Por ejemplo, en el cáncer de mama los estadios más cuantiosos por persona, son el regional con un costo total de \$65.603.537 y el cáncer metastásico, con un costo total de \$144.400.865²⁶.

Finalmente, el valor promedio de los servicios médicos ocasionados por un paciente cardiovascular es de \$12,8 millones de pesos y multiplicado por todos los usuarios con este tipo de patologías es de \$13,2 billones de pesos en el período comprendido entre 2002 y 2007, según un estudio realizado por el Ministerio de Protección Social y la Universidad de Antioquia. En el caso de la artritis reumatoide, los costos de la terapia biológica para el tratamiento de esta patología representan para el Estado colombiano unos \$20.000 millones de pesos anuales.

Ahora bien, la Corte Constitucional ha previsto en los casos en que se soliciten tratamientos o medicamentos fuera del PBS, que el juez constitucional está en el deber de revisar los siguientes requisitos: **1)** Que esta exclusión amenace los derechos fundamentales del paciente; **2)** que el medicamento o servicio no pueda ser sustituido por un bien que esté en el PBS –o que al sustituirlo, disminuya su efectividad–; **3)** el servicio o medicamento fue ordenado por un médico de la entidad de salud correspondiente; **4)** y el paciente no tiene la capacidad para costearlo. Se presenta, así, otro de los pilares que da cuenta de lo menester que

resulta instaurar el presente proyecto de ley ante la necesidad de acoger los principios en mención a la hora de proferir fallos en salud.

4. Casos de responsabilidad médica

Ahora bien, sobre el sistema de salud también recaen demandas por casos de responsabilidad médica o fallas médicas. Mediante oficio número 2019-1835-O, recibido por parte del Consejo de Estado a petición de la suscrita representante, se informa que los casos de responsabilidad médica engloban temas como: daño por acto no médico, daño derivado de anestesia, daño derivado de efectos adversos de métodos anticonceptivos, daño derivado de eutanasia, daño causado por equipos médicos, daño derivado de error de diagnóstico, daño en ginecología y obstetricia, daño en el marco de identidad de género, daño por infección nosocomial²⁷ o intrahospitalaria, daño por negación y demora en la prestación del servicio, óbito quirúrgico²⁸, daño derivado de procedimientos asistenciales y transfusiones, daño derivado de procedimientos quirúrgicos, daño derivado de productos farmacéuticos y suministro de medicamentos, daño por servicio paramédico, de urgencias y de ambulancia, daño por falla de consentimiento informado, daño post-operatorio y daño derivado de diagnóstico tardío.

El Consejo de Estado, mediante fallos analizados por la Sección Tercera, teniendo en cuenta las anteriores previsiones, informa que se pudo establecer la relación de ingresos y fallos proferidos por la Sección desde el año 2011, en las siguientes cantidades:

Tabla 11. Ingresos y fallos proferidos por fallas médicas.

Fuente: Consejo de Estado

Año	Procesos recibidos	Fallos de segunda instancia sobre el tema
2011	61	122
2012	84	148
2013	110	127
2014	99	118
2015	95	86
2016	51	42
2017	62	63
2018	42	59
2019	25	25
Total general	629	790

Se hace notar que, en la mayoría de los años, los fallos de segunda instancia fueron mayores a los ingresos del mismo período, en atención a que, desde el año 2010 a la fecha, la Sección Tercera ha manejado un inventario de expedientes que supera los diez mil procesos, con lo que se puede afirmar que la mayoría de los nuevos procesos entran en un tiempo

23 (Plazas Gómez & Moreno Guzmán, 2017)
24 (Defensoría del Pueblo, 2016)
25 (Plazas Gómez & Moreno Guzmán, 2017)
26 (Plazas Gómez & Moreno Guzmán, 2017)

27 Las infecciones nosocomiales son aquellas contraídas por pacientes ingresados en un recinto de atención a la salud y se adquieren durante su estancia en el lugar.
28 Todo cuerpo extraño olvidado en el interior del paciente durante una intervención quirúrgica.

de espera para la decisión de la Sala que corresponda y los fallos de cada año suponen ingresos de años anteriores. En la actualidad, los procesos vigentes por asuntos de falla médica alcanzan en promedio el 4% del inventario de la Sección Tercera, esto es, alrededor de 500 expedientes²⁹.

5. Ausencia de control y mala calidad de la información sobre fallos contra el sistema de salud

Mediante oficio emitido desde la oficina de la suscrita Representante a la Cámara al Ministerio de Salud y Protección Social, Fiscalía General de la Nación, Corte Suprema de Justicia, Superintendencia Nacional de Salud y Corte Constitucional, solicitando información bajo los siguientes parámetros:

1. Histórico de número de demandas judiciales por concepto de negación de tecnología PBS y No PBS; demandas por servicios sociales con vocación de atención a la salud denegados; demandas por inadecuada prestación de servicios médicos; demandas por deficiente cobertura de servicios; demanda por perjuicios y daños médicos; demandas por fraudes y reconocimiento irregular de pagos a favor de las EAPB, IPS y proveedores farmacéuticos; demandas por infracciones administrativas, con sus respectivos agravantes y atenuantes, contenidas en los artículos 3°, 5° y 6° de Ley 1949 de 2019.
 2. ¿Cuántas demandas resultaron a favor y en contra del sistema de salud colombiano? ¿Cuántas demandas interpusieron nuevamente por la misma razón? ¿Cuánto es el monto que representa para el Estado el resultado desfavorable de dichas las demandas?
 3. Discriminando cada interrogante de los puntos anteriores por año, territorio nacional, departamental y municipal.
 4. Se concluye, mediante las respuestas allegadas, que el Estado colombiano desconoce en el conocimiento que le corresponde albergar sobre la información que se le requirió proporcionar. Ante la evidente situación demostrada se vislumbran claros indicios que los problemas judiciales del sector salud desde hace bastante tiempo rebasaron la capacidad que como instancias les compete solucionar. A continuación, se citan las respuestas recibidas que suscitan la inferencia en mención:
- **Corte Suprema de Justicia³⁰:** Manifiesta que, infortunadamente, la Corte Suprema de Justicia no cuenta con el personal ni con

la infraestructura necesaria para recaudar a nivel municipal, departamental y nacional.

Adicionalmente, anotan que tanto la recolección de los datos y su sistematización implicaría realizar erogaciones presupuestales, sin que la Corte sea competente para ello, así como emplear términos que superarían con holgura el previsto para responder las solicitudes presentadas.

Indican que en lo que le corresponde a la Corte Suprema de Justicia, sus Salas Especializadas resuelven cerca de 180.000 acciones de tutela de primera, y segunda instancia por año, monto que dificulta establecer el número de quejas constitucionales presentadas para la salvaguarda del derecho a la salud.

- **Corte Constitucional³¹:** Remiten solicitud a la Presidencia del Consejo de Estado por ser de su competencia el suministro de la información sobre el histórico y la cuantificación de demandas judiciales.

Sin embargo, remiten a la dirección electrónica <https://www.ramajudicial.gov.co/web/estadisticas-judiciales/> para acceder a la información cuantitativa de distintos factores de gestión de la Rama Judicial de acuerdo a los planteamientos y finalidades presentados. Lastimosamente, cuando se navega por los movimientos de procesos llevados a cabo en el año 2019 en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa³², no ofrece, ni cerca, la información que se les solicita a través del derecho de petición.

Como se podrá observar, solo detallan la ubicación del despacho y el funcionario que regenta esa instancia; un inventario de ingresos y egresos de acciones judiciales y un desagregado escueto sobre las mismas que, sin duda alguna, no aportan absolutamente nada a la información solicitada. Así las cosas, puede intuirse que el redireccionamiento a ese sitio web constituye la elaboración de una respuesta quizá pronta y oportuna, mas no de fondo, como dicta la Sentencia de la propia Corte Constitucional C-951 de 2014, M. P. (e) Martha Victoria Sáchica Méndez.

- **Consejo de Estado³³:** Para los fines pertinentes y de su competencia, la Corte Constitucional remite oficio a la Presidenta del Consejo de Estado para resolver petición presentada. El 15 de julio de 2019, la única sección en manifestar respuesta fue la Tercera, a pesar de que fue repartida en las Secciones Primera, Segunda y Tercera de la Corporación.

²⁹ Respuesta del Consejo de Estado mediante oficio número 2019-1835-O.

³⁰ Respuesta fechada el 17 de junio de 2019 con radicado PCSJ número 725.

³¹ Respuesta fechada el 26 de junio de 2019 oficio número 116.

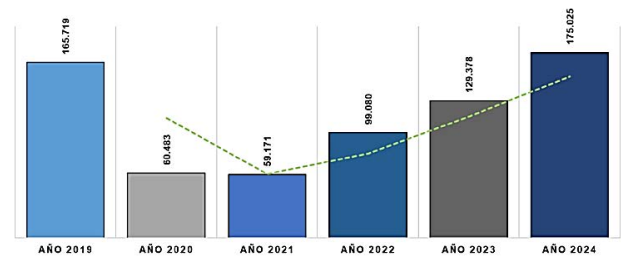
³² Respuesta como las de la Fiscalía General de la Nación y la Corte Constitucional manifiestan que es a esta rama del derecho a la cual le corresponde tramitar la información requerida.

³³ Respuestas fechadas al 2 de julio de 2019 con radicado CE-Presidencia-PQRS-INT-2019-1953 y al 15 de julio de 2019 con oficio número 2019-1835-O.

Gráfica N. 10

Tutelas Concedidas por el Derecho a la Salud

Corte: 31 de diciembre de las vigencias 2019-2024



Fuente; Estadísticas/Corte Constitucional:
Tutelas Radicadas-<https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadísticas.php>
Elaboró: Equipo Delegada Sector Salud
Fuente: Contraloría General de la República.

La persistencia de estos indicadores es una alerta sobre la baja resolutivez interna de las EPS, el incumplimiento de deberes contractuales y la ineficacia de los mecanismos de autorregulación. También se advierte sobre la creciente presión sobre el sistema judicial, que termina resolviendo problemas administrativos y clínicos sin el respaldo técnico suficiente. En este contexto, el informe subraya la urgencia de fortalecer los canales de atención al usuario, promover mecanismos efectivos de resolución anticipada de conflictos, y avanzar hacia modelos de supervisión que sancionen de manera efectiva a las entidades con mayor reincidencia. El alto volumen de tutelas y PQR no solo representa una carga institucional, sino que también refleja la insatisfacción ciudadana con el funcionamiento cotidiano del sistema de salud.

6. La chequera ciega del Estado y los alcances de la intervención judicial

El panorama es el siguiente: los jueces de primera instancia son mayoritariamente garantistas, cuando se trata de proteger el derecho a la salud, con un porcentaje de favorecimiento de 83,16% en 2014 y de 83,59% en 2015. Lastimosamente, a pesar del alto grado de favorabilidad en primera instancia, los usuarios se ven en la necesidad de interponer desacatos, por no cumplimiento de los fallos³⁴.

Los indicadores de concesión más altos se observaron en los Juzgados de Menores, 91,3%; Juzgados Civiles del Circuito, 86,91% y Juzgados de Familia, 86,7%; mientras que los más bajos se observaron en la Corte Suprema de Justicia, 31%; en el Consejo Seccional de la Judicatura, 66,45% y el Consejo de Estado, 71,88%³⁵.

Además, en altas instancias, las decisiones de tutela adoptadas en pro de los derechos fundamentales no han sido solamente un tema jurídico; cada tutela revisada por la Corte Constitucional, además de comprometer la efectividad real de los derechos subjetivos en disputa, para remediar alguna violación de derechos, mediante la adopción formal que hace el juez de la medida de restablecimiento de la

vulneración, también ha entrado en la órbita funcional de las autoridades encargadas de la previsión y ejecución del presupuesto, al ordenar a una autoridad administrativa el despliegue de actuaciones que afectan las finanzas públicas, sin que estuviera estipulada la debida apropiación presupuestal³⁶.

Dadas las limitaciones de recursos y que los programas gubernamentales se han concentrado en la provisión de unos mínimos vitales en educación y salud, aplicados, por ejemplo, a través de las transferencias fiscales hacia los territorios, es claro que, si estos recursos públicos se desvían hacia programas para unos pocos, a través cuantiosos fallos de tutelas en salud, su impacto social y masivo terminará por diluirse y perderse los importantes progresos sociales hasta ahora alcanzados³⁷.

Es así, como se argumenta que la capacidad fiscal del Estado colombiano es finita y la aplicación de mayores recursos no garantiza que de forma inmediata se logre el acceso universal a los servicios de salud, en adición a que Colombia, como país en desarrollo, solo podrá ir alcanzando sus objetivos sociales de forma gradual³⁸.

Con el fin de contener el creciente impacto fiscal de muchas actuaciones estatales, el gobierno colombiano promovió una reforma constitucional a partir del Acto legislativo 003 de 2011, el cual modificó el artículo 334 de la Constitución Política, incluyendo el criterio de sostenibilidad fiscal y el incidente de impacto fiscal. Este último, es un instrumento mediante el cual se busca evaluar los efectos económicos que conllevan los fallos de las altas cortes, con el fin de establecer la forma de cumplimiento de los mismos, pero siendo coherentes con los límites de la hacienda pública.

Es así como el criterio de sostenibilidad, la regla y el incidente de impacto fiscal se consideran instrumentos que imponen restricciones de gasto ligadas a los límites de la Hacienda pública, que no solo deben importar al gobierno sino también a las altas cortes, pues las invita a analizar con profundidad los efectos económicos de sus providencias³⁹.

Ahora bien, algunos sectores han planteado inquietudes sobre el hecho de que una Rama del Poder Público no elegida por voto popular, como lo es la judicial, tenga incidencia en la asignación de recursos públicos de un sector tan limitado. Esto, teniendo en cuenta que el presupuesto en Colombia es un acto del Estado entendido como un todo, cuya expresión concreta se materializa en la ley expedida por el órgano de representación popular competente. A través de esta norma se define el plan de actuación económica, se informa sobre los recursos parafiscales administrados por las entidades correspondientes, se autoriza el monto máximo de gasto público para un periodo determinado y se proyectan los ingresos necesarios para su financiación⁴⁰.

36 (Mendivelso, 2013)
37 (Clavijo, 2001)
38 (Clavijo, 2001)
39 (Plazas Gómez & Moreno Guzmán, 2017)
40 (Plazas Vega, 2008)

34 (Defensoría del Pueblo, 2016)
35 (Defensoría del Pueblo, 2016)

Dicho de otra forma, puede verse el presupuesto público como la expresión financiera de un programa de gobierno o como un estimativo anual de los ingresos fiscales y una autorización de los gastos públicos cuya discusión, aprobación y ejecución está reservado a las autoridades elegidas popularmente, cuyo marco normativo está contenido en el Capítulo 111 del Título XII de la Constitución Política y en el estatuto orgánico del presupuesto compilado en el Decreto número 111 de 1996 como en otras normas específicas posteriores, asertos aplicables a nivel nacional como territorial⁴¹.

Incluso, Sentencias como las T-185 de 1993, T-1689 de 2000 y SU-1052 de 2000 señalan que “(...) mediante la acción de tutela no es posible sustituir al Gobierno nacional en su gestión de formular y aplicar la política fiscal del Estado, como tampoco resulta procedente, con el propósito por demás loable de proteger los derechos fundamentales, cuestionar las decisiones que con respecto a ésta facultad se tomen, porque de ser posibles la sustitución y la disputa, tendríamos que concluir que el constituyente le confió al juez constitucional, por vía de tutela, el poder omnímodo de decidir en todos los asuntos públicos, incluyendo la dirección económica del Estado lo cual, además de impertinente, contradice abiertamente la Constitución Política. Este ordenamiento determina con claridad las funciones de los diferentes órganos del poder público delimitando las concurrencias, las cuales se establecen, como mecanismos de control y cooperación en la consecución de los fines del Estado, pero nunca como inmisiones o interferencias (Artículo 113. C. P.)”.

Conscientes de los mandatos, reglas, el proceder y el alcance de la acción de tutelas y sus consecuencias presupuestales, la Corte Constitucional profirió la Sentencia T-760 de 2008, por medio de la cual la Corte Constitucional analiza la crisis en el acceso a la salud con el fin de solucionar el problema financiero de la salud para contribuir a la equidad y buen funcionamiento del sistema, así como también emite órdenes concretas y genérales que tuvieron importantes implicaciones desde el punto de vista presupuestal, porque se relacionaron con aspectos de carácter estructural de la política pública en salud y se dispuso el seguimiento al cumplimiento de las decisiones tomadas⁴².

Sin embargo, es válido dejar claro que existen otras posiciones que contravienen las inconveniencias presupuestales e institucionales que las intervenciones judiciales acomodan al Estado colombiano.

La primera de ellas, es que no necesariamente las órdenes de los jueces constitucionales a los entes administrativos en asuntos que toquen directamente con sus funciones, comportan la intromisión en esferas para las cuales no tienen competencia, al punto de considerarse funciones de coadministración

o cogobierno, porque por mandato superior se le confió a la jurisdicción constitucional la integridad de la constitución y, en tal medida, a efectos del control judicial de la actividad estatal se espera cierto nivel de injerencia en asuntos propios de la administración⁴³.

Segundo, la idea de que temas tan importantes como la economía y el presupuesto sean tratados y debatidos solamente por expertos, sería más antidemocrático, excluyendo la posibilidad de que la gente común participe en estos temas y de que la corte, como guardiana de la constitución, someta las políticas económicas a la supremacía de la carta política⁴⁴.

En ese mismo sentido, si los jueces decidieran exclusivamente tomando en cuenta las consecuencias económicas de sus determinaciones, se convertirían en órganos políticos, y el derecho perdería todo su sentido como instancia normativa de cohesión social, y que la intervención de los jueces constitucionales en la política económica, a fin de satisfacer los derechos sociales y los mandatos constitucionales, si bien requiere una mayor responsabilidad de los jueces, no es en sí misma antidemocrática, por las mismas razones que justifican el control constitucional en general⁴⁵.

El impacto económico de las decisiones no es un argumento que justifica la no protección de los derechos y que las consecuencias económicas de los fallos, son el precio que se debe pagar por la realización de un Estado Social de Derecho en una sociedad con tantas carencias como la nuestra⁴⁶.

Dice la Sentencia T-406 de 1992 que la discusión jurídica no debe reducirse a una lógica económica, pues, además de los principios económicos (legalidad del gasto, libertad económica, libertad de empresa, competencia y economía), existen otros principios primordiales con los cuales debe conciliarse cualquier entendimiento de la normatividad constitucional y legal (Estado social de Derecho, organización política y territorial, democracia participativa y pluralista, respeto a la dignidad humana, trabajo, solidaridad, interés general, soberanía popular, supremacía constitucional, los valores de convivencia, trabajo, justicia, igualdad, conocimiento, libertad, paz, servicio a la comunidad, prosperidad, efectividad de los principios y deberes, participación)⁴⁷.

Asimismo, que, si bien, estos jueces carecen de legitimidad antidemocrática formal, por no ser electos popularmente, estas intervenciones son sustantivamente democráticas, pues se orientan a preservar la dignidad de las personas y a materializar la ciudadanía social, y en esa medida contribuyen a

41 (Mendivelso, 2013)

42 (Plazas Gómez & Moreno Guzmán, 2017)

43 (Guzmán, 2007)

44 (Mendivelso, 2013)

45 (Uprimny, 2000)

46 (García & Uprimny, 2002)

47 (Mendivelso, 2013)

asegurar la continuidad e imparcialidad del proceso democrático⁴⁸.

Cabe agregar que existe una separación de funciones de los órganos del estado, en la cual debe existir colaboración armónica, pero se distribuyen las competencias básicas de carácter legislativo, ejecutivo y judicial⁴⁹:

- La rama ejecutiva, tiene a su cargo por excelencia la realización o puesta en marcha de las diferentes decisiones y políticas públicas que día a día debe asumir el Estado, la rama legislativa responde a la función esencial de elaborar en forma deliberativa y colegiada las leyes y, la rama judicial, cumple la tarea básica de dictar justicia en toda la diversidad de casos que requieran zanjarse mediante una decisión definitiva.
- El ejercicio de la función jurisdiccional en temas referidos a los mecanismos para la distribución de los bienes o de priorización del gasto público, no implica necesariamente irrespeto al principio de separación de poderes, dado que este no establece una estricta e insuperable demarcación de las funciones de los poderes públicos sino un sistema de frenos y contrapesos que permite que un órgano verifique el funcionamiento de los otros y, por el contrario, eso es manifestación concreta de la colaboración entre los distintos poderes, en la medida en que se trata de la solicitud que un órgano hace para que los demás ejerzan sus funciones con responsabilidad⁵⁰.

Es debido a lo anterior que los jueces han intervenido en asuntos relativos a políticas sociales., dada la necesidad de ocupar nuevos espacios de decisión, que otrora estaban restringidos a los demás poderes estatales, y que, cuando normativamente se hayan establecido pautas para el diseño de políticas públicas y los poderes respectivos no hayan adoptado ninguna medida, corresponderá a los jueces reprochar esa omisión y requerirles para la adopción de medidas; ya en casos excepcionales, cuando la magnitud de la violación o la ausencia de colaboración de los poderes públicos lo ha justificado, los jueces han de avanzar en la determinación concreta de las medidas que deben adoptarse⁵¹.

7. La necesidad de un Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial

Son muchos los ejemplos evidenciados de lo que va en la presente exposición de motivos, que demuestran ausencia de institucionalidad en las intervenciones judiciales para el sistema de salud. En este sentido, la determinación del derecho a la salud en la Constitución Política y en la ley no fue

suficiente para tener un amparo efectivo, razón por la cual se requiere un juez especializado que resuelva las acciones de tutela al respecto⁵². Asimismo, es motivo de preocupación que los magistrados no sean expertos en materia de salud y desconozcan el impacto real de sus fallos⁵³.

En ese sentido, se debe contar con una institucionalidad sólida que sea plena conocedora de las condiciones de salud de los colombianos, para que en completo uso de sus facultades pueda actuar bajo los cimientos legales y jurisprudenciales que se han proferido en la protección del derecho fundamental a la salud.

Se requiere una institución entendedora de que, si bien, la Corte Constitucional se ha servido en señalar que reconocer la fundamentalidad del derecho a la salud, no implica, necesariamente, que todos los aspectos cobijados por esta condición son tutelables. Primero, porque los derechos constitucionales no son absolutos, es decir, pueden ser limitados de conformidad con los criterios de razonabilidad y proporcionalidad que ha fijado la jurisprudencia constitucional. Segundo, porque la posibilidad de exigir el cumplimiento de las obligaciones derivadas de un derecho fundamental y la procedencia de hacerlo por medio de la acción de tutela, son cuestiones diferentes y separables⁵⁴.

Se pretende la creación del Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial que hagan valer las dimensiones positivas y negativas del derecho a la salud; una entidad que conozca que la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sostenido que las dimensiones negativas del derecho a la salud , de la cuales no se deriva la obligación de realizar una acción positiva, sino más bien obligaciones de abstención, en tanto no suponen que el Estado haga algo, sino que lo deje de hacer, no hay razón alguna para que sean obligaciones cuyo cumplimiento sea pospuesto hasta que el Estado entidad o persona cuente con los recursos suficientes y la capacidad administrativa adecuada⁵⁵.

Por lo anterior, se propone una construcción de una figura que comprenda la existencia de múltiples facetas de los derechos sociales, económicos y culturales, concretamente del derecho a la salud, que son de carácter negativo y su cumplimiento no supone la actuación del Estado o de los particulares sino su abstención; que todo derecho tiene facetas prestacionales y facetas no prestacionales; que algunas de las obligaciones que se derivan de un derecho fundamental y que tienen un carácter prestacional, son de cumplimiento inmediato, bien sea porque se trata de una acción simple del estado, que no requiere mayores recursos o porque a pesar de la movilización de recursos que la labor implica, la gravedad y urgencia del asunto demandan una acción estatal

48 (Uprimny, 2000)

49 (Mendivelso, 2013)

50 (Ramírez & Rivera, 2010)

51 (Abramovich & Courtis, 2002)

52 (Dueñas, 2009)

53 (Mendivelso, 2013)

54 Sentencia T-016 de 2007 de la Corte Constitucional.

55 (Mendivelso, 2013)

inmediata; que otras de las obligaciones de carácter prestacional derivadas de un derecho fundamental son de cumplimiento progresivo, por la complejidad de las acciones y los recursos que se requieren para garantizar efectivamente el goce efectivo de estas facetas de protección de un derecho⁵⁶.

Este proyecto de ley determinará los criterios con los que actuará un Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial aspectos tales como que las facetas positivas de un derecho no siempre están sometidas a una protección gradual y progresiva; cuando la omisión en el cumplimiento de las obligaciones correlativas mínimas coloca al titular del derecho ante la inminencia de sufrir un daño injustificado, éste puede reclamar la protección judicial inmediata del derecho⁵⁷.

Se propone la figura del Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial que actúe bajo los cuatro elementos esenciales e interrelacionados, dictados por la Corte Constitucional, cuya aplicación dependerá de las condiciones del Estado parte, cuales son: DISPONIBILIDAD, referido a un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas; ACCESIBILIDAD, relacionado con que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna; ACEPTABILIDAD, atinente a que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados y, CALIDAD, por cuanto deberán también ser apropiados desde el punto de vista científico y médico⁵⁸.

Asimismo, la figura que se procura establecer deberá actuar bajo obligaciones de tres tipos: de RESPETO, en tanto los Estados deben abstenerse de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud; de PROTECCIÓN, que requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el derecho a la salud, y DE CUMPLIMIENTO O GARANTÍA, que exige que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud⁵⁹.

Se sugiere un comité que actúe acorde a los pronunciamientos realizados por la Corte Constitucional respecto a los amparos del derecho a la salud de los accionantes establecidos en la Sentencia T-760 de 2008, tales como ser conocedor de casos y proceder de acuerdo a los siguientes casos recurrentes en el sistema de salud:

- Una entidad encargada de garantizar la prestación de servicios viola el derecho a la salud de una persona cuando no autoriza un servicio que requiera, únicamente invocando

como razón para la negativa el hecho de que no esté incluido en el plan obligatorio de servicios.

- Una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud a una persona irrespetu su derecho a acceder a éstos, si le exige como condición previa que cancele un pago moderador al interesado que no tiene la capacidad económica de asumir.
- El derecho a la salud se viola especialmente, cuando el servicio requerido con necesidad es negado a una niña o a un niño, sujetos de especial protección constitucional.
- El juez de tutela puede ordenar directamente a la entidad encargada que garantice el acceso al servicio de salud ordenado por el médico externo, sin darle oportunidad de que el servicio sea avalado por algún profesional que sí esté adscrito a la entidad respectiva.
- La acción de tutela es procedente, de manera excepcional, para reclamar el pago de incapacidades laborales, por la importancia que estas prestaciones revisten para la garantía de los derechos fundamentales del trabajador al mínimo vital, a la salud y a la dignidad humana.
- No puede fundamentar el no reconocimiento de una incapacidad laboral en la falta de pago o en la cancelación extemporánea de las cotizaciones, cuando una entidad promotora de salud no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance.
- Viola el derecho a la salud una EPS que suspenda el suministro de un tratamiento médico que se requiera, antes de que éste haya sido efectivamente asumido por otro prestador. en especial, si se trata de un sujeto de especial protección en salud, por padecer una enfermedad catastrófica o de alto costo, caso en el cual, adicionalmente, no pueden cobrarsele copagos.
- Un órgano del Estado que se considera incompetente viola el derecho a la salud por 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.
- La interpretación restrictiva del PBS, según la cual se entienden excluidos los insumos no mencionados expresamente en el PBS, y procede en consecuencia su recobro ante el Fosyga cuando son ordenados por un juez de tutela vulnera el derecho a la salud.

Este proyecto de ley se presenta bajo la total convicción de que el Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial será conocedor de casos

⁵⁶ Sentencia T-760 de 2008 Corte Constitucional.

⁵⁷ (Mendivelso, 2013)

⁵⁸ (Mendivelso, 2013)

⁵⁹ (Mendivelso, 2013)

particulares en dicha área, pretendiendo que los tribunales introduzcan eficiencia en la adjudicación de ciertos tipos de casos; actuando bajo la teoría de que se “inyectarán estabilidad doctrinal” en el área de la ley de la que es responsable, proporcionando así una mayor previsibilidad a los afectados por el área particular de la ley⁶⁰.

Asimismo, se pretende que el comité coadyuve en crear un cuerpo de leyes más coherente que el creado por múltiples tribunales que escuchan el mismo tipo de casos, apuntando, a la par, a la reducción de litigios⁶¹. Por otro lado, estas figuras son necesarios por una variedad de razones: esto incluye el hecho de que muchos casos son complejos y requieren mucho tiempo, extrae recursos de los tribunales con muchos otros casos en sus registros; los jueces que se sientan en tales tribunales en teoría desarrollarán pericia especial que “maximizará su nivel de desempeño” y dará como resultado un conjunto más predecible de principios legales⁶².

Resulta que la conveniencia de crear el comité, el tema más litigioso en Derecho Constitucional y el segundo derecho más accionado después del derecho de petición no sería una medida nueva en relación a otros países que han optado por seguir el mismo camino para aquellos casos que resultan más abundantes en sus tribunales, por ejemplo:

- Se hallan tribunales de negocios en existencia o planeados en muchos otros países, por ejemplo, Indonesia, República Checa, Luxemburgo, Inglaterra, Gales. El movimiento hacia tribunales de negocios ha sido acompañado en Europa por los esfuerzos para crear un código de negocio unificado⁶³.
- Se conoce, por ejemplo, que los aztecas tenían varios tribunales de jurisdicción especial.
- Algunos de los primeros tribunales de jurisdicción especial no eran tribunales orientados al tratamiento, sino que se crearon para lograr eficiencias y previsibilidad en la determinación de ciertos tipos de casos. Por ejemplo, los tribunales de sucesiones se crearon en parte para reemplazar un sistema en inglés en el que tres tipos diferentes de tribunales (eclesiásticos, derecho consuetudinario y tribunales de cancillería) reclamaban jurisdicción sobre diferentes asuntos relacionados con la distribución de los bienes de un difunto.
- Algunos tribunales de jurisdicción especial se han desarrollado para aplicar una filosofía de rehabilitación a ciertos tipos de casos. Estos pueden ser tribunales civiles, por ejemplo, tribunales de familia, o pueden ser

tribunales penales, por ejemplo, tribunales de drogas o tribunales de salud mental.

- En muchos sentidos, el prototipo para tribunales especializados es el tribunal de menores. En los Estados Unidos, el primer tribunal de menores se creó en 1899. Estos tribunales, que se encuentran en muchos países en todo el mundo, se rehabilitaron explícitamente en filosofía, se basaron en suposiciones sobre la madurez y competencia del desarrollo de los jóvenes en comparación con los adultos.
- Asimismo, los tribunales de drogas han sido los más populares de los tribunales especializados. El primer tribunal de drogas orientado al tratamiento en los Estados Unidos se estableció en el condado de Dade, FL en 1989, y en enero de 2000, los tribunales de drogas, incluidos los tribunales de drogas para menores, se habían implementado en más de 440 jurisdicciones de los Estados Unidos y se estaban planificando en otras 279 jurisdicciones. Los tribunales de drogas parecen haberse desarrollado por tres razones principales. Esto incluye la entrada en el sistema judicial de individuos acusados de delitos relacionados con drogas como resultado de la “Guerra contra las drogas” en los Estados Unidos en los años 1980-1990; un aumento concomitante en el número de individuos encarcelados en centros penitenciarios, particularmente aunque no exclusivamente en cárceles; y la disponibilidad de fondos federales para los tribunales de drogas (aunque los primeros tribunales se crearon principalmente como iniciativas locales sin el beneficio de los fondos federales).

Por lo anterior, se presenta a consideración el presente desarrollo legislativo, bajo la confianza que constituirá una medida que apunta a brindar el mejoramiento de las condiciones de prestación del servicio que el sistema de salud brinda a los colombianos.

8. La formación y la disponibilidad de administración de justicia para la litigiosidad en salud

La creciente judicialización del sector salud en Colombia ha puesto de manifiesto la necesidad de fortalecer la formación y la disponibilidad de la administración de justicia, de modo que el sistema judicial pueda responder de manera eficiente, especializada y oportuna a los conflictos derivados de la prestación de servicios de salud. Un informe allegado desde el Consejo Superior de la Judicatura nos proporciona los fundamentos y justificaciones para una iniciativa legislativa que aborde estos retos.

De acuerdo con la normativa vigente, la capacitación y actualización de los funcionarios y empleados de la Rama Judicial es liderada por

⁶⁰ (Petrila, 2003)

⁶¹ (Petrila, 2003)

⁶² (Ward, 1999)

⁶³ (Ward, 1999)

el Consejo Superior de la Judicatura, a través de la Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla”, en cumplimiento de los acuerdos y leyes que rigen la materia. La misión de la Escuela Judicial se concreta mediante la implementación del Plan de Formación de la Rama Judicial, el cual integra de manera permanente programas de formación en derecho laboral. Para los próximos dos años, este plan se registrará por el Acuerdo PCSJA25-12285, adoptado el 12 de marzo de 2025, asegurando la continuidad y actualización de los contenidos formativos.

En los últimos cinco años, la Escuela Judicial ha ofrecido una variedad de actividades académicas relevantes para el sector justicia, adaptándose a los retos derivados de la pandemia de covid-19. Desde marzo de 2020, se ha fortalecido el uso de medios digitales y entornos virtuales para garantizar la continuidad y el acceso a la formación, facilitando así la actualización permanente de los operadores judiciales en temas de interés, incluyendo aquellos relacionados con la litigiosidad en salud.

Entre las actividades presenciales más relevantes se destacan:

1. Conversatorio Regional sobre Protección de los Derechos Prestacionales Fundamentales: Realizado en Bucaramanga el 13 de diciembre de 2023, este evento se centró en el análisis del derecho a la salud y sus desarrollos más recientes, tomando como referencia la Sentencia T-760 de 2008 y el Auto 122A/19, Auto 287/21.
2. Conversatorio Nacional de la Especialidad Laboral: Llevado a cabo en Barranquilla el 3 y 4 de octubre de 2024, reunió a expertos y operadores judiciales para discutir los retos actuales en materia laboral.
3. XIII Conversatorio Nacional de la Especialidad Laboral y de la Seguridad Social: También en Barranquilla, del 10 al 12 de noviembre de 2021, se abordaron temas clave sobre la especialidad laboral y la seguridad social, promoviendo el intercambio de experiencias y la actualización normativa.

Conferencias Virtuales

En el ámbito virtual, la Escuela Judicial ha ofrecido una serie de conferencias especializadas, disponibles en su canal de YouTube, que han permitido la capacitación a distancia sobre temas de gran relevancia para la administración de justicia en salud y derecho laboral. Entre las más destacadas se encuentran:

1. Interpretación jurisprudencial en materia de derecho colectivo (14 de agosto de 2020)
2. Juez constitucional y la protección del derecho a la salud en época de pandemia (8 de junio de 2020)

Ver video

3. Derecho a la salud y sentencia T-760 de 2008 (7 de diciembre de 2020)
- Ver video
4. Implicaciones del covid-19 en el sistema de riesgos laborales y las relaciones del trabajo (sesión 11)
- (22 de octubre de 2020)
5. Responsabilidad civil y reparación de daños en el ámbito de la ingeniería genética y la biomedicina
- (29 de septiembre de 2020)
6. El flujo de recursos en el sector salud desde el ámbito procedimental (27 de octubre de 2020)
7. Atención psicosocial y salud mental en tiempos de pandemia (12 de febrero de 2021)

Específicamente, durante el periodo 2020-2025 se realizaron al menos nueve conferencias virtuales, accesibles mediante plataformas digitales, abordando temáticas como la ansiedad y su impacto en la salud mental, los sistemas de salud de la fuerza pública y la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Estas acciones formativas responden a la necesidad de fortalecer capacidades institucionales en contextos de crisis, reforzando el criterio técnico en la toma de decisiones judiciales.

Así mismo, se han implementado diplomados virtuales dirigidos a la práctica judicial, centrados en la función de la judicatura en la protección de los derechos constitucionales. Tres cohortes, desarrolladas entre octubre de 2022 y agosto de 2023, contribuyeron de manera significativa a consolidar una visión más integral del rol del juez en el respeto y garantía de derechos fundamentales, incluyendo el derecho a la salud. Estas acciones evidencian la capacidad institucional de adaptación pedagógica y la voluntad formadora del poder judicial, constituyéndose en un referente clave para fundamentar propuestas normativas como la que se plantea en este proyecto de ley

Estos cursos son impartidos a los siguientes despachos:

Número de juzgados a nivel nacional por especialidad

ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES	FUNCIONARIO
JURISDICCIÓN ORDINARIA	4.918
JUZGADOS DEL CIRCUITO	2.074
CIVIL	376
CIVIL	312
CIVIL - EJECUCIÓN	16
CIVIL - RESTITUCIÓN DE TIERRAS	43
CIVIL - RESTITUCIÓN DE TIERRAS ENFOQUE ÉTNICO	5
CIVIL - LABORAL	58
CIVIL - LABORAL	58
CIVIL - FAMILIA - LABORAL	6
CIVIL - FAMILIA - LABORAL	6

⁴ Correo electrónico del 1º. de abril de 2025, mediante el cual la Unidad de Desarrollo y Análisis Estadístico del Consejo Superior de la Judicatura envía respuesta a la petición elevada.

FAMILIA	376
FAMILIA	197
FAMILIA - EJECUCIÓN	3
PROMISCOUO DE FAMILIA	176
LABORAL	275
LABORAL	275
PENAL	889
EJECUCIÓN DE PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD	210
PENAL	188
PENAL - ADOLESCENTES CONOCIMIENTO	62
PENAL - CONOCIMIENTO	294
PENAL - ESPECIALIZADO	115
PENAL - EXTINCIÓN DE DOMINIO	19
PENAL - EJECUCIÓN DE SENTENCIAS PARA LAS SALAS DE JUSTICIA Y PAZ	1
PROMISCOUO	94
PROMISCOUO	94
JUZGADOS MUNICIPALES	2,844
CIVIL	776
CIVIL	554
CIVIL - EJECUCIÓN	59
CIVIL - PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE	163
LABORAL	78
LABORAL - PEQUEÑAS CAUSAS	78
PENAL	783
PENAL	73
PENAL - ADOLESCENTES CONTROL DE GARANTÍAS	75
PENAL - AMBULANTE	40
PENAL - CONOCIMIENTO	192
PENAL - CONTROL DE GARANTÍAS	337
PENAL - MIXTO	66
PROMISCOUO	1,207
PROMISCOUO	1,207
JURISDICCIÓN DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	411
JUZGADOS CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	411
*** JURISDICCIÓN AGRARIA Y RURAL	5
JUZGADOS AGRARIO Y RURAL	5
TOTAL, JUZGADOS RAMA JUDICIAL	5,334

Fuente: Consejo Superior de la Judicatura.

La estructura actual de la Rama Judicial en Colombia cuenta con más de 5.300 juzgados distribuidos a lo largo del país, cubriendo diversas especialidades y subspecialidades como civil, laboral, penal, familia, restitución de tierras, y jurisdicción agraria, entre otras. Dentro de esta complejidad jurisdiccional, cientos de jueces tienen a su cargo casos que, directa o indirectamente, involucran la garantía del derecho a la salud y el control de las prestaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Pese a este panorama, la formación técnica especializada en salud que reciben los jueces y empleados judiciales es limitada y fragmentaria, como lo demuestra el registro de actividades académicas ofrecidas por la Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla”. Aunque se han desarrollado diplomados virtuales y conferencias que abordan el derecho a la salud de manera transversal –como el impacto del COVID-19 en la salud mental, la gestión del sistema de salud y la seguridad social–, estos contenidos son generalistas y no profundizan en los aspectos técnicos, financieros, epidemiológicos u organizacionales del sistema de salud, que son esenciales para decisiones con impacto estructural.

A ello se suma la creciente litigiosidad en materia de salud, la cual ha desbordado las capacidades técnicas de los despachos judiciales. La ausencia de un cuerpo de conocimiento sistematizado y de orientación doctrinal clara en esta materia ha generado inseguridad jurídica, decisiones contradictorias y, en algunos casos, efectos no deseados sobre la sostenibilidad del sistema de salud. En ese sentido, la sola formación formal es insuficiente para responder a la complejidad de los

casos de salud que enfrentan los jueces en todos los niveles del país.

La creación de un Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial busca subsanar este vacío. Este órgano, adscrito al Consejo Superior de la Judicatura, permitiría dotar a los jueces de un respaldo técnico-científico transversal y actualizado. Desde una perspectiva estructural, su existencia favorecería la introducción de eficiencia y racionalidad en la adjudicación de litigios en salud, bajo la premisa de “inyectar estabilidad doctrinal” en una materia altamente técnica.

Esta estabilidad doctrinal, como lo enseña la teoría del precedente y la administración eficiente de justicia, mejora la previsibilidad de las decisiones judiciales, fortalece el principio de igualdad ante la ley, y reduce los tiempos procesales y las cargas institucionales. Un Comité Técnico Asesor permitiría consolidar criterios interpretativos sobre temas como acceso a tecnologías en salud, tutela por medicamentos no POS, tratamientos experimentales, priorización en recursos escasos, y flujo de recursos entre actores del sistema.

En síntesis, esta iniciativa legislativa no solo fortalece la administración de justicia en salud, sino que articula los principios de tutela judicial efectiva, sostenibilidad del gasto público y colaboración armónica entre poderes, conforme a los postulados del Estado Social de Derecho.

9. Análisis de impacto fiscal

El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el proyecto de ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Por consiguiente, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener a consideración la siguiente jurisprudencia de la Corte Constitucional:

“Las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último, en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica; empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con

el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7° de la Ley 819 de 2003 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo afecte la validez constitucional del trámite respectivo”.

Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia C-911 de 2007, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa.

“En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.

Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento.

Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener

que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda”.

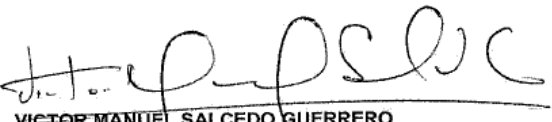
10. Conflicto de interés

Siguiendo lo dispuesto por el artículo 3° de la Ley 2003 de 1919, que modifica el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, en que se dispone el incluir un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación de proyectos de ley, de acuerdo al artículo 286, se plantea lo siguiente:

Con esta iniciativa legislativa no podrían verse beneficiados en forma particular, actual y/o directa, en los términos de los literales a) y c) respectivamente del citado artículo 286 de la Ley 5ª de 1992, los propios congresistas y/o su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

Sin perjuicio de lo anterior, en todo caso los congresistas podrán cualesquiera otras razones que consideren como causales de impedimento.

De los Congresistas,


VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO
Representante a la Cámara
Departamento del Valle del Cauca
Partido de la U


ASTRID SANCHEZ MONTES DE OCA
Representante a la Cámara
Departamento del Chocó
Partido de la U


CAROL STEFANNY BORDA ACEVEDO
Representante a la Cámara
Bogotá D.C.
Salvación Nacional