

Acciones de tutela sobre el derecho a la salud en el municipio de Leticia, Amazonas, 2004-2008

Gloria Molina Marín¹, Santiago Alejandro Jiménez Campiño², Claudia Milena Rodríguez Tejada³,
Argiro Berrío Castaño⁴, Julián Vargas Jaramillo⁵

RESUMEN

Objetivo: analizar las características de las acciones de tutela en salud interpuestas por usuarios de los servicios de salud de la ciudad de Leticia, localizada en la Amazonia colombiana.

Metodología: se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, mediante una muestra representativa y aleatoria de tutelas interpuestas por los usuarios de los servicios de salud desde 2004 hasta 2008.

Resultados: en el período estudiado hubo crecimiento progresivo del número de tutelas; 72% fueron interpuestas por afiliados al régimen contributivo; la EPS con mayor número de demandas fue Saludcoop. Los servicios más tutelados son los siguientes: solicitud de tiquetes para desplazarse a Bogotá en busca de alguna atención médica, solicitud de consulta con especialistas, exámenes de diagnóstico, medicamentos y cirugías, la mayor parte de ellos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. Los derechos más demandados mediante la tutela son a la salud, a la seguridad social y a la vida.

Conclusión: la acción de tutela se ha convertido en prerrequisito para poder acceder al derecho a la salud, dadas las múltiples barreras a que se enfrentan los usuarios.

Palabras clave

Acción de tutela, Derecho fundamental a la salud, Plan Obligatorio de Salud, Sistema General de Seguridad Social en Salud

SUMMARY

Tutelage actions on health rights at the municipality of Leticia, in the Amazon River region of Colombia, 2004-2008

Objective: To analyze the characteristics of the tutelage actions lodged by users of the health system in the municipality of Leticia, Amazon River region, Colombia.

¹ Docente, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Ph.D. en Gerencia de Servicios de Salud (*Health Services Management*).

² Estudiante de derecho, Facultad de Derecho, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

³ Profesora de Cátedra y Magíster en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

⁴ Médico, Especialista en Medicina Forense, Unidad de Investigaciones Especiales de la Procuraduría General de la Nación, Medellín, Colombia

⁵ Médico y Cirujano, Especialista en Gerencia de la Salud Pública y en Gerencia de la Calidad y Auditoría en salud.

Correspondencia: Gloria Molina Marín; gloria.molina60@gmail.com

Recibido: noviembre 29 de 2009

Aceptado: marzo 17 de 2010

Methodology: A descriptive cross-section study was carried out, by means of a randomized, stratified, representative sample of tutelage actions lodged in that city, from 2004 to 2008.

Results: During the analyzed period, there was a progressive growth in the number of tutelage actions lodged; 72% of them were lodged by people affiliated to the contributive regimen of the Colombian health system. Saludcoop was the institution that faced more tutelage actions. The services requested with such actions were as follows: air tickets for traveling to Bogotá in search of health services, attention by specialists, diagnostic procedures, medications, and surgical interventions. In general, those services, other than the air tickets, should have been provided under the Colombian compulsory health plan. The most frequently requested rights were to health, to social security and to life.

Conclusion: Tutelage action has become a prerequisite to access to health services in Colombia due to the many barriers that users must face.

Key words

Compulsory health plan, Fundamental right to health, General social security health system, Tutelage action.

INTRODUCCIÓN

Uno de los motivos más frecuentes por el que los ciudadanos interponen acciones de tutela es cuando consideran vulnerado el derecho a la salud. Este derecho se encuentra consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991 y, para efecto de la prestación de los servicios médicos, como uno de los determinantes de la salud, se lo considera un servicio público esencial.

El sistema de salud actual ha sido establecido mediante la Ley 100 de 1993, que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS (Libro II,

artículo 152 y siguientes). El SGSSS se escinde en dos regímenes: a) régimen contributivo al que se afilian las personas que tienen capacidad de pago, trátase de empleados, pensionados o trabajadores independientes; b) régimen subsidiado para las personas que, según la clasificación del SISBÉN*, no tienen capacidad económica y cuyo aseguramiento es subsidiado para que puedan acceder a los servicios de salud. Por fuera de los anteriores regímenes, queda la población que a pesar de estar clasificada en el SISBÉN y requerir subsidio en salud, se encuentra excluida del mismo, y la atiende principalmente la red de hospitales públicos contratados por los entes territoriales con recursos fiscales de oferta, de conformidad con el Artículo 157 de la Ley 100 de 1993. Hay, además, un grupo de población que no está clasificado en los estratos inferiores del SISBÉN, pero que tampoco puede cubrir el costo de la afiliación. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de acuerdo con el Artículo 177 de la Ley 100 de 1993 son responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Empero, la función primordial a cargo de las EPS consiste en organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) a sus afiliados. El POS fue establecido por el Acuerdo n.º 008 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Resolución 5261 de 1994, y debe ser actualizado, a partir de la entrada en vigencia de la Ley 1122 del 2007, por la Comisión de Regulación en Salud (CRES). En el POS se establecen las prestaciones y atenciones que el sistema debe garantizar, lo cual sirve de base para definir lo que las EPS otorgan o niegan a los afiliados, así como el grado en que las personas pueden disfrutar o no del derecho a la salud. Pero este derecho no solo se manifiesta en la forma del servicio público de salud regulado por la Ley 100 de 1993. Su entendimiento y sustancia están ligados en forma definitiva a lo que sobre el mismo ha preceptuado la jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia por medio de la revisión eventual de acciones de tutela relacionadas con tal derecho.

* El Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales (SISBÉN) es una herramienta que estratifica a las personas en seis categorías, de uno a seis, de acuerdo con su nivel socioeconómico. Los estratos uno a tres son los más pobres y por tanto deben ser beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado. El objetivo primordial de dicho sistema consiste en establecer un mecanismo técnico, objetivo, equitativo, preferente y uniforme de selección de beneficiarios del gasto social en áreas tales como salud, educación, vivienda, bienestar social, entre otras. Su aplicación es responsabilidad de los entes territoriales. (Ver, el artículo 30 de la Ley 60 de 1993, el COMPES Social 22 del 21 de enero de 1994, y la Resolución 065 de marzo 25 de 1994, proferida por el Departamento Nacional de Planeación).

No obstante, antes de analizar la jurisprudencia constitucional, con miras a comprender cómo se relaciona la acción de tutela con el derecho a la salud, es necesario decir que esta fue consagrada por el artículo 86 de la Constitución Política de 1991 y encontró su desarrollo jurídico en los decretos 2591 de 1991, 306 de 1992 y 1381 de 2000, en donde se la define como un mecanismo judicial de rango constitucional, expedito, preferente, sumario, informal y subsidiario¹ que debe ser resuelto en el término improrrogable de diez días por el juez que conozca de la vulneración de un derecho fundamental. También es indispensable tener presente que la acción de tutela únicamente procede para proteger derechos constitucionales fundamentales.

Ahora bien, respecto al derecho a la salud su fundamento ha sido un asunto problemático. En efecto, en sus inicios, la Corte Constitucional² en razón de que el derecho a la salud ha sido catalogado como un derecho de carácter social que no se encuentra formalmente consagrado en la Constitución como derecho fundamental, descartó considerarlo como tal, siendo percibido como un derecho constitucional sujeto, para su efectividad, al desarrollo que le quisiera delinear el legislador. En consecuencia, tal apreciación impedía que cuando se vulnerara el derecho a la salud procediera directamente, como mecanismo de protección judicial, la acción de tutela, diseñada por nuestro constituyente primario para garantizar aquellos derechos subjetivos que se estiman constitucionalmente fundamentales. No obstante, la misma jurisprudencia constitucional estableció que cuando con la vulneración del derecho a la salud se lesione indirectamente un derecho fundamental, también procede la acción de tutela. Situación que se presenta principalmente tratándose del derecho fundamental a la vida, la integridad personal y la dignidad humana.

A pesar de lo antedicho, la jurisprudencia evoluciona en su afán de acordar los textos jurídicos con la realidad social. En ese sentido, el precedente constitucional sobre el derecho a la salud empezó a redefinirse a partir de las sentencias SU-819 de 1999 y T-859 de 2003 y ha cambiado explícitamente con la Sentencia

T-760 del año 2008, en donde abiertamente la Corte Constitucional ha reconocido que el derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental autónomo, susceptible de ser protegido, por tanto, por medio de la acción de tutela.³ Sin embargo, no solo se trata de un derecho fundamental, cuanto esencialmente de un derecho humano y humanitario que en consonancia con el artículo 93 constitucional debe ser interpretado conforme a los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia.

El derecho a la salud hace parte de un conjunto de pactos y acuerdos internacionales tales como el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) y el Derecho Internacional Humanitario (DIH). En una perspectiva histórica, el discurso de los derechos humanos se remonta a las cartas de derechos de las revoluciones burguesas del siglo XVIII.⁴ Luego de ello, el catálogo de los derechos humanos se expande y consolida en el derecho internacional público, principalmente a partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, cuyo artículo 25 precisamente alude al derecho a la salud.⁵ En cuanto al derecho humanitario, su mayor consolidación se da a partir de los Convenios de Ginebra de 1949 y los dos Protocolos adicionales de 1977, con los cuales se pretende regular las inclemencias de la guerra. También el derecho a la salud se contempla en el artículo 11 de la Declaración Americana de Derechos Humanos de 1948;⁶ el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (PIDESC) en su artículo 12 ha consagrado el derecho a la salud,⁷ en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, en su artículo 24.⁸ En cuanto al DIH, los Convenios de Ginebra de 1949 en diversas disposiciones se refieren a la atención en salud de los heridos inmersos en un conflicto armado, bien sean civiles, combatientes o ex combatientes.*⁹ Con respecto al derecho a la salud consagrado en el artículo 12 del PIDESC, en atención a la Observación n.º 14 proferida por el Comité del PIDESC,¹⁰ se tiene que el contenido del derecho a la salud se compone de cuatro elementos, a saber: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

* Sobre el I Convenio de Ginebra debe anotarse que todas sus disposiciones en relación con el derecho a la salud en situaciones de conflicto bélico son relevantes, pero en especial el artículo 12. Por otra parte, el II Convenio de Ginebra también protege en el artículo 12 la salud de los enfermos y heridos en un conflicto bélico marítimo, lo cual no impide afirmar que todo el Convenio es relevante respecto del derecho a la salud. En el III Convenio de Ginebra los artículos 13 y 15 establecen el derecho a la salud de los prisioneros de guerra. Y por último, el IV Convenio en sus artículos 16, 38, y 81 protege el derecho a la salud de la población civil en tiempos de guerra.

que se deben observar en los momentos de protección del derecho a la salud, esto es, la prevención, la atención y la recuperación de la salud, para lo cual los estados parte del PIDESC se obligan a respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud.

Las obligaciones antedichas frente al contenido del derecho a la salud son objeto de violaciones sistemáticas en el país,¹¹ bien sea por medio de los actores privados o por acción u omisión del Estado, en tanto que este último es quien, de acuerdo con el artículo 49 constitucional, debe garantizar y vigilar la prestación del servicio de salud como un bien público.

Por esa razón y motivados por los resultados del estudio denominado *Vulneración del derecho a la salud expresado en las solicitudes y acciones de tutela tramitadas en el municipio de Medellín, 2001-febrero 2007*, realizado por Rodríguez y colaboradores en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia,¹² se ha considerado necesario extender ese estudio a otras zonas del país en las cuales la aplicación del SGSSS ha generado mayores barreras de acceso y calidad a los servicios de salud. Esto con la finalidad explícita de determinar los factores que en esos lugares inciden en la vulneración del derecho a la salud y, de esa forma, plantear recomendaciones de políticas públicas pertinentes que conduzcan a que el SGSSS supere las fallas estructurales de que adolece¹³ y de esa manera se respete y garantice en forma efectiva el derecho constitucional y fundamental a la salud, y consecuentemente uno de los derechos humanos sin duda más trascendentales para toda la humanidad.

Para llevar a cabo el mencionado estudio se escogió el municipio de Leticia en el departamento del Amazonas, por cuanto se considera que allí el desarrollo de la atención en salud aún es precario, a lo que se suman su gran pobreza y el problema de asequibilidad que caracteriza tan alejada zona del país.¹³

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo, mediante el cual se revisaron las acciones de tutela en salud interpuestas desde el segundo semestre de 2004 hasta el primero de 2008, cuyos expedientes reposan en los diversos juzgados del municipio de Leticia, departamento de Amazonas, Colombia. El universo de demandas de tutela se compuso de 160 registros,

de los cuales se extrajo una muestra aleatoria, estadísticamente representativa, de 97 expedientes, con una probabilidad de 90% y un error del 5%. El muestreo fue probabilístico estratificado por año, con el fin de poder garantizar la representatividad. Se utilizó un instrumento de recolección de datos previamente aplicado en la investigación denominada *Acciones de Tutela en salud en el Municipio de Medellín, período 2001-2007*.¹²

RESULTADOS

En el período estudiado, junio de 2004 a junio de 2008, se observó un incremento progresivo del número de acciones de tutela, con un mayor crecimiento en 2007, que alcanzó un 45,3% de la muestra de 97 expedientes. Esta cifra pudo llegar a ser similar en 2008, dado que solo en el primer semestre de ese año llegó al 21,6% del total de la muestra (tabla n.º 1).

Tabla n.º 1. Distribución de las solicitudes de tutela en salud en el municipio de Leticia, junio de 2004 a junio de 2008.

Año	Número	Porcentaje
2004 (2º semestre)	2	2,1
2005	14	14,4
2006	16	16,5
2007	44	45,4
2008 (1º semestre)	21	21,6
Total	97	100,0

Fuente: Juzgados de Leticia, Colombia.

En cuanto al sexo, 52 accionantes (53,6%) eran mujeres y 45 (46,4%), hombres. Hubo 40 (41,2%) menores de edad, 12 de ellos (30%) menores de 10 años, y 57 (58,8%) adultos, ocho de ellos (14%) mayores de 60 años.

Es importante mencionar que el mayor número de acciones de tutela (90; 92,8%) lo interpusieron residentes de la zona urbana de Leticia. Hubo 2 casos (2,1%) de la zona urbana del municipio de Puerto Nariño y 5 (5,1%) de personas residentes en zonas rurales, que comprenden principalmente asentamientos indígenas. Con respecto al tipo de afiliación, 70 accionantes (72,2%) pertenecían al régimen contributivo, 22 (22,7%)

al subsidiado, 4 (4,1%) carecían de aseguramiento y 1 (1%) pertenecía a un régimen especial.

Sobre el total de las 97 acciones de tutela interpuestas en el período de estudio, 54 (55,7%) fueron para solicitar servicios incluidos en el POS. Esta situación, discriminada por régimen de afiliación, puso de manifiesto que 40 de los 70 accionantes afiliados al régimen contributivo (57,1%) demandaron por vía de tutela servicios de salud incluidos en el POS; lo mismo ocurrió con 10 de los 22 afiliados al régimen subsidiado (45,5%), con 3 de los 4 que carecían de aseguramiento, catalogados por la Ley 100 de 1993 como vinculadas al SGSSS, y con el individuo perteneciente a un régimen especial.

Cuarenta de las 97 acciones de tutela (41,2%) fueron para solicitar el suministro de pasajes aéreos y alojamiento, principalmente para la ciudad de Bogotá, por cuanto en Leticia no se cuenta con la infraestructura ni la capacidad resolutoria para atender muchos de los problemas de salud de la población. En 19 casos (19,6%) se solicitaron exámenes, en 17 (17,5%), citas con especialistas (principalmente neurólogo, oftalmólogo y gastroenterólogo), en 16 (16,5%), cirugías (tales como cirugía bariátrica e implante coclear) y en otros 16 (16,5%), medicamentos. Otras solicitudes, con menores porcentajes, fueron para atención integral y elementos de rehabilitación. Estos datos revelan las limitaciones de acceso al servicio de salud en la Amazonia colombiana.

En materia de derechos fundamentales vulnerados, se pudo identificar que el más solicitado es el de la salud (78 acciones; 80,4%), que fue amparado en 60 casos (77%). Luego de este, los derechos más a menudo solicitados fueron a la vida y a la seguridad social. Cabe anotar que en la mayoría de las acciones de tutela estudiadas se solicitó el amparo de dos o más derechos a la vez.

La clasificación de enfermedades utilizada en el presente estudio corresponde a la establecida por la Organización Panamericana de la Salud, OPS (Clasificación Internacional de Enfermedades), décima revisión, organizada en 21 grupos.¹⁴ Con base en ella se identificó que 15 accionantes (15,5%) padecían enfermedades del ojo o el oído; en 11 (11,3%) se trataba de enfermedades osteomusculares y en otros 11 (11,3%), de enfermedades del sistema nervioso; 10 (10,3%)

sufrían trastornos genitourinarios y 9 (9,3%), trastornos endocrinos, nutricionales o metabólicos; 8 (8,2%) presentaban trastornos mentales y del comportamiento y otros 8 (8,2%) aquejaban malformaciones congénitas y deformidades; 6 (6,2%) tenían tumores, 4 (4,1%) sufrían problemas del sistema circulatorio y en 15 (15,5%) se trataba de una miscelánea de padecimientos, a saber: de la piel y el tejido subcutáneo, de la sangre, de los sistemas respiratorio y digestivo, infecciones y parasitosis, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.

Los resultados también revelaron las razones para acudir al mecanismo judicial de la acción de tutela. Setenta y dos de ellas (74,2%) lo hicieron por la negación total o parcial del servicio de salud y 6 (6,2%) por inconsistencias con el SISBÉN. En los 19 casos restantes (19,6%) hubo una miscelánea de razones, a saber: aplazamiento del servicio, falta de contratos, incumplimiento de tutela, no cumplir con las semanas de cotización, remisiones no atendidas, negación de elementos de rehabilitación y falta de atención integral. De las 97 acciones de tutelas tramitadas, 78 (80,4%) se decidieron favorablemente al accionante en primera instancia; otras 14 (14,4%) se fallaron desfavorablemente a los intereses de este; en los 5 restantes (5,2%) no hubo decisión porque se desistió, o porque la causa que motivó la acción de tutela se declaró como hecho superado en tanto que la entidad accionada había prestado el servicio. Hubo impugnación de 21 sentencias de primera instancia (21,7%); en 13 de ellas (61,9%) la sentencia de segunda instancia concedió el derecho que había sido reconocido en la primera instancia. En un caso se revocó el derecho.

Se pudo comprobar que en 31 casos se cumplió la orden impartida por el juez; en otros 4 se la incumplió, y en 48 de los expedientes no se halló información sobre el acatamiento del fallo; 8 accionantes iniciaron incidentes de desacato, 4 de los cuales lograron que se impusiera una sanción.

En cuanto a las entidades contra las cuales se interpusieron las demandas de tutela, la distribución fue como sigue: Saludcoop EPS: 37 casos (38,1%); EPS-ISS del Amazonas: 24 casos (24,7%); Secretaría de Salud del Departamento del Amazonas: 16 casos (16,5%); Caprecom ARS: 7 casos (7,2%); Fersalud EPS: 7 casos (7,2%); otras: 6 casos (6,1%), así: Humanavivir EPS, ICBF, Medcom EPS y Selvasalud ARS.

DISCUSIÓN

Con los hallazgos obtenidos se pone de manifiesto que en la Amazonia colombiana existe una preocupante vulneración del derecho a la salud, cuyas causas son similares a las que originan las acciones de tutela en salud en el resto del país;¹⁵ pero en ellas influyen muy principalmente la limitada infraestructura de los servicios de salud y la falta de capacidad resolutoria de las instituciones que los prestan, tanto públicas como privadas, de la ciudad de Leticia. Lo anterior indica que hay un desconocimiento parcial o completo del derecho fundamental a la salud que ha devenido en una problemática generalizada que muestra la ineficacia del SGSSS colombiano.

De acuerdo con la información encontrada, las acciones de tutela en las que se reclama el derecho a la salud en la Amazonia han tendido a crecer progresivamente durante el período de estudio, con una concentración mayor a partir de 2007, en contraste con el volumen de acciones de tutela en salud en 2005 y 2006. Estos datos se corresponden con la tendencia al crecimiento de tutelas en salud que muestran otras investigaciones sobre la materia en el país. Así, en el estudio de alcance nacional llevado a cabo por la Defensoría del Pueblo, denominado “La tutela y el derecho a la salud, período 1999-2003”, la tasa de crecimiento de las acciones de tutela por salud fue del 20,8%.¹⁶ Igualmente, en otra investigación de la Defensoría sobre el mismo asunto en la que se continuó el estudio anterior y que comprendió el período 2003-2005, se halló que a partir de 1999 y hasta 2005, las solicitudes de tutela por razones de salud aumentaron cerca del 280%.¹⁷ En Medellín, los años 2004 y 2005 también mostraron un crecimiento considerable con el 72,6% en un estudio que abarcó el período de 2001 a febrero de 2007, de conformidad con la investigación denominada *Tutelas en salud en el municipio de Medellín, 2001-2007*.¹² Así, los datos muestran que las acciones de tutela se han incrementado en forma progresiva, y que este recurso se ha constituido en una herramienta que los colombianos utilizan cada día más para reclamar servicios de salud. Esta situación debe alertar a las autoridades puesto que, a la luz de las investigaciones referenciadas, la acción de tutela se ha convertido en muchos casos en un prerrequisito para poder

disfrutar del servicio público de salud consagrado en el artículo 49 de la Constitución y, consecuentemente, del derecho humano y fundamental a la salud. Este aumento de tutelas podría estar relacionado con el hecho de que las instituciones de salud, especialmente las aseguradoras privadas, han ido incrementando las barreras de acceso y, paralelamente, la comunidad ha logrado mayor conocimiento de sus derechos, y de la acción de tutela como medio para exigirlos.

En Leticia, de las personas accionantes, el 41,2% eran menores de edad y, de ellas, 30% tenían menos de 10 años. Estos datos ponen de manifiesto que el derecho a la salud de los menores de edad es vulnerado por las entidades del SGSSS de Leticia, a pesar de ser sujetos especiales y preferentes¹⁸ en nuestro ordenamiento jurídico (Artículo 44 de la Constitución Política de 1991 y Ley 1098 de 2006) y de que, conforme a la jurisprudencia de la Corte Constitucional¹⁸ el derecho de los niños a la salud ha sido reconocido como fundamental y autónomo aun antes de que el alto Tribunal reconociera la fundamentalidad del derecho a la salud en la línea jurisprudencial que consolida con la Sentencia T-760 de 2008. De otro lado, en cuanto a los mayores de edad, se halló que 57 (58,8%) de los accionantes eran personas adultas, 8 de las cuales (14,0%) estaban en la tercera edad, que igualmente son sujetos de especial protección para el derecho.

A pesar de que el SGSSS establece el aseguramiento como el medio para generar acceso a los servicios de salud y de que existe un POS para el régimen contributivo con mayor número de prestaciones que el régimen subsidiado, tanto en el presente estudio como en los hechos en otras ciudades del país, y en el ámbito nacional por la Defensoría del Pueblo, previamente citados, se encuentra que el mayor número de acciones de tutela en salud ha sido interpuesto por afiliados al régimen contributivo, lo que ratifica que la afiliación no garantiza el acceso efectivo a los servicios de salud.

A diferencia de las otras investigaciones sobre el asunto, en las acciones de tutela por salud interpuestas en Leticia en el período de estudio, la atención más solicitada por este mecanismo judicial fue el transporte de Leticia a Bogotá con el fin de acceder a servicios médicos en esta última ciudad. Este servicio

no está incluido en el POS, pero su negación limita la asequibilidad a los servicios de salud y revela un grave problema en materia de infraestructura clínica y una preocupante falta de capacidad resolutoria de las instituciones de salud. En segundo lugar, en el 19,6% de las acciones de tutela se solicitaron exámenes, en el 17,5%, citas con especialistas y en el 16,5%, cirugías. En las otras investigaciones referenciadas la solicitud más frecuente correspondió en Medellín a la atención integral (62%), y, en el nivel nacional, a los exámenes clínicos tanto en el período 2003-2005 (20,1%), como entre 1999 y 2003 (20%), de conformidad con las investigaciones de la Defensoría del Pueblo sobre acciones de tutela en salud.

En cuanto a la causa que generó la interposición de la acción de tutela por el derecho a la salud, en el 74,2% de los casos fue la negación total o parcial del servicio y en el 6,2%, las inconsistencias con el SISBÉN. En Medellín,¹² la negación total o parcial del servicio originó 45,8% de las tutelas interpuestas; otras causas fueron el aplazamiento injustificado del servicio (27,6%) y problemas con la contratación de los servicios (13,5%).

Estos resultados revelan que el SGSSS no cumple con las prestaciones a las que legal y reglamentariamente está obligado y que se niegan servicios que se encuentran financieramente cubiertos. Por ello es pertinente preguntar: ¿por qué las entidades administradoras del SGSSS niegan servicios por los cuales ya les han pagado? De otro lado, también es importante resaltar que en tratándose de las prestaciones no POS, los respectivos porcentajes revelan que el POS es insuficiente para satisfacer las necesidades de salud de la población y, por ello mismo, para respetar el derecho fundamental a la salud. Tal situación justifica la elaboración jurisprudencial de lo que ha dado en llamarse el POS constitucional o, lo que es lo mismo, el POS que conforme a la Constitución Política han construido nuestros jueces.

Los anteriores resultados también deben llevarnos a reflexionar sobre la necesidad de que el Sistema de Salud responda a las características geográficas, culturales, económicas, sociales y políticas específicas de la región amazónica, con el objeto de garantizar verdaderamente el derecho a la salud y la dignidad humana de sus pobladores.

CONCLUSIONES

- La acción de tutela se ha convertido en prerrequisito para poder acceder al derecho humano y fundamental a la salud. Al respecto, es preocupante observar en los resultados de la investigación que la mayor parte de las prestaciones solicitadas en las acciones de tutela se encuentran incluidas en el POS, por lo que tales servicios deben ser garantizados por las aseguradoras sin necesidad de acción judicial alguna.
- El derecho a la salud de los menores de edad es claramente vulnerado por las entidades del SGSSS en Leticia, a pesar de ser sujetos especiales y preferentes en nuestro ordenamiento jurídico (Artículo 44 de la Constitución Política de 1991 y Ley 1098 de 2006).
- Quienes más recurren a la acción de tutela para reclamar la adecuada prestación de los servicios médicos contenidos en el plan de aseguramiento respectivo son los afiliados al régimen contributivo, y no los afiliados al régimen subsidiado o los asistidos por las entidades territoriales. Esa situación pone de manifiesto que los que contribuyen al SGSSS tampoco tienen garantizada la adecuada prestación de los servicios médicos.
- El número de acciones de tutela en salud ha crecido progresivamente año tras año en Leticia, situación que es similar a la hallada en otros estudios llevados a cabo en diferentes sitios de Colombia.
- Dada la limitada capacidad resolutoria de las instituciones de salud de Leticia, el transporte aéreo de Leticia a Bogotá, con el fin de acceder a servicios médicos, es la atención más solicitada por medio de la acción de tutela.

RECOMENDACIONES

1. Es preciso que se incremente la capacidad resolutoria de las instituciones de salud de la ciudad de Leticia, para asegurar mejor acceso y calidad de los servicios y disminuir los costos adicionales por transporte.
2. Se recomienda que la Superintendencia Nacional de Salud incremente la vigilancia y control de

las entidades que administran el SGSSS a fin de que disminuya la necesidad de acudir a la acción de tutela como medio para lograr la atención en salud.

3. Es necesario que el Plan de Beneficios de Salud esté acorde con las necesidades de la población según sus características regionales, para lo cual es relevante acoger lo dicho por la Corte Constitucional.
4. También es aconsejable que el SGSSS establezca sistemas especiales que prioricen la atención en salud de los menores y de las personas de la tercera edad.
5. Igualmente, se recomienda que el legislador colombiano establezca drásticas sanciones para las EPS y entidades administradoras del SGSSS que nieguen sin fundamento servicios o prestaciones de salud a las que estén obligadas conforme a la Ley, a la Constitución Política de 1991 y a la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en especial a los procuradores regionales de los departamentos del Amazonas y de Antioquia, a los jueces y empleados judiciales de los despachos del municipio de Leticia, Amazonas, Colombia, por su valioso apoyo para acceder a la información objeto de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2591 de 1991, noviembre 19, por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política. Bogotá: la Presidencia; 1991.
2. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-406 de 1992, junio 17. Bogotá: La Corte; 1992.
3. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. Bogotá: La Corte; 2008. Anexo II.
4. Fioravanti M. Los Derechos Fundamentales. Madrid: Trotta; 2003.
5. Declaración Universal de Derechos Humanos 1948. París: Asamblea General de las Naciones Unidas; 2009 [acceso 17 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
6. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana Bogotá, Colombia, 1948. Bogotá: Comisión Interamericana de Derechos Humanos; 2009 [acceso 17 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.cidh.org/Basicos/Basicos1.htm>
7. Organización de Naciones Unidas (ONU). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, diciembre 16. Ginebra: ONU; 1966.
8. Convención sobre los Derechos del Niño, Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989.
9. Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949 para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña. Ginebra: Cruz Roja Internacional; 2009 [acceso 17 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/iwpList103/2E048A9478BB2678C1256DE100525076>
10. ONU. Observación General n.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Págs. 95-116. En [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/HRI.GEN.1.Rev.7.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/HRI.GEN.1.Rev.7.Sp?Opendocument). Consultada el 6 de enero de 2010.
11. Defensoría del Pueblo. Equipo investigativo del programa de salud y seguridad social. Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2007.
12. Rodríguez CM, Molina G, Jiménez SA. Características de las tutelas en salud tramitadas en Medellín, Colombia. Investigación y Educación en Enfermería 2010; 28: 99.
13. Molina G, Muñoz I, Ramírez A. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Bogotá: Instituto de Estudios del Ministerio Público; 2009: 61-76.
14. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Publicación científica 554. Washington D.C.: OPS; 1995.

15. Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud, período 2003-2005. Bogotá, 2007: 25-74.
16. Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud, período 1999-2003. Bogotá, 2005: 5-6.

17. Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud, período 2003-2005. Bogotá, 2007: 29.
18. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-666 de 2004, julio 9. Bogotá: La Corte; 2004.

