

Bogotá D.C, 19 de agosto de 2025

Doctor
JULIO ELÍAS CHAGÜÍ FLÓREZ
Presidente
COMISIÓN PRIMERA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
Ciudad

Ref: Informe de ponencia **Proyecto de Ley No. 052 de 2025 Senado**
“Por medio de la cual se crea el comité asesor en salud para la
rama judicial y se dictan otras disposiciones”.

En cumplimiento de la designación que me hizo la Mesa Directiva mediante Acta MD-03, me permito rendir informe de ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 052 de 2025 Senado *“Por medio de la cual se crea el comité asesor en salud para la rama judicial y se dictan otras disposiciones”.*

Cordialmente,



ALFREDO DELUQUE ZULETA
Senador de la República
Ponente Único

ALFREDO RAFAEL DELUQUE ZULETA
SENADOR DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Email: alfredo.deluque@senado.gov.co
Tel: 601 3823000 Ext 5133

 @deluque  @aldeluque  @deluque

TRÁMITE DEL PROYECTO

Origen:	Congresional
Autor:	HH.SS: Norma Hurtado Sánchez, Julio Alberto Elías Vidal, Julio Elías Chagüi Flórez, Esperanza Andrade Serrano, Juan Felipe Lemos Uribe, John Moisés Besaile Fayad, Alfredo Deluque Zuleta, Soledad Tamayo Tamayo. HH.RR: Víctor Manuel Salcedo Guerrero, Diego Fernando Caicedo Navas, Jose Eliécer Salazar López, Teresa de Jesús Enríquez, Jorge Eliécer Tamayo Marulanda, Camilo Esteban Ávila Morales, Wilmer Ramiro Carrillo Mendoza, Hernando Guida Ponce,
Proyecto Original:	Gaceta N° 1294/2025
Trámite en Cámara:	El día 29 de julio de 2025 se radicó el Proyecto de Ley No. 052 de 2025 Senado “Por medio de la cual se crea el comité asesor en salud para la rama judicial y se dictan otras disposiciones” ante la Secretaría General del Senado. Así las cosas, el día 11 de agosto de 2025 la Secretaría General de Comisión Primera me designó a mí, Alfredo Deluque Zuleta, como ponente único para primer debate en esta comisión constitucional.

OBJETO DEL PROYECTO

La presente iniciativa legislativa se fundamenta en la necesidad de fortalecer la capacidad técnica de la Rama Judicial para conocer de asuntos relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, atendiendo la creciente complejidad de los casos y la especialización requerida en esta materia.

El proyecto se basa en las facultades del Consejo Superior de la Judicatura establecidas en el artículo 256 de la Constitución Política y desarrolladas en la Ley 270 de 1996, especialmente el artículo 85 modificado por la Ley 2430 de 2024, que faculta la aprobación de reglamentos para el eficaz funcionamiento de la administración de justicia.

La complejidad del sistema de salud colombiano requiere que las decisiones judiciales cuenten con sustento técnico especializado, lo que contribuirá a mejorar la calidad de la justicia y la eficiencia del gasto público en salud.

Se espera que el Comité contribuya a reducir la litigiosidad innecesaria, mejore la fundamentación técnica de las decisiones judiciales y promueva un uso más eficiente de los recursos del sistema de salud.

RESUMEN DEL PROYECTO

El proyecto consta de 22 artículos incluida su vigencia, en términos generales cada artículo busca:

- **Artículo 1. Objeto:** Crea el Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial como órgano consultivo del Consejo Superior de la Judicatura, encargado de brindar asesoría técnica y científica en asuntos de salud, optimizar el gasto y garantizar decisiones judiciales informadas y sostenibles.
- **Artículo 2. Ámbito de aplicación:** La ley se aplicará bajo principios constitucionales y de la Ley 100 de 1993: eficiencia, universalidad, solidaridad, inmediatez, continuidad y calidad en la prestación del servicio de salud.
- **Artículo 3. Principios rectores:** El Comité se regirá por independencia técnica, especialización, objetividad, eficiencia, sostenibilidad fiscal, coordinación interinstitucional y transparencia.

- **Artículo 4. Creación:** Se establece el Comité como órgano colegiado, técnico y consultivo, adscrito al Consejo Superior de la Judicatura, con sede en Bogotá, sesiones presenciales o virtuales y posibilidad de crear subcomités regionales.
- **Artículo 5. Integración:** Estará conformado por 11 miembros principales con suplentes, incluyendo representantes de altas cortes, entidades de salud, academia, sociedades médicas, expertos en economía de la salud y usuarios. Los miembros deberán tener formación universitaria, experiencia mínima de 5 años y no presentar conflictos de interés.
- **Artículo 6. Secretaría Técnica:** Funcionará de manera permanente y estará integrada por un abogado especialista en seguridad social, un profesional en salud pública, un economista de la salud y personal auxiliar.
- **Artículo 7. Funciones generales:** Asesorar al Consejo y a jueces en litigios de salud, emitir conceptos técnicos, elaborar protocolos y guías, proponer mejoras normativas, realizar estudios de impacto, coordinar con entidades y conformar redes de expertos.
- **Artículo 8. Competencias específicas:** Podrá pronunciarse sobre pertinencia y costo-efectividad de tecnologías en salud, protocolos clínicos, aspectos epidemiológicos, economía de la salud, normatividad, estándares de calidad y salud pública.
- **Artículo 9. Modalidades de asesoría:** Los jueces podrán solicitar conceptos al Comité, que responderá en 5 días casos urgentes, 15 días ordinarios y 30 días complejos. Los conceptos serán consultivos, públicos y valorables como dictamen pericial.
- **Artículo 10. Sesiones:** El Comité sesionará ordinariamente una vez al mes y extraordinariamente cuando lo solicite su presidente o al menos cinco miembros. Habrá quórum deliberatorio con seis integrantes y decisorio con ocho.
- **Artículo 11. Servicios incluidos en el Plan de Beneficios:** El Comité verificará que la prestación haya sido ordenada médicamente, sea necesaria, solicitada a la EPS, sin barreras de acceso injustificadas y con prioridad a menores o sujetos de especial protección.
- **Artículo 12. Servicios no incluidos en el Plan de Beneficios:** El Comité podrá pronunciarse de forma no vinculante cuando la exclusión amenace

derechos fundamentales, no exista sustituto efectivo, el paciente no pueda costearlo y se cumplan criterios de necesidad y efectividad.

- **Artículo 13. Coordinación con entidades de salud:** El Comité mantendrá articulación con Ministerio de Salud, Supersalud, INS, IETS, ADRES, INVIMA, EPS, IPS, academia y asociaciones científicas.
- **Artículo 14. Observatorio de Litigiosidad en Salud:** Se crea como dependencia técnica para recopilar y analizar información de procesos judiciales, identificar problemáticas, evaluar impactos y proponer medidas para reducir litigiosidad innecesaria.
- **Artículo 15. Sistema de información:** Permitirá consolidar datos nacionales de litigios, generar alertas, facilitar intercambio entre despachos judiciales, producir estadísticas y monitorear cumplimiento de fallos.
- **Artículo 16. Recursos:** Su funcionamiento se financiará con presupuesto del Consejo Superior de la Judicatura y con cooperación nacional o internacional. Los miembros externos recibirán honorarios por sesión.
- **Artículo 17. Presupuesto:** El Consejo incluirá partidas para honorarios, funcionamiento de la Secretaría Técnica, estudios, investigaciones e infraestructura tecnológica.
- **Artículo 18. Rendición de cuentas:** El Comité entregará informe anual al Consejo Superior de la Judicatura con estadísticas de conceptos, impacto de sus recomendaciones, análisis de litigiosidad y propuestas de mejora.
- **Artículo 19. Articulación con la Escuela Judicial:** Desarrollará programas de capacitación en derecho a la salud dirigidos a funcionarios judiciales.
- **Artículo 20. Reglamentación:** El Consejo Superior de la Judicatura reglamentará el funcionamiento del Comité en un plazo de seis meses.
- **Artículo 21. Cooperación internacional:** Se autoriza al Comité a establecer vínculos con organismos internacionales especializados en salud y resolución de controversias médicas.
- **Artículo 22. Vigencia.**

JUSTIFICACION DEL PROYECTO

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 Apropriaciones 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

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.)

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.
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.**

⁶ (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

⁷ (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

⁸ (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2016)

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 año se 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).

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	6.008	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	283.637	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	25,33	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		

*Nota: En 2020 la información corresponde a 9 meses.

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

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
Caquetá	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

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

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.

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

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.

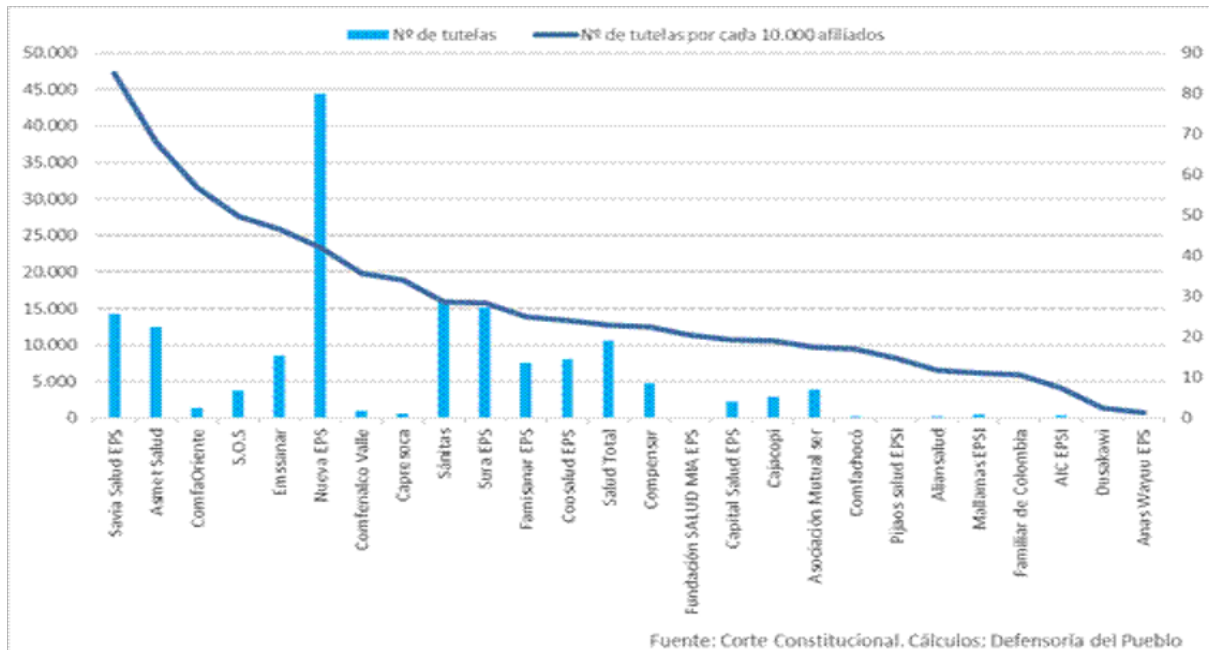
Tabla 4. Número de tutelas en cada EPS en 2022-2023

EPS	2022		2023		Variación %
	N.° tutelas	Part. %	N.° tutelas	Part. %	
Nueva EPS	31.685	25,70	44.347	27,37	39,96
Sánitas	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	5,56	12.459	7,69	81,94
Salud Total	9.923	8,05	10.649	6,57	7,32
Emsanar	7.060	5,73	8.581	5,30	21,54
Coosalud	5.628	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
Cajacopi	1.872	1,52	2.900	1,79	54,91
Capital salud	1.962	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
Aliansalud	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
Comfasucre/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 Wayúu 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	162.008	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 servicios 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.° tutelas	Part. %	N.° 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
Tolihuilá/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 (sólo 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.° tutelas	Part. %	N.° 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)	13,83	90,96	9,83	5,31	6,22	3,73	11,73	100
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	10,17	89,20	9,11	6,07	6,39	4,73	9,51	100
Enfermedades del sistema circulatorio	9,93	88,22	11,53	7,76	5,39	4,02	9,42	100
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	6,49	67,50	7,71	6,10	30,08	26,40	8,01	100
Enfermedades del aparato genitourinario	8,04	91,63	6,45	5,34	3,30	3,03	7,66	100
Enfermedades del sistema nervioso	7,22	88,67	8,73	7,28	4,38	4,05	7,60	100
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,40	90,74	8,12	7,72	1,46	1,54	6,66	100
Trastornos mentales y del comportamiento	5,56	88,07	7,11	7,04	4,45	4,89	6,40	100
Enfermedades del sistema digestivo	5,37	86,71	2,17	2,23	9,67	11,05	6,15	100
Enfermedades del ojo y sus anexos	5,22	89,96	4,84	5,25	3,98	4,79	5,84	100
Otros/No refiere	21,78	84,37	24,40	7,36	24,69	8,26	21,01	100
Total	100	86,63	100,0	6,34	100,0	7,03	100,0	100,0

Nota: Los diagnósticos especiales corresponden a ESE, ESE, ESE y ESE. Fuente: Corte Constitucional, Cálculos: Defensoría del Pueblo y almagisterio

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	13,15	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 encefalo	4,22	81,36	5,38	6,05	15,99	12,59	4,72	100
Leiomioma del utero	4,18	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

Nota: Los regímenes especiales corresponde a Fuerzas militares y de Policía y al magisterio

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Las **solicitudes más frecuentes en las tutelas** aumentaron un 24,84% en comparación con el año anterior. Delas 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	82,74	60,95	8,90	72,69	8,36	45,58	100
Otros relacionados con Salud	26,26	95,32	13,71	3,76	4,28	0,93	24,27	100
Tratamiento Integral	14,51	91,27	11,97	5,69	8,13	3,04	14,01	100
Medicamentos	12,66	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	1,31	82,80	1,72	8,24	2,38	8,96	1,39	100
Productos dietarios y alimenticios	0,74	90,74	0,66	6,12	0,43	3,14	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

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

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.

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

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)

citar un ejemplo, en 2014 las solicitudes por servicios PBS son de 65,74% y las del régimen subsidiado superaron en 9% 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 monitoría 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 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**

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)

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 07 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

¹⁷ (ACOSTA, 2013)

¹⁸ (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

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 avaluados 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

¹⁹ (FEDERACIÓN NACIONAL DE DEPARTAMENTOS, 2019)

²⁰ (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

²¹ (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2016)

que el juez presuma que siempre hay recursos para garantizar el derecho a la salud²². Para 2009, de 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.

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

²² (CLAVIJO, 2001)

²³ (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

²⁴ (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2016)

²⁵ (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

²⁶ (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

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.

Casos de responsabilidad médica

Ahora bien, sobre el sistema de salud también recaen demandas por casos de responsabilidad médica o fallas médicas. Mediante oficio No. 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, oblitio 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 falta 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

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.

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 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.

²⁹ Respuesta del Consejo de Estado mediante oficio No. 2019-1835-O.

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

Mediante oficio emitido desde la oficina de H.R Norma Hurtado, autora del proyecto, al Ministerio de Salud y Protección Social, Fiscalía General de la Nación, Corte Suprema de Justicia, Superintendencia Nacional de Salud y Corte Constitucional, se solicitó 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:** Remite 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, sólo 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

³⁰ Respuesta fechada el 17 de junio de 2019 con radicado PCSJ – No. 725.

³¹ Respuesta fechada el 26 de junio de 2019 oficio No. 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.

propia Corte Constitucional C-951 de 2014, M.P. (e) Martha Victoria SÁCHICA Méndez.

- **Consejo de Estado**³³: 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.



Consejo Superior de la Judicatura
Unidad de Desarrollo y Análisis Estadístico
División de Estadística

ESTADÍSTICAS DE MOVIMIENTO DE PROCESOS AÑO 2019 - ENERO - JUNIO

JURISDICCIÓN: CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

COMPETENCIA: TRIBUNAL ADMINISTRATIVO

DESAGREGADO DESPACHO A DESPACHO

La información presentada no incluye las tutelas e impugnaciones reportadas en el sección que no corresponde.

Es importante señalar que cuando se presentan cifras estadísticas consolidadas a nivel de jurisdicción, especialidad u otra agregación en algunas de las publicaciones, con el fin de suministrar información sobre el ingreso y egreso efectivo de la Rama Judicial y para no contabilizar de manera duplicada la entrada y salida del mismo proceso, se realizan los siguientes cálculos: al ingreso efectivo se le restan los ingresos por: i) descongestión, ii) por artículo 3 de la Ley 1395 de 2010, iii) por pérdida de competencia, iv) por cambio de radicación, v) por reintegros por nulidad y vi) por renovación de actuaciones. a los egresos efectivos se le restan los egresos por: i) descongestión, ii) remitidos a otros despachos, iii) por autos desiertos o desistidos, iv) por artículo 3 de la Ley 1395, v) por pérdida de competencia, vi) rechazados o retrados, vii) por cambio de radicación, viii) por remitidos a otros despachos por oposición, ix) devueltos por falta de requisitos de tierras, x) otras salidas no efectivas, xi) por acumulación, xii) rechazados o retrados otros requisitos, xiii) rechazados o retrados requisitos procedimental.

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA - DESPACHOS DESCONGESTIÓN

DISTRITO ADMINISTRATIVO	SECCIÓN	NOMBRE DEL DESPACHO	FUNCIONARIO	Meses reportados	INGRESOS EFECTIVOS	PROMEDIO MENSUAL DE INGRESOS	EGRESOS EFECTIVOS	PROMEDIO MENSUAL DE EGRESOS	INVENTARIO FINAL	PROMEDIO MENSUAL DE INGRESOS EFECTIVOS			PROMEDIO MENSUAL DE EGRESOS EFECTIVOS		
										Otras Acciones Constitucionales	Procesos	Tutelas e impugnaciones	Otras Acciones Constitucionales	Procesos	Tutelas e impugnaciones
Cundinamarca	Sección Segunda	Despacho 404 de la Sección Segunda del Tribunal Administrativo de	JAVIER ALFONSO ARGOTE ROYER	3	326	109	54	18	272		109			18	
Cundinamarca	Sección Segunda	Despacho 405 de la Sección Segunda del Tribunal Administrativo de	CARLOS ENRIQUE BERROCAL MORA	3	370	123	67	22	303		123			22	
Cundinamarca	Sección Segunda	Despacho 406 de la Sección Segunda del Tribunal Administrativo de	LUIS EDUARDO PINEDA PALOMINO	2	319	160	53	27	266		160			27	

En la respuesta final manifiestan que la gestión de los procesos en la Sección Tercera se clasifica de acuerdo a criterios como el medio de control, el tipo de recurso y las listas de temas generales para el reparto aprobados por la Sala Plena de dicha sección. Es claro, entonces, que de entrada no se responde a los requerimientos detallados en los tres puntos de la petición.

En todo caso, únicamente reportan los temas que tienen que ver con responsabilidad médica, sin poder determinar el sentido de la sentencia proferida por el Consejo de Estado de acuerdo al tema, sin saber cuántas resultaron a favor o en contra del sistema de salud colombiano o cuánto es el monto que representa para el Estado el resultado desfavorable de dichas demandas. Finalmente, remiten

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 No. 2019-1835-O.

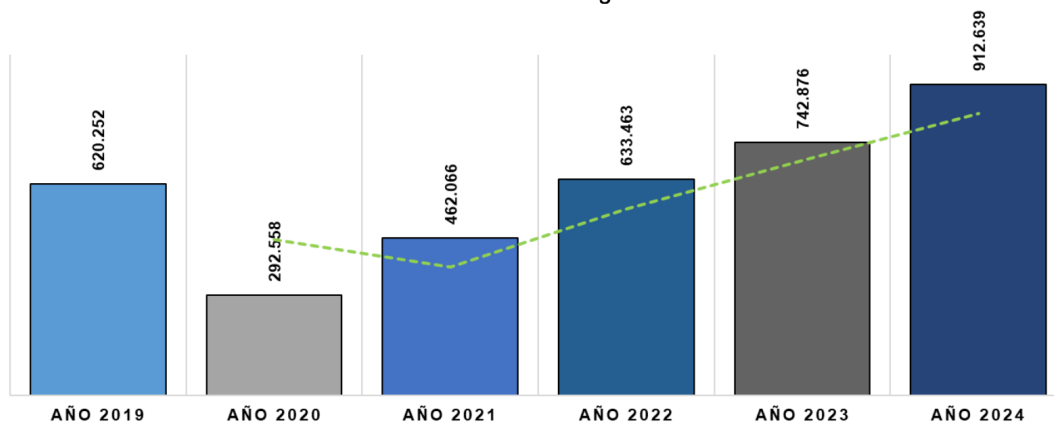
un listado de expedientes de los fallos que ha proferido la Sección Tercera sobre asuntos de responsabilidad extracontractual por falla médica, donde únicamente relacionan datos tales como radicado, ponente, medio de control, tema general, actor, demandado, tipo, resuelve, fecha y vigencia.

Es claro, entonces, que el manejo de la información sobre la solicitud de intervención judicial para resolver todo tipo de caso irregular dentro del sistema de salud se sintetiza en un panorama desordenado y nada articulado, que desconoce situaciones inusuales que vulneran el derecho fundamental a la salud y dan paso a la continuidad de fallas dentro del sistema de aseguramiento, sin poder hacer actuar más allá de los pocos casos que estén dispuestos a resolver y hasta donde la congestión judicial se los permita.

De igual manera, la Contraloría General de la República presentó el informe *“estado del aseguramiento en salud por parte de las EPS y los programas de salud de las cajas de compensación familiar del 01 de enero - 31 de diciembre vigencia 2024”*, donde revela que, con corte a febrero de 2024, el sistema de aseguramiento en salud sigue altamente judicializado y saturado de reclamos por parte de los usuarios.

Durante 2023 se reportaron 194.899 tutelas relacionadas con el derecho a la salud, de las cuales el 76,7% fue interpuesta contra EPS. Además, se presentaron 11,9 millones de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) en todo el sistema, lo que equivale a una tasa de 222 PQR por cada 1.000 afiliados. Estos datos muestran un comportamiento preocupante y sostenido: los ciudadanos acuden cada vez más a mecanismos legales y administrativos para acceder a servicios que, en muchos casos, ya están contemplados dentro del plan de beneficios. Las EPS más judicializadas son Nueva EPS, Sura y Sanitas, que concentran el mayor volumen de afiliados y también de demandas.

Gráfica N. 9
Tutelas Radicadas en la Corte Constitucional
Corte: 31 de diciembre de las vigencias 2019 - 2024



Fuente: Estadísticas / Corte Constitucional: Tutelas Radicadas - <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php>
Elaboró: Equipo Delegada Sector Salud

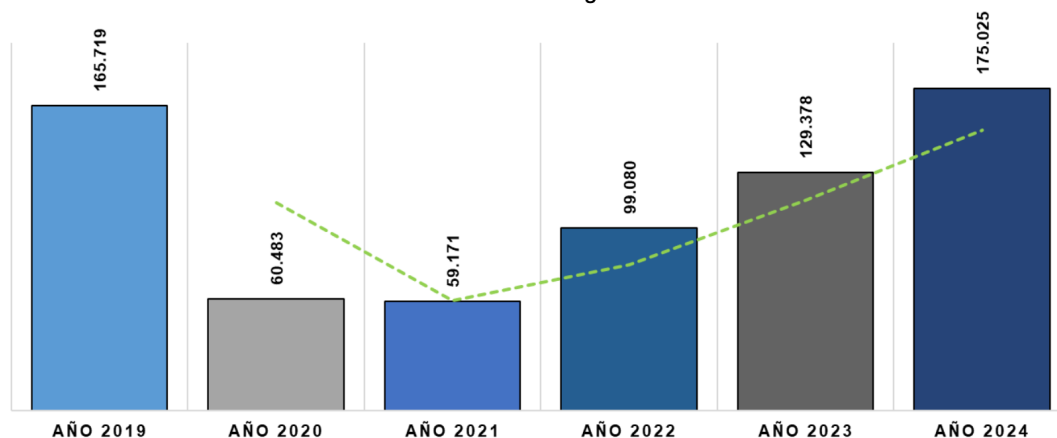
Fuente: Contraloría General de la República 2024.

El 89,2% de las tutelas se relacionan con la prestación de servicios de salud incluidos en el plan obligatorio, lo que evidencia que los principales problemas no están en la normatividad, sino en la oportunidad, la autorización y la entrega de servicios. Los mayores motivos de las PQR son barreras en el acceso, negación de servicios, demoras en autorizaciones, y problemas con la entrega de medicamentos o agendamiento de citas. Algunas EPS registran tasas críticas de PQR: Medimás, Coomeva, Savia Salud y Emssanar superan las 400 PQR por cada 1.000 afiliados, mientras que Sura y Sanitas, aunque con mejores tasas, reportan volúmenes muy altos en términos absolutos. Este comportamiento refleja una relación deficiente entre usuarios y aseguradores, con debilidades en la capacidad de respuesta, en la red de prestadores y en la gestión administrativa.

Según el informe, durante 2023 se reportaron 194.899 tutelas relacionadas con el derecho a la salud. De estas, el 76,7% fueron concedidas total o parcialmente por los jueces. El 89,2% de las tutelas corresponden a solicitudes de servicios incluidos en el plan de beneficios. En cuanto al tipo de demandado, el 76,7% de las tutelas fueron dirigidas contra EPS, y el restante 23,3% contra otros actores del sistema. Las entidades con mayor número de tutelas fueron Nueva EPS, Sura y Sanitas, las cuales también tienen la mayor participación en el aseguramiento. El

informe muestra que las regiones con mayor volumen de tutelas fueron Bogotá, Valle del Cauca, Antioquia y Atlántico.

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/estadisticas.php>
Elaboró: Equipo Delegada Sector Salud

Fuente: Contraloría General de la República 2024.

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.

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

³⁴ (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2016)

³⁵ (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2016)

³⁶ (MENDIVELSO, 2013)

³⁷ (CLAVIJO, 2001)

el acceso universal a los servicios de salud, en adición a que Colombia, como país en desarrollo, sólo 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 asigne recursos públicos a 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.

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 III del título XII de la Constitución Política y en el estatuto orgánico del presupuesto compilado en el Decreto 111 de 1996 como en otras normas específicas posteriores, asertos aplicables a nivel nacional como territorial⁴¹.

³⁸ (CLAVIJO, 2001)

³⁹ (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

⁴⁰ (PLAZAS VEGA, 2008)

⁴¹ (MENDIVELSO, 2013)

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 (Art. 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 generales 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,

⁴² (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

⁴³ (GUZMÁN, 2007)

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 asegurar la continuidad e imparcialidad del proceso democrático⁴⁸.

⁴⁴ (MENDIVELSO, 2013)

⁴⁵ (UPRIMNY, 2000)

⁴⁶ (GARCÍA & UPRIMNY, 2002)

⁴⁷ (MENDIVELSO, 2013)

⁴⁸ (UPRIMNY, 2000)

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.

⁴⁹ (MENDIVELSO, 2013)

⁵⁰ (RAMÍREZ & RIVERA, 2010)

⁵¹ (ABRAMOVICH & COURTIS, 2002)

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 comité especializado que resuelva las acciones de tutela al respecto⁵².

En ese sentido, se debe contar con una institucionalidad sólida que sea plena concedora 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 separables⁵³.

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 las 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 adecuada⁵⁴.

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

⁵² (DUEÑAS, 2009)

⁵³ Sentencia T-016 de 2007 de la Corte Constitucional.

⁵⁴ (MENDIVELSO, 2013)

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 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 derecho⁵⁵.

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 derecho⁵⁶.

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 médico⁵⁷.

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

⁵⁵ Sentencia T-760 de 2008 Corte Constitucional.

⁵⁶ (MENDIVELSO, 2013)

⁵⁷ (MENDIVELSO, 2013)

legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud⁵⁸.

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 irrespeta 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.

⁵⁸ (MENDIVELSO, 2013)

- 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 concedor de casos 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 "inyectará 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 ley⁵⁹.

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 litigios⁶⁰. 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 legales⁶¹.

⁵⁹ (PETRILA, 2003)

⁶⁰ (PETRILA, 2003)

⁶¹ (WARD, 1999)

COMENTARIOS DEL PONENTE

El Proyecto de Ley para la constitución del Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial representa un avance crucial en la administración del sistema de salud en Colombia. La creación de este Comité especializado permitirá que las decisiones judiciales en materia de salud se sustenten en fundamentos técnicos y científicos sólidos, garantizando la coherencia y pertinencia de las sentencias y evitando así resoluciones basadas en criterios subjetivos o improvisados que puedan comprometer la estabilidad del sistema de seguridad social.

Este órgano consultor contribuirá significativamente a la optimización de los recursos públicos destinados a la salud y al control riguroso del impacto fiscal generado por las decisiones judiciales. La emisión de conceptos técnicos claros y públicos permitirá una gestión más eficiente de los fondos, previniendo la asignación inadvertida de recursos hacia casos aislados que carezcan de una adecuada valoración técnica, lo cual es esencial para preservar la sostenibilidad financiera del sistema y proteger el bienestar colectivo.

Asimismo, el Comité fomentará la transparencia en los procesos judiciales relacionados con la salud, haciendo accesible la información técnica a jueces y demás actores involucrados. Esta apertura garantiza mayor confianza en la administración judicial y en la gestión del sector salud. La posibilidad de instalar subcomités territoriales facilitará, además, la atención de problemáticas regionales específicas, adaptando la asesoría a las particularidades y prioridades locales.

Finalmente, la iniciativa legislativa se fundamenta en los principios constitucionales y legales que regulan la prestación del servicio público de salud, tales como la integralidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. La proposición busca equilibrar la protección efectiva del derecho fundamental a la salud con la necesidad imperiosa de mantener la sostenibilidad financiera del sistema, lo que representa una contribución relevante para el mejoramiento institucional tanto del sector salud como del ejercicio judicial en esta materia.

FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES Y LEGALES

Constitución Política de Colombia, 1991

Artículo 49. Derecho a la salud y rol del Estado

“La prestación de los servicios de salud y saneamiento ambiental es a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.”

Este artículo consagra el derecho fundamental a la salud, estableciendo la obligación estatal de garantizar el acceso universal a servicios de calidad. La creación del Comité Técnico Asesor contribuye a materializar este mandato, al asegurar que las decisiones judiciales sobre materias de salud estén basadas en criterios técnicos, lo que evita afectaciones arbitrarias a la prestación de los servicios y favorece la sostenibilidad del sistema.

Artículo 209. Principios de la función administrativa

“La función administrativa es ejercida a través de entidades públicas, que cuentan con autonomía administrativa y técnica; debe estar al servicio del interés general y basarse en los principios de eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad, participación, responsabilidad, y de acuerdo con la Constitución y la ley.”

La instauración del Comité Técnico Asesor se enmarca en este artículo, pues promueve la eficiencia y transparencia en la gestión judicial vinculada al sector salud, al proporcionar criterios técnicos que orienten el cumplimiento de las decisiones judiciales, evitando dilaciones y arbitrariedades que repercutan negativamente en la administración pública de salud.

Artículo 334. Sostenibilidad fiscal y control del gasto público

Modificado por Acto Legislativo 003 de 2011, este artículo introduce el principio de sostenibilidad fiscal como criterio vinculante para la administración pública. Establece que las autoridades deben evaluar el impacto financiero de sus decisiones para preservar la estabilidad económica del Estado.

El Proyecto de Ley se fundamenta en esta disposición al contemplar el control técnico y fiscal sobre las sentencias judiciales en salud, a fin de evitar que fallos

aislados comprometan la sostenibilidad financiera del sistema general de seguridad social en salud. La creación del Comité Técnico Asesor responde así a un mandato constitucional de racionalidad fiscal.

FUNDAMENTOS LEGALES

- **Ley 100 de 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud.** La Ley 100 establece el marco normativo para la organización y funcionamiento del sistema de salud en Colombia. En particular, tutela principios como la universalidad, integralidad, solidaridad, calidad, eficiencia y sostenibilidad financiera en la prestación del servicio público de salud (artículos 3, 7, 8 y 9). Este proyecto se sustenta en tales principios, dado que el Comité Técnico Asesor actuará para garantizar que las decisiones judiciales respeten los límites técnicos y financieros necesarios para que el sistema mantenga su viabilidad y pueda garantizar la atención oportuna y adecuada a la población.
- **Ley 1437 de 2011 – Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.** Este cuerpo normativo regula los procedimientos administrativos y la función judicial en lo contencioso administrativo. Favorece la transparencia, el debido proceso, y la adecuada fundamentación de las decisiones que afectan a los derechos públicos y colectivos, incluyendo aquellos relacionados con salud pública. El Comité Técnico Asesor tendrá el rol de proveer conceptos técnicos que fortalecerán la calidad y fundamentación de las decisiones judiciales en procesos contencioso-administrativos relacionados con salud, en cumplimiento con esta ley.
- **Acto Legislativo 003 de 2011 – Reforma Constitucional para Sostenibilidad Fiscal.** Este acto legislativo adicionó el artículo 334 para incorporar el incidente de impacto fiscal en las decisiones judiciales, con el fin de evaluar y controlar el efecto financiero de las sentencias estatales. El Proyecto de Ley propone un órgano técnico especializado que analizará con rigor el impacto fiscal de las órdenes judiciales en salud, asegurando el cumplimiento de los derechos fundamentales sin desbordar la capacidad financiera del Estado.

- **Decreto Ley 019 de 2012 – Ley Antitrámites y Gobierno Digital.** Este decreto promueve la implementación de mecanismos tecnológicos y la simplificación administrativa para mejorar la eficiencia, la transparencia y el acceso a la información en la gestión pública.

El carácter público de los conceptos emitidos por el Comité Técnico Asesor, incluidos los mecanismos para divulgarlos por medios digitales (como la página web del Consejo Superior de la Judicatura), responde a esta normatividad, fomentando la participación ciudadana y la rendición de cuentas en el ámbito judicial y de salud.

CONCEPTOS A LA INICIATIVA LEGISLATIVA

Instituto Colombiano de Derecho Procesal:

“(…)

6.1) *Durante la vigencia de la Ley 100 de 1993, el suministro de servicios y tecnologías a los usuarios se realizaba conforme a un sistema en el que lo expresamente reconocido en la ley y sus normas complementarias dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) era financiado con cargo a la UPC. Por el contrario, lo expresamente excluido no contaba con cobertura y, en principio, debía ser asumido por aquel o por su familia.*

6.2) *En ese marco jurídico, la jurisprudencia constitucional identificó diversos servicios y tecnologías que carecían de regulación expresa, es decir, no se encontraban específicamente incluidos ni excluidos de la cobertura, por lo que inicialmente, no constituían obligaciones a cargo de la EPS.*

De ahí que su reconocimiento judicial hubiera obedecido a criterios de necesidad, valorando si la negativa comprometía derechos fundamentales, la ausencia de capacidad de pago del paciente y la existencia de prescripción médica.

En tal contexto, la decisión recaía en un análisis judicial individualizado, sin que existieran parámetros objetivos preestablecidos para su concesión. Por otra parte, la exclusión de los servicios o tecnologías que no tenían relación con la salud, no se consideraba como generadora de la violación del derecho fundamental.

6.3) La **Sentencia T860 de 2008** identificó las dificultades causadas, entre otras cosas, en la indefinición de los servicios y procedimientos incluidos o excluidos en el POS, entre los cuales destacó el acceso inoportuno, los problemas de calidad, la ineficiencia en el uso de recursos, la debilidad en la articulación del sistema y las dudas sobre la sostenibilidad financiera.

6.4) La Ley 1751 de 2015 Estatutaria de la Salud, buscó afrontar esas dificultades, reconociendo el derecho a la salud como uno fundamental y autónomo, adoptando un modelo intermedio en el que las cargas se distribuyen entre el Estado, las familias y otros agentes e incentivando la corresponsabilidad y la progresividad en la cobertura.

También reemplazó el POS por el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y lo vinculó al ámbito irreductible del derecho a la salud e invirtió la lógica con la que se conceden los servicios a cargo del sistema, imponiendo que el usuario tiene la posibilidad de recibir todos los servicios y tecnologías en salud salvo que expresamente no sean excluidos del PBS.

6.5) Las exclusiones (que son las que buscan garantizar la sostenibilidad del sistema sin menoscabar el núcleo esencial del derecho), deben concretarse en una lista por parte del Ministerio de Salud, son específicas y atañen con la existencia de un propósito cosmético, la falta de evidencia científica, el uso no autorizado, la experimentación o la prestación en el exterior.

6.6.) El PBS tiene que actualizarse una vez al año y el de sus exclusiones cada dos anualidades.

6.7) La falta de variación periódica en los medicamentos y procedimientos excluidos de financiación con recursos públicos de la salud lleva “efectos adversos en la sostenibilidad financiera del sistema”, en razón a que, la no exclusión de uno de ellos implicará que el medicamento o procedimiento puede ordenarse con cargo a uno de los siguientes sistemas de protección:

1. **colectivo**, centrado en las necesidades de la población en general, donde se tiene en cuenta la carga de la enfermedad, los datos epidemiológicos y las características de la población para determinar su financiación con cargo a la UPC,
2. **individual**, que incluye medicamentos, procedimientos y, algunos servicios sociales complementarios y tecnologías de alto costo (**no**

UPC), que son financiados con cargo a los recursos de los presupuestos máximos (PM).

6.8.) A la fecha se han expedido los siguientes actos administrativos, mediante los cuales se ha actualizado el PBS:

Actualización de servicios y tecnologías UPC ²	Fecha de publicación	Entrada en Vigencia	Exclusiones	Fecha de publicación	Entrada en vigencia
Resolución 2292 de 2021	23-12-2021	01-01-2022	Resolución 2273 de 2021	22-12-2021	01-01-2022
Resolución 2808 de 2022	30-12-2022	01-01-2023			
Resolución 2366 de 2023	29-12-2023	01-01-2024	Resolución 641 de 2024	18-04-2024	18-04-2024
Resolución 2718 de 2024	30-12-2024	01-01-2025			

6.9) Los servicios y tecnologías en salud financiados con los presupuestos máximos se encuentran determinados en la Resolución n.º 067 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social y establece las responsabilidades de los prestadores de servicios de salud, las EPS y el Adres.

6.10) Sin embargo, al igual que en el modelo anterior, la jurisprudencia constitucional mantiene la posibilidad de inaplicar las exclusiones en eventos excepcionales, dependiendo de la estructuración en el caso concreto de reglas generales y subreglas constitucionales.

6.11) Las reglas generales de inaplicación de las exclusiones, pueden compendiarse en:

- Hay amenaza o vulneración de los derechos a la vida o integridad física del paciente, que impida una vida digna.
- No existe un servicio o tecnología en el PBS que supla el excluido con el mismo nivel de efectividad para garantizar el mínimo vital.
- El usuario carece de recursos económicos para sufragar el costo y no hay posibilidad de obtenerlo por otros medios (planes complementarios, medicina prepagada).
- El servicio o tecnología excluido fue ordenado por el médico tratante adscrito a la EPS.

6.12) *En ese orden de ideas, la falta de conocimiento en las actualizaciones del PBS, de la lógica con la que el legislador distribuyó los recursos y de las reglas y subreglas constitucionales de inaplicación de las exclusiones o la confusión en los sistemas de protección (UPC – No UPC), conlleva directamente a un problema de financiación en el sistema de seguridad social en salud.*

(...)

Conclusiones: *Es innegable la creciente complejidad y el elevado volumen de las acciones de tutela en el ámbito de la salud, que superaron las 1.6 millones entre 2016 y 2025, justificando plenamente la necesidad de fortalecer la capacidad técnica de la Rama Judicial en esta materia.*

(...)”

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 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 regirá 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.

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.

ANÁLISIS DEL 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”.

CONFLICTO DE INTERÉS

Siguiendo lo dispuesto por el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, que modifica el art. 291 de la Ley 5 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 art. 286 de la Ley 5 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.

PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, presento ponencia positiva y, en consecuencia, solicito miembros de la Honorable Comisión Primera del Senado de la República, dar **Primer Debate** al Proyecto de Ley No. 052 de 2025 Senado *“Por medio de la cual se crea el comité asesor en salud para la rama judicial y se dictan otras disposiciones”* conforme al texto propuesto por los autores de la iniciativa.

Cordialmente



ALFREDO DELUQUE ZULETA
Senador de la República