

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CORTE CONSTITUCIONAL

-Sala Cuarta de Revisión-

SENTENCIA T-089 DE 2026

Referencia: expediente T- 11.465.527

Asunto: acción de tutela instaurada por *Paola* en contra de la Nación, Ministerio de Relaciones Exteriores - Migración Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento de Casanare - Secretaría de Salud Departamental

Tema: falta de acceso efectivo, continuidad y atención integral en salud a mujer migrante en situación irregular, con un diagnóstico de enfermedad grave

Magistrado sustanciador:

Juan Carlos Cortés González

Bogotá, D.C., diecisiete (17) de abril de dos mil veintiséis (2026)

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional[1], integrada por la magistrada Lina

Marcela Escobar Martínez y los magistrados Vladimir Fernández Andrade y Juan Carlos Cortés González, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la presente

SENTENCIA

En el trámite de revisión de los fallos de tutela proferidos (i) en segunda instancia el 15 de julio de 2025 por el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Yopal, Sala Única de Decisión, el cual confirmó (ii) el fallo de primera instancia del 5 de junio de 2025 del Juzgado 002 Laboral del Circuito de Yopal, Casanare, y, en consecuencia, denegó el amparo solicitado en la acción de tutela impetrada por *Paola* en contra de la Nación, Ministerio de Relaciones Exteriores – Migración Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento de Casanare – Secretaría de Salud Departamental.

ACLARACIÓN PREVIA

De conformidad con el artículo 62[2] del Reglamento Interno de la Corte Constitucional (Acuerdo 02 de 2015) y la Circular Interna N.º 10 de 2022, la Sala dispondrá la anonimización de los nombres y datos personales que permitan la identificación de la accionante en el expediente T-11465527, para salvaguardar su derecho fundamental a la intimidad. Esta decisión se adopta porque el asunto involucra la historia clínica y el estado de salud de la accionante. En consecuencia, se registrarán dos versiones de la providencia: una con los datos reales y otra con el nombre ficticio de la accionante en cursiva que garantice la reserva de los datos personales para su difusión en los canales dispuestos por la Corte Constitucional. Las entidades de la parte pasiva no serán anonimizadas, pues su mención no compromete gravemente los derechos de estas y tampoco implica la identificación de la accionante. Por el contrario, mantener su reconocimiento garantiza que las ordenes efectuadas se cumplan, especialmente cuando se exhorta la implementación de medidas a

nivel nacional y territorial, como en el presente caso.

1. SÍNTESIS DE LA DECISIÓN

¿Qué estudió la Corte?

Una acción de tutela interpuesta por una mujer venezolana de 42 años, residente en Yopal, Casanare, quien acudió en dos oportunidades al servicio de urgencias del HORO -Hospital Regional de la Orinoquía por hemorragia uterina anormal, anemia leve, dolor abdominal y sospecha de neoplasia cervical e hidrosálpinx derecho. Aunque los médicos indicaron la necesidad de estudios diagnósticos prioritarios y seguimiento especializado para confirmar o descartar cáncer de cuello uterino, tales servicios le fueron negados debido a su situación migratoria irregular, bajo el argumento de que solo tenía derecho a atención inicial de urgencias.

La historia clínica plasmó la existencia de una lesión cervical sugestiva de neoplasia, que exige continuidad diagnóstica y acceso oportuno a atención especializada, pues la dilación podría comprometer su salud y vida.

La Sala de Revisión analizó el alcance de la protección en salud de personas migrantes con enfermedades catastróficas, con enfoque de género, y evaluó la necesaria coordinación de las instancias y herramientas estatales para que las autoridades, entre ellas el Ministerio de Salud y Protección Social, articulen, coordinen y garanticen los derechos a la salud de las personas migrantes.

¿Qué consideró la Corte?

La Sala de Revisión abordó la discusión constitucional a partir del derecho a la salud sexual y reproductiva, dado que la accionante es una mujer que padece cáncer de cuello uterino. Comprendió que tal garantía incorpora la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades del aparato reproductor femenino, lo que adquiere especial relevancia frente a patologías catastróficas como el cáncer de cuello uterino, especialmente en mujeres migrantes en situación irregular, quienes enfrentan mayores barreras de acceso al sistema de salud y quienes tienen en riesgo su vida ante las evidentes dilaciones de atención. En ese sentido, la Corte explicó que si bien la jurisprudencia constitucional ha decantado reglas para la protección de las personas migrantes, se hace necesario una atención articulada, que conduzca a la protección efectiva, por lo que el Estado debe otorgar una respuesta integral, oportuna y libre de discriminación, en tanto la condición migratoria no puede ser un obstáculo para el acceso efectivo a servicios de salud, cuando existe necesidad médica acreditada, debiendo eliminarse las barreras administrativas que impidan la continuidad del tratamiento.

Asimismo, la Corte enfatizó que la igualdad material exige superar obstáculos estructurales del sistema, como fallas de coordinación institucional, dispersión de competencias, deficiencias en la referencia y contrarreferencia, y trámites que se convierten en barreras, que reducen la atención de la población migrante a intervenciones episódicas o de urgencia. Por ello, reiteró que los principios de integralidad y continuidad obligan a garantizar un manejo clínico completo y sostenido, sin discriminación por nacionalidad, situación migratoria o régimen de aseguramiento, mediante acciones efectivas de rectoría, seguimiento y articulación entre la Nación y las entidades territoriales.

¿Qué decidió la Corte?

La Sala Cuarta de Revisión concluyó que la negativa del Hospital Regional de la Orinoquía, así como del Departamento de Casanare, en cuanto a autorizar medicamentos, exámenes diagnósticos prioritarios y valoraciones especializadas a la accionante, con un padecimiento de enfermedad catastrófica por cáncer de cuello uterino, vulneró sus derechos fundamentales a la salud en su faceta de diagnóstico, a la integridad personal y a la vida digna, especialmente en la dimensión de derechos a la salud sexual y reproductiva, al desconocer que las personas migrantes, aun en situación irregular, gozan de protección constitucional reforzada cuando enfrentan enfermedades catastróficas. Señaló que la atención en urgencias no puede limitarse a medidas mínimas, sino que debe incluir las actuaciones necesarias para un diagnóstico efectivo y la continuidad del tratamiento, especialmente frente a patologías oncológicas, pues la interrupción de la atención quebranta los principios de integralidad y continuidad y ponen en riesgo la vida digna. Asimismo, evidenció errores en la valoración probatoria y en la aplicación del estándar constitucional por parte de los jueces de instancia, al no considerar adecuadamente la gravedad del diagnóstico ni el enfoque de igualdad material y protección reforzada aplicable al caso.

De igual forma, la Sala determinó que el Ministerio de Salud y Protección Social incurrió en una omisión estatal de carácter estructural, al no demostrar la existencia ni la implementación efectiva de lineamientos operativos que garanticen la atención integral de personas migrantes con enfermedades de alto riesgo, lo que generó barreras administrativas y desarticulación institucional con impacto discriminatorio. En consecuencia, la Sala Cuarta de Revisión decidió revocar las sentencias que negaron el amparo y proteger los derechos a la salud, al diagnóstico y a la vida digna de la accionante, impartiendo órdenes orientadas a asegurar una atención integral, continua y oportuna.

¿Qué ordenó la Corte?

Revocó las decisiones de instancia y, en su lugar, decidió amparar los derechos fundamentales a la salud en su faceta de diagnóstico, a la integridad personal y a la vida digna de la accionante.

Ordenó al Hospital Regional de la Orinoquía y al Departamento de Casanare adoptar medidas inmediatas para realizar diagnóstico integral, valoración médica y garantizar los servicios urgentes requeridos, asumiendo los costos conforme al orden constitucional y legal.

Dispuso que el Departamento de Casanare adopte y socialice un protocolo operativo para la atención de enfermedades catastróficas en población migrante, con criterios clínicos, rutas claras y mecanismos para evitar barreras por condición migratoria. Además, le ordenó la elaboración y remisión al Ministerio de Salud y Protección Social de un mapa de oferta oncológica disponible y de una caracterización de barreras recurrentes para población migrante de alto costo.

Conminó a la accionante a adelantar los trámites necesarios para regularizar su situación migratoria y facilitar su afiliación al sistema de salud.

Ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social, a Migración Colombia y al Departamento de Casanare, acompañar, informar y asistir a la accionante en el proceso de regularización migratoria y acceso al Sistema General de Seguridad Social en salud.

Exhortó al Ministerio de Salud y Protección Social a fortalecer la implementación territorial de la jurisprudencia sobre salud de población migrante, mediante capacitación, ajustes regulatorios, asistencia técnica y lineamientos para la atención integral, especialmente en cáncer.

Exhortó al Departamento de Casanare a garantizar la atención de urgencias en enfermedades catastróficas a través de la red pública, conforme a los estándares médicos y legales.

Remitió copia de la sentencia a la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 para lo de su competencia frente a problemáticas estructurales del sistema de salud.

Ofició a la Defensoría del Pueblo para que brinde acompañamiento institucional a la accionante para el acceso a los servicios de regularización de su situación migratoria como de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo ofició a la Procuraduría General de la Nación para que realice seguimiento al cumplimiento del fallo.

1. ANTECEDENTES

1. Acción de tutela

1. Paola presentó tutela contra la Nación, Ministerio de Relaciones Exteriores – Migración Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, y el Departamento de Casanare – Secretaría de Salud Departamental para obtener el amparo de los derechos a la vida, a la vida en condiciones dignas y a la salud.
2. Paola explicó en el escrito de tutela que es una mujer de 42 años, de nacionalidad venezolana y residente en Yopal, Casanare, que acudió en dos oportunidades al servicio de urgencias del HORO (Hospital Regional de la Orinoquía) debido a un cuadro clínico de hemorragia uterina anormal, anemia leve, dolor abdominal y sospecha de neoplasia cervical e hidrosalpinx derecho. Expuso que, tras la valoración médica, los especialistas le señalaron que requería estudios diagnósticos adicionales para confirmar o descartar un cáncer de cuello uterino, indicando que la atención debía continuar de forma ambulatoria y prioritaria[3]. Adujo que, debido a su situación irregular como migrante en Colombia, le fue negada la atención requerida para la práctica de exámenes y estudios de laboratorio requeridos, pues se consideró que ello excedía la atención en urgencias que es la única permitida a las personas migrantes que se encuentren sin regularización.
3. Al escrito de tutela adjuntó la historia clínica del 5 de marzo de 2025[4], de la que se advierte que la accionante, mujer de 42 años, consultó por sangrado vaginal y dolor hipogástrico, hallazgos frente a los cuales los estudios diagnósticos iniciales evidenciaron una lesión cervical de 24 x 21 mm sugestiva de neoplasia, así como un engrosamiento inespecífico del cérvix con diagnóstico diferencial entre proceso inflamatorio y tumoral. Aunque no se identificaron criterios de hospitalización inmediata ni masa visible para biopsia en urgencias, el concepto médico resaltó la necesidad de estudios de extensión prioritarios y seguimiento especializado en ginecología, con el fin de confirmar o descartar patología oncológica y definir conducta terapéutica.
4. Junto con la historia clínica anexó las órdenes médicas ambulatorias y el plan de manejo externo de servicios[5] de la misma fecha, en las que se aprecia: “ORDENES MÉDICAS: SALIDA ACIDO TRANEXAMICO TAB X 500 MG # 15 TOMAR 1 TAB CADA 8 H POR 5 DIAS

NAPROXENO TAB X 250 MG # 20 TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS SE SOLICITA CCV TEST DE VPH PRIORITARIO SE SOLICITA RMN PELVICA CON CONTRASTE PRIORITARIO SE SOLICITA VALORACION POR GINECOLOGIA PRIORITARIO AMBULATORIO SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA". Allí mismo se evidencia como orden médica ambulatoria el "TEST DE VPH" y en el plan de manejo externo por interconsulta "RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN Rutinario Observaciones: *** PELVIS CON CONTRASTE PRIORITARIO ***".

5. De la historia clínica también se destaca la interconsulta de ginecología y obstetricia realizada en el HORO en la que se registra que la madre, la abuela materna y cuatro tías maternas de la accionante tenían antecedentes de cáncer de cuello uterino. Este hecho resulta relevante y un asunto a considerar dentro del análisis del caso concreto, dado que como lo ha resaltado el Observatorio Nacional de Cáncer: "Algunos factores genéticos pueden contribuir a la capacidad para responder a la infección por el VPH"^[6].
6. La accionante señaló que no ha logrado regularizar su situación migratoria ni afiliarse a una EPS, y que las órdenes médicas emitidas en urgencias, orientadas a caracterizar la lesión cervical sospechosa no han sido realizadas, situación que mantiene activa su sintomatología (sangrado vaginal persistente, fiebre, vómito y escalofríos). En ese sentido, allegó copia del formulario de solicitud de reconocimiento de la condición de refugiado para titular mayor de edad, del Grupo Interno de Trabajo para la Determinación de la Condición de Refugiado del Ministerio de Relaciones Exteriores, diligenciado por la accionante^[7].
7. La accionante sostuvo que el HORO ha restringido la atención a la fase inicial de urgencias bajo el argumento de su condición de ciudadana venezolana en situación migratoria irregular. No obstante, afirmó que, conforme a la jurisprudencia constitucional, cuando del concepto médico se desprende la necesidad de continuar con estudios diagnósticos o procedimientos indispensables para preservar la vida o la integridad, como ocurre frente a la sospecha de neoplasia cervical y el hallazgo de hidrosálpinx derecho, la obligación del

sistema de salud no se agota en la atención inmediata, sino que debe extenderse a las actuaciones necesarias para garantizar la continuidad del manejo clínico.

8. En esa línea, la accionante denunció la omisión en la prestación integral de los servicios requeridos y la negativa injustificada de autorizar exámenes y tratamientos ordenados por el médico tratante, lo cual, a su juicio, desconoce el carácter fundamental del derecho a la salud y el principio de integralidad. Señala además que las barreras administrativas y dilaciones resultan incompatibles con la jurisprudencia reiterada de esta corporación, en particular con la Sentencia T-348 de 2018, que ha establecido que la prestación del servicio debe regirse por el criterio médico y no por consideraciones formales, contractuales o migratorias, cuando se encuentran comprometidos derechos fundamentales, debiendo asegurarse una atención integral, continua y sin interrupciones.
9. En consecuencia, solicitó al juez constitucional: (i) ordenar a las entidades accionadas que garanticen el acceso efectivo, oportuno y sin barreras a todos los servicios prescritos por el personal médico tratante, asegurando una atención integral que comprenda, de forma sucesiva y coordinada, desde el ingreso por el servicio de urgencias hasta la realización de exámenes diagnósticos, procedimientos, medicamentos y controles especializados. En particular, requiere la programación prioritaria de consulta de seguimiento por ginecología y obstetricia, la práctica de resonancia magnética de abdomen y pelvis con carácter urgente, y la realización de la prueba de VPH, así como cualquier otra intervención que resulte necesaria conforme a la evolución clínica. (ii) Así mismo, una vez establecido el diagnóstico definitivo, solicitó que se disponga la continuidad del tratamiento integral que demande su patología, sin imponer nuevas cargas administrativas ni exigir la interposición de acciones judiciales adicionales, en garantía del principio de integralidad, la continuidad del servicio y la protección reforzada que el ordenamiento constitucional reconoce a las personas en situación de vulnerabilidad, particularmente a la población migrante que enfrenta barreras estructurales de acceso al sistema de salud.

Trámite de la acción de tutela

10. *Admisión de la acción de tutela y respuesta de las entidades demandadas.* El 26 de mayo de 2025, el Juzgado 002 Laboral del Circuito de Yopal, Casanare, admitió la acción de tutela en contra de la Nación – Ministerio de Relaciones Exteriores – Migración Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento de Casanare – Secretaría de Salud departamental y ordenó vincular al HORO, para dar respuesta a los cuestionamientos planteados por la accionante[8]. Sobre lo anterior, solo las siguientes entidades se pronunciaron en los términos que se exponen a continuación[9]:

Tabla 1. *Respuestas de las accionadas y vinculadas*

Entidad o institución	Respuesta
HORO- Hospital Regional de la Orinoquia E.S.E	– La entidad a través del jefe de la oficina jurídica, mediante escrito del 27 de mayo de 2025, solicitó su desvinculación del trámite constitucional al sostener que su actuación se limitó a la atención inicial de urgencias, sin competencia para autorizar o financiar servicios ambulatorios especializados. Indicó que brindó atención oportuna y sin discriminación a la accionante, ciudadana venezolana en situación migratoria irregular, practicando exámenes clínicos y valoración por ginecología, lo que permitió identificar un cuadro de hemorragia uterina anormal, anemia leve, hidrosálpinx derecho y sospecha de neoplasia cervical, sin criterios de hospitalización inmediata, motivo por el cual fue dada de alta con indicación de estudios complementarios ambulatorios. A su vez, el hospital afirmó haber actuado conforme a los estándares científicos y a sus competencias legales, señalando que la autorización y garantía de servicios posteriores dependen de la afiliación al sistema de salud y de la intervención de entidades como el Ministerio de Salud y Protección Social, Migración Colombia y la Secretaría de Salud Departamental. En ese sentido, negó la existencia de vulneración atribuible a su conducta y sostuvo que la continuidad del tratamiento más allá de la urgencia corresponde al Estado dentro de las políticas de inclusión para población migrante, según la jurisprudencia constitucional citada.

Migración
Colombia

- La coordinadora del Grupo de Determinación de la Condición de Refugiado informó que *Paola* se encuentra en situación migratoria irregular, dado que no registra ingreso por puesto de control habilitado ni posee cédula de extranjería, salvoconducto, permisos de permanencia o documentos válidos del Estatuto Temporal de Protección. Esta situación implica posibles infracciones a los artículos 2.2.1.13.1.11 y 2.2.1.13.1.6 del Decreto 1067 de 2015, modificado por el Decreto 1743 de 2015.
- La entidad explicó que la accionante no pudo acceder al Permiso Especial de Permanencia (PEP) por no haber cumplido los requisitos de ingreso regular, y que la responsabilidad de regularizar su estatus recae en la propia persona, quien debe presentarse ante un Centro Facilitador de Servicios Migratorios para iniciar el trámite correspondiente. Aclaró que, una vez iniciado dicho trámite, podría obtener un salvoconducto, documento válido para efectos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme al Decreto 780 de 2016 y a la jurisprudencia constitucional.
- Explicó que su competencia se limita exclusivamente a tramitar solicitudes de reconocimiento de la condición de refugiado, y que la solicitud de la accionante fue inadmitida por incumplir requisitos formales, decisión que fue oportunamente notificada. Recabó en que no tiene competencia en materia de prestación de servicios de salud ni ha incurrido en vulneración de derechos fundamentales, por lo que solicitó su desvinculación del trámite por falta de legitimación en la causa por pasiva.

Departamento de
Casanare

- El apoderado judicial pidió declarar la improcedencia del amparo frente a la Secretaría de Salud de Casanare.
- Explica que *Paola*, al encontrarse en situación migratoria irregular, solo puede acceder sin restricciones a la atención de urgencias, mientras que cualquier servicio médico que exceda ese ámbito, incluidos exámenes, procedimientos y manejo ambulatorio, requiere que el migrante regularice su estatus y se afilie al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tal como lo exigen el Decreto 780 de 2016 y la jurisprudencia constitucional (Sentencia T-210 de 2018, entre otras).
 - La entidad resalta que ni la Secretaría de Salud ni el departamento tienen competencia para garantizar servicios por fuera de urgencias a extranjeros no afiliados, pues ello depende de la regularización migratoria, la obtención de un documento válido (PEP, PPT o salvoconducto) y la posterior afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, procesos que corresponden al migrante y a las autoridades nacionales competentes. Señala además que la Corte Constitucional ha reiterado que el reconocimiento de derechos a los extranjeros implica el deber correlativo de cumplir las normas migratorias, conforme al artículo 43.11 de la Ley 715 de 2001.

Fuente. *Elaboración propia*

2. Decisiones objeto de revisión

11. *Fallo de tutela de primera instancia.* El 5 de junio de 2025, el Juzgado 002 Laboral del Circuito de Yopal, Casanare, decidió no tutelar los derechos invocados por la actora. A partir de la historia clínica, el despacho determinó que los procedimientos ordenados no corresponden a servicios de urgencias.
12. La decisión del juez de primera instancia se fundamentó en que, de acuerdo con la Sentencia T-145 de 2023, acceder a la atención integral en salud, más allá de urgencias, implica que la persona extranjera deba regularizar su estatus migratorio y afiliarse al sistema de salud. En consecuencia, el despacho denegó las pretensiones de atención integral y sucesiva, al no poder ordenar tratamientos futuros o inciertos sin prescripción médica concreta (Sentencia T-092 de 2018), y por tratarse de competencias propias del médico tratante.
13. Finalmente, se advirtió a la accionante la obligación de regularizar su permanencia en Colombia para poder afiliarse al sistema de salud y acceder a los servicios ambulatorios ordenados.
14. *Impugnación.* El 13 de junio de 2025[10], la accionante impugnó el fallo de primera instancia y solicitó su revocatoria, al considerar que la decisión desconoció el carácter fundamental y prevalente de sus derechos a la salud, la vida y la integridad personal. Señaló que, pese a su situación de vulnerabilidad y a las órdenes médicas de carácter prioritario derivadas de la atención por urgencias, la autoridad judicial desestimó la gravedad de su cuadro clínico, en contravía de la jurisprudencia constitucional que impone la prestación oportuna e integral del servicio con base en el criterio médico y no en barreras formales o administrativas.

15. Indicó, además, que ha intentado regularizar su estatus migratorio sin éxito, incluida una solicitud de refugio inadmitida por aspectos formales y que actualmente carece de afiliación al sistema de salud y de recursos económicos para asumir el tratamiento de un tumor maligno de exocérnix recientemente diagnosticado y sobre el que adjuntó prueba de diagnóstico médico. En tal contexto, solicitó valorar su situación bajo un enfoque diferencial y de género, dada su condición de mujer y la especial afectación de su salud sexual y reproductiva, y pidió el amparo de sus derechos, la garantía de atención médica integral y el apoyo institucional para su regularización y acceso efectivo al sistema de seguridad social en salud.
16. *Fallo de segunda instancia.* El 15 de julio de 2025, la Sala Única del Tribunal Superior de Distrito Judicial de Yopal, Casanare decidió confirmar el fallo impugnado. Fundamentó su decisión en que la accionante, ciudadana venezolana en situación migratoria irregular, ingresó a urgencias del HORO el 5 de marzo de 2025 por sangrado vaginal y dolor, sin criterios de hospitalización, por lo que se ordenaron estudios ambulatorios. Igualmente se destacó que la accionante en la impugnación aportó un diagnóstico posterior de tumor maligno de exocérnix, el cual fue considerado por la autoridad judicial como hecho sobreveniente.
17. Sin embargo, la instancia consideró que la accionante no demostró haber tramitado el salvoconducto requerido para afiliarse al sistema de salud, pese a que Migración Colombia le indicó la posibilidad de obtenerlo. El tribunal señaló que el diagnóstico no activa la excepción jurisprudencial de “estado catastrófico” al que se refiere la Corte Constitucional en sentencias T-025 de 2019 y T-300 de 2022, que permitiría acceder a atención integral sin regularización migratoria. Por ello, confirmó la negativa del juez de primera instancia al no evidenciarse vulneración atribuible a las entidades accionadas.

3. Trámite en sede de revisión ante la Corte Constitucional

18. *Selección y reparto*[11].Mediante Auto del 31 de octubre de 2025, la Sala de Selección de Tutelas Número Diez de 2025 decidió escoger para revisión, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 33 del Decreto 2591 de 1991, las decisiones judiciales correspondientes al expediente T-11.465.527, con fundamento en el criterio objetivo de posible violación o desconocimiento de un precedente de la Corte Constitucional y en los criterios subjetivos de urgencia de proteger un derecho fundamental y necesidad de materializar un enfoque diferencial. El 18 de noviembre de 2025, por Secretaría General de la Corte Constitucional se informó al despacho ponente y se le remitieron las actuaciones correspondientes[12].
19. *Auto de pruebas*.Mediante Auto del 9 de diciembre de 2025[13], el magistrado sustanciador ordenó pruebas[14].
20. *Pruebas recibidas en sede de revisión. Declaración de la parte accionante y documentación allegada*.La accionante no allegó ningún informe respecto del cuestionario planteado en el auto de pruebas en sede de revisión. No obstante, se presume la veracidad de la información en la que se fundamenta la presente acción de tutela en sede de instancia, dentro de la que cabe resaltar la historia clínica del 5 de marzo de 2025[15].
21. *Consulta de información en bases de datos públicas*.El 5 de febrero de 2026 se practicó la búsqueda de información respecto del estado de afiliación de la accionante en las bases de datos (i) de la ADRES – Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Base de Datos Única de Afiliados, BDUA, (ii) en la Central de Información del Registro Único de Afiliados, RUAF, y (iii) en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, Sisbén; en ninguno de los tres el sistemas se reflejó algún tipo de información o estado de afiliación[16].

22. *Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social*[17]. El 21 de enero de 2026, el Ministerio de Salud y Protección Social anexó la Resolución No. 2765 de 2025^[18] en la que se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, que deberán ser garantizados por las entidades promotoras de salud – EPS y las entidades adaptadas a sus afiliados, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente, y si bien menciona algunos servicios relacionados con el caso en cuestión, como “Resonancia magnética de abdomen y pelvis”, no respondió el cuestionario remitido[19].
23. *Respuesta de Migración Colombia*.**[20]**. En respuesta del 23 de enero de 2026, Migración Colombia expuso que su competencia se circunscribe exclusivamente al ejercicio de la autoridad de vigilancia y control migratorio y de extranjería, conforme a los Decretos Ley 4057 y 4062 de 2011, careciendo de funciones relacionadas con la prestación, regulación o garantía del derecho a la salud. En ese marco, precisó que su actuación se rige por el Decreto 1067 de 2015 y se limita a la verificación de la situación migratoria, el registro de extranjeros y la expedición de documentos migratorios.
24. Respecto del caso concreto, informó que, tras la verificación de sus bases de datos institucionales, no existe registro alguno de ingreso, permanencia, egreso, documentos migratorios ni trámites de regularización a nombre de la accionante, razón por la cual se presume que se encuentra en condición migratoria irregular, al no constar su ingreso por puestos de control legalmente habilitados. Señaló, además, que la entidad no participa en la definición de rutas de atención en salud ni cuenta con protocolos internos sobre prestación de servicios médicos o suministro de medicamentos, dado que estas materias son ajenas a su ámbito funcional.
25. Indicó que su rol frente a la atención en salud de población migrante se limita a la articulación interinstitucional, mediante acciones de orientación normativa con entidades

territoriales y prestadoras de servicios de salud, sin asumir responsabilidades directas en la garantía del servicio. En consecuencia, sostuvo que la formulación de políticas y lineamientos y la prestación efectiva de servicios de salud corresponde exclusivamente a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial al Ministerio de Salud y Protección Social y a las entidades territoriales, conforme la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Ley 2136 de 2021. Con fundamento en lo anterior, solicitó su desvinculación de la acción de tutela por falta de legitimación en la causa por pasiva.

26. Las demás entidades accionadas y requeridas mediante auto de pruebas no se pronunciaron sobre los hechos que originaron la acción de tutela ni sobre las decisiones judiciales objeto de revisión.

III. CONSIDERACIONES

4. Competencia

27. La Corte Constitucional es competente para revisar los fallos proferidos en el expediente de tutela seleccionado, con fundamento en los artículos 86 y 241 de la Constitución Política.

5. Análisis sobre la procedencia formal de la acción de tutela

28. La Sala Cuarta de Revisión advierte que la acción de tutela cumple los requisitos para su procedencia, conforme con lo establecido en la Constitución Política, el Decreto 2591 de 1991 y la jurisprudencia constitucional, como se explica a continuación:

Tabla 7. Requisitos de procedencia de la acción de tutela

Requisito	Cumple/No cumple
Legitimación en la causa por activa[21]	Cumple. En relación con el requisito de legitimación en la causa por activa, la Corte Constitucional ha sostenido de manera reiterada que este se satisface cuando la acción de tutela es interpuesta por el titular del derecho fundamental presuntamente vulnerado o amenazado, o por quien actúe en su nombre, siempre que exista una relación directa entre los hechos alegados y la afectación invocada (artículo 86 de la Constitución Política). En este punto, la jurisprudencia[22] ha sido enfática en señalar que toda persona que se encuentre bajo la jurisdicción del Estado colombiano está habilitada para acudir al juez constitucional, con independencia de su nacionalidad o situación migratoria. Tratándose de personas migrantes, esta Corte ha precisado que la condición de extranjero, regular o irregular, no despoja a la persona de su calidad de sujeto de derechos fundamentales, ni puede constituir una barrera para acceder a mecanismos judiciales de protección constitucional. En particular, ha advertido que exigir la regularización migratoria como presupuesto para el ejercicio de la acción de tutela desconoce el principio de dignidad humana y vacía de contenido el carácter universal de los derechos fundamentales [23]. En materia del derecho fundamental a la salud, la Corte Constitucional ha reconocido su carácter autónomo e inmediatamente exigible [24], así como su estrecha conexión con los derechos a la vida y a la integridad personal. Bajo ese entendido, ha establecido que las personas migrantes se encuentran plenamente legitimadas para reclamar su protección cuando acrediten una afectación concreta, actual o inminente, especialmente en escenarios que comprometen la vida digna o la continuidad de tratamientos médicos indispensables, aun cuando no se encuentren afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud [25]. Así, la legitimación en la causa por activa se configura cuando la persona migrante interpone la acción de tutela en nombre propio y expone circunstancias fácticas que evidencian la negativa, restricción o dilación injustificada en el acceso a servicios de salud, sin que resulte jurídicamente admisible desestimar la acción con fundamento exclusivo en su estatus migratorio. Esta Corte ha sostenido que imponer cargas adicionales a esta población, como condición para acceder a la justicia constitucional, resulta desproporcionado y contrario al principio de igualdad material [26]. Adicionalmente, el análisis de procedibilidad debe incorporar un enfoque de vulnerabilidad reforzada, particularmente cuando se trata de mujeres migrantes, personas en situación de pobreza o con diagnósticos de salud graves, dado que enfrentan barreras estructurales para acceder a mecanismos ordinarios de protección. En estos eventos, la acción de tutela se erige no solo como procedente, sino como el medio judicial principal e idóneo para la salvaguarda inmediata de sus derechos fundamentales [27]. En consecuencia, cuando la acción de tutela es promovida directamente por la persona migrante afectada, quien acredita razonablemente la vulneración o amenaza de su derecho fundamental a la salud, debe concluirse que se encuentra legitimada en la causa por activa, aún que la ausencia de regularización migratoria o afiliación al sistema de salud condicione un trámite válido para el examen de fondo de sus pretensiones, conforme a la doctrina constitucional consolidada. Aún las cosas, toda vez que la accionante es una mujer que se encuentra en una situación de vulnerabilidad manifiesta derivada de su estado de salud, de acuerdo a la valoración inicial que se hizo por urgencias con sospecha de cáncer de cuello uterino o tumor maligno de escarvina[28], patología catalogada como enfermedad de alto costo o catastrófica, la cual compromete de manera grave e inminente sus derechos fundamentales a la salud, la vida y la integridad personal, situación que se ve intensificada por su condición de persona migrante en el territorio colombiano, resulta plenamente acreditado el requisito de legitimación en la causa por activa para la interposición de la presente acción de tutela.

Legitimación en la causa por pasiva[39]

(i) Ministerio de Relaciones Exteriores - Migración Colombia. Incumple. En relación con la legitimación en la causa por pasiva, la Corte Constitucional ha sostenido[40] que este requisito se satisface cuando la autoridad o entidad accionada tiene competencia funcional, potestad decisoria o capacidad real de recibir, por acción u omisión, un beneficio o restablecimiento del derecho fundamental cuya protección se reclama. En materia de acciones de tutela relacionadas con el derecho fundamental a la salud de personas migrantes, dicho análisis debe efectuarse a partir de las competencias legales asignadas a cada entidad, en que resulte admisible imputar responsabilidad constitucional a autoridades que carecen de atribuciones materiales para prestar, autorizar o garantizar el servicio de salud.

Si bien la accionante dispuso la acción de tutela contra el “Ministerio de Relaciones Exteriores - Migración Colombia”, la Sala advierte que, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 4062 de 2011, Migración Colombia es una Unidad Administrativa Especial dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, lo que implica que actúa de manera separada del Ministerio de Relaciones Exteriores en el ejercicio de sus funciones. En ese sentido, resulta procedente mantener la vinculación de Migración Colombia en calidad de tercero con interés en el proceso; sin embargo, no se advierte que el Ministerio de Relaciones Exteriores tenga una relación directa con los hechos, las pretensiones o los órdenes que eventualmente puedan imponerse en esta providencia, razón por la cual no se justifica su vinculación como parte dentro del presente trámite constitucional.

Ahora, si bien las personas extranjeras que se encuentran en el territorio nacional son titulares del derecho fundamental a la salud y deben recibir, al menos, atención oportuna en casos de urgencia, conforme a la jurisprudencia constitucional, ello no implica que todas las entidades del Estado estén llamadas a responder por su garantía. En particular, las autoridades encargadas del control y la verificación de la situación migratoria, como Migración Colombia, ejercen funciones de naturaleza administrativa y de policía migratoria, orientadas a regular el ingreso, permanencia y registro de extranjeros, sin que dentro de su marco competencial se incluya la prestación, financiación o articulación directa de servicios de salud.

En ese orden de ideas, cuando la pretensión de la acción de tutela se dirige a obtener la prestación efectiva de servicios médicos, la realización de procedimientos diagnósticos o el suministro de tratamientos, la legitimación en la causa por pasiva recae, de manera exclusiva, en las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, esto es, las entidades territoriales, las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud y, en ciertos casos, el Ministerio de Salud y Protección Social, según la distribución de competencias establecida en la Ley Estatutaria 1753 de 2015 y la normativa que regula la atención de población migrante.

En perjuicio de lo anterior, ante la ausencia de competencia material de la autoridad migratoria para incidir de forma directa en la garantía del derecho fundamental a la salud invocada, conviene mantener la vinculación al trámite tutelar de la entidad Migración Colombia, no por ser responsable directa de la prestación del servicio de salud, sino porque dentro de sus funciones esta autoridad tiene a su cargo los trámites de regularización migratoria, entre los que se encuentra la expedición de documentos válidos para que los extranjeros accedan a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En ese sentido, la jurisprudencia[41] ha señalado que aun cuando Migración Colombia no sea responsable directa de la prestación en salud, sí tiene obligaciones funcionales que inciden en el acceso efectivo al sistema de salud, siendo la regularización migratoria un presupuesto para iniciar el proceso de afiliación formal a aquel[42].

En suma, pese a que prima facie no se configura legitimación como parte vulneradora de derechos, sí aparece su vinculación como tercero con interés y, eventualmente, como posible destinatario de órdenes de acompañamiento, asesoría, impulso administrativo o participación en acciones de política pública integral.

(ii) El Ministerio de Salud y Protección Social. Cumple. La legitimación en la causa por pasiva se predica de aquellas autoridades que, por mandato constitucional o legal, tienen competencias directas o indirectas para incidir en la garantía, protección o restablecimiento del derecho fundamental cuya vulneración se alega. En el ámbito del derecho fundamental a la salud, este análisis no se limita a identificar a la entidad prestadora directa del servicio, sino que debe extenderse a aquellas autoridades que ejercen funciones rectrices, de dirección, regulación o coordinación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando la afectación del derecho revela una falla estructural, una ausencia de política pública o un déficit de articulación institucional.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 715 de 2001 y el Decreto 2459 de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde la formulación, adopción, implementación, seguimiento y evaluación de la política pública en salud, así como la orientación, asesoría y asistencia técnica a las entidades territoriales para la correcta ejecución de dicha política. En esa medida, el ministro ejerce la función de ente rector del sistema, con capacidad normativa y de coordinación interinstitucional, especialmente frente a poblaciones en situación de vulnerabilidad que enfrentan barreras estructurales de acceso a los servicios de salud.

La jurisprudencia constitucional ha precisado que, si bien dicho ministerio no es un prestador directo de servicios médicos, sí puede encontrarse legitimado en la causa por pasiva cuando la controversia constitucional no se circunscribe a una actuación médica individual, sino que involucra la ausencia de directrices claras, la ineficacia de las rutas de atención o la falta de mecanismos adecuados para garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud de poblaciones excluidas del sistema, como ocurre con las personas migrantes en situación irregular[43].

En el caso de una persona migrante venezolana en situación administrativa irregular que padece una enfermedad catástrofica, como el cáncer de cuello uterino, cuya atención excede claramente la prestación inicial por urgencias y exige continuidad, integralidad y acceso a tratamientos especializados de alto costo, la intervención del Ministerio de Salud y Protección Social adquiere una relevancia constitucional particular. Ello, en la medida en que la garantía del derecho a la salud no puede agotarse en la atención de urgencias cuando está comprometida la vida digna, la integridad personal y la posibilidad real de recuperación o control de la enfermedad.

La Corte Constitucional ha sostenido que el Estado tiene la obligación de asegurar, al menos, un mínimo esencial de protección en salud a toda persona que se encuentre en su territorio, independientemente de su estatus migratorio, y que dicha obligación se interfiere frente a sujetos de especial protección constitucional, como las mujeres con diagnósticos graves de salud[44]. En este contexto, la ausencia de lineamientos efectivos, rutas claras de atención o mecanismos de financiación para la atención integral de migrantes con enfermedades catastróficas puede constituir una omisión atribuible a la autoridad rectora del sistema.

En consecuencia, si bien el Ministerio de Salud y Protección Social no está llamado a asumir la prestación directa de los servicios médicos requeridos por la accionante, sí puede considerarse legitimado en la causa por pasiva para efectos de la acción de tutela, en cuanto tiene la competencia constitucional y legal para diseñar, coordinar y orientar las políticas públicas y los mecanismos de articulación interinstitucional necesarios para garantizar el acceso efectivo y continuo al derecho fundamental a la salud de personas migrantes en situación irregular, especialmente cuando se trata de patologías consideradas catastróficas. Así, su vinculación resulta constitucionalmente procedente cuando las pretensiones de la tutela no solo buscan una orden de atención individual, sino también la adopción de medidas estructurales, directrices claras o acciones de coordinación que permitan superar barreras administrativas y asegurar la materialización del derecho fundamental a la salud en condiciones de igualdad material y dignidad humana.

(iii) Departamento de Casanare - Secretaría de Salud departamental. Cumple. De conformidad con la Ley 715 de 2001, corresponde a las entidades territoriales asegurar la prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada y sufragar la atención en salud de quienes no se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta obligación ha sido reiterada por la Corte Constitucional, al señalar que las secretarías de salud departamentales y distritales son responsables de garantizar la atención en salud de la población migrante no regularizada, al menos en lo que respecta a la atención de urgencias y a las prestaciones necesarias para preservar la vida y la integridad personal[45].

En ese sentido, cuando la controversia constitucional no se limita a una actuación médica puntual, sino que revela una falla en la articulación institucional, financiación o definición de rutas de atención para población migrante con patologías de alto costo, la Secretaría de Salud Departamental se encuentra legitimada en la causa por pasiva. Ello es especialmente relevante en casos como el presente, en los que la atención requerida excede la urgencia inicial y demanda continuidad, integralidad y coordinación entre prestadores, sin que la ausencia de afiliación o regularización migratoria pueda convertirse en una barrera infranqueable.

La Corte Constitucional ha advertido que las entidades territoriales no pueden desentenderse de la atención en salud de personas migrantes con enfermedades graves, ni trasladar la carga de la desprotección al usuario o a los prestadores, pues ello desconoce el carácter fundamental del derecho a la salud y el principio de solidaridad.

En consecuencia, el Departamento de Casanare se encuentra legitimado en la causa por pasiva en cuanto autoridad responsable de planear, coordinar y financiar la atención en salud de la población no asegurada en su jurisdicción, incluyendo a personas migrantes en situación irregular que padecen enfermedades catastróficas y requieren atención integral más allá del servicio de urgencias.

En el caso de la accionante con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, la situación trasciende una actuación médica aislada. La negativa a garantizar la continuidad de la atención revela un déficit de articulación institucional para la atención de población migrante no afiliada con patologías de alto costo, cuya atención excede la urgencia inicial y requiere seguimiento, tratamiento especializado y financiación sostenida de las entidades o autoridades competentes que, en materia de salud, están adscritas o dependen jurídicamente de las entidades territoriales, como es el caso de los secretarías de salud distritales y departamentales.

(iv) HORA - Hospital de la Orinoquia - RSE. Cumple. En el caso concreto, el Hospital Regional de la Orinoquia se encuentra legitimado en la causa por pasiva en tanto prestador público que atiende a la accionante por el servicio de urgencias y, en ejercicio de su función asistencial, emitió órdenes médicas e interconsultas que no fueron ejecutadas o fueron negadas con fundamento exclusivo en la situación migratoria irregular de la paciente. Dicha actuación establece un vínculo directo entre el hospital y la afectación alegada, pues la interrupción de la atención no obedeció a criterios clínicos sino a consideraciones administrativas ajenas al acto médico.

La Corte Constitucional[46] ha sostenido que el derecho a la atención de urgencias de las personas migrantes, incluidas aquellas en situación irregular, constituye un mínimo constitucional indelégable. Asimismo, ha precisado que la atención de urgencias no se agota en el ingreso inicial, sino que comprende todas las actuaciones necesarias para estabilizar al paciente, evitar la progresión del daño y definir un diagnóstico cierto, lo cual incluye exámenes, interconsultas y procedimientos indispensables. La negativa a ejecutar dichos órdenes, cuando son médicamente necesarias, compromete los principios de integralidad y continuidad del servicio.

Tratándose de una patología catastrófica como el cáncer de cuello uterino, cuya atención exige diagnóstico oportuno y seguimiento especializado, la omisión del hospital en garantizar la continuidad de la atención adquiere una relevancia constitucional reforzada. En consecuencia, el Hospital Regional de la Orinoquia está plenamente legitimado en la causa por pasiva, al haber intervenido directamente en los hechos que originan la presunta vulneración del derecho fundamental a la salud.

La Corte Constitucional ha excluido a instituciones prestadoras de servicios de salud de la legitimación en la causa por pasiva cuando estas no han intervenido directamente en la atención del paciente o cuando no adoptaron decisiones médicas o administrativas con incidencia en la presunta vulneración del derecho fundamental. En particular, se ha considerado que no existe legitimación pasiva cuando el hospital no tuvo contacto asistencial alguno, o cuando actuó únicamente como remisor, en capacidad decisoria sobre la continuidad del tratamiento.

Asimismo, la Corte ha precisado que no es posible imputar responsabilidad constitucional al hospital cuando la negativa en la prestación del servicio no se origina en la actuación, sino en decisiones de terceros, como entidades territoriales o aseguradoras, relacionadas con la financiación o autorización de los servicios, siempre que el prestador haya desplegado las actuaciones médicas a su alcance conforme al criterio profesional.

No obstante, estas hipótesis no resultan aplicables al caso bajo examen. En el asunto de la migrante venezolana atendida por el Hospital Regional de la Orinoquia, la entidad sí intervino de manera directa en la atención médica, emitió órdenes médicas, interconsultas y exámenes, y posteriormente negó su ejecución con fundamento exclusivo en la situación migratoria irregular de la paciente. Esta circunstancia permite diferenciar claramente el caso de aquellos en los que la Corte ha excluido al prestador, pues aquí la presunta vulneración emana de una decisión asistencial-administrativa atribuible al propio hospital, y no de una causa externa.

Immediate[37]	Cumple. La acción de tutela se interpuso en un tiempo razonable considerando que (i) la orden médica que ordenaba los exámenes y procedimientos ambulatorios y el plan de servicios externos por interconsulta se proveyó el 05 de marzo de 2025; (ii) según la accionante, estas pruebas fueron realizadas el mismo día por parte del HOD y, por consiguiente, (iii) el 23 de mayo de 2025 la actora radicó la acción de amparo. Luego, transcurrió aproximadamente un mes y 28 días entre la omisión de la ESE y la presentación de la acción constitucional.
Subsidiariedad[38]	Cumple. La Sala estima que ante la inexistencia de mecanismos ordinarios idóneos y eficaces para valorar la amenaza correlacionada de los derechos fundamentales a la salud de la accionante, la acción de tutela es el mecanismo judicial apropiado para solicitar dicho amparo por las siguientes razones: (i) En el ámbito del derecho fundamental a la salud, la jurisprudencia constitucional ha reconocido su carácter autónomo e inmediatamente exigible, así como la obligación estatal de garantizar su libre ejercicio sin discriminación por nacionalidad o estatus migratorio. En particular, esta Corte ha señalado que, tratándose de personas migrantes, incluidas aquellas en situación irregular, el análisis de subsidiariedad debe aplicarse con un estándar reforzado, dadas las barreras estructurales que enfrentan para acceder a los mecanismos ordinarios del sistema de salud y a los trámites administrativos o judiciales alternativos. Si bien el ordenamiento prevé instancias administrativas para resolver controversias sobre cobertura y prestación de servicios de salud, la Corte Constitucional ha advertido que dichos mecanismos no siempre resultan idóneos ni eficaces para asegurar una protección pronta e integral, especialmente cuando la persona no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud y carece de recursos económicos[39]. Estas limitaciones se acrecientan cuando está comprometida la atención de enfermedades catastróficas, que exigen celeridad, oportunidad y acceso a tratamientos especializados de alto costo. (ii) En el caso de una migrante en situación irregular que requiere acceder oportunamente a pruebas diagnósticas prioritarias frente a una lesión sugestiva de patología potencialmente catastrófica (sospecha de cáncer de cuello uterino), la exigencia de agotar mecanismos administrativos o judiciales ordinarios implicaría imponerle una carga desproporcionada e incompatible con la naturaleza urgente de los derechos comprometidos. La sospecha de una enfermedad catastrófica exige una atención inmediata e integral que permita priorizar su derecho a un diagnóstico cierto y, en esa medida, a un tratamiento idóneo y oportuno que impida la eventual progresión de la enfermedad, la realización del riesgo cierto para la vida y la integridad personal, y la necesidad de un manejo médico integral, exigencias que ante las vías ordinarias se tornan ineficaces, no ofrecen una respuesta inmediata ni garantizan la continuidad del tratamiento requerido. En consecuencia, a la luz de la jurisprudencia constitucional, la acción de tutela se erige como el mecanismo judicial principal, idóneo y eficaz para solicitar el amparo del derecho fundamental a la salud de una persona migrante en situación irregular que padece cáncer, en tanto permite adoptar medidas urgentes y efectivas orientadas a garantizar una atención oportuna, integral y sin barreras administrativas, en armonía con los principios de dignidad humana, igualdad material y protección reforzada de sujetos en condición de especial vulnerabilidad.

29. Establecido que no se ha configurado una carencia actual de objeto y que se cumplen los requisitos de procedibilidad, se procede al análisis de fondo del caso.

6. **Asunto objeto de análisis, problemas jurídicos y metodología de decisión**

30. *Delimitación del asunto.*La Sala Cuarta de Revisión analiza el caso de una mujer en condición de migración irregular que acude al servicio de urgencias por un padecimiento de salud. En la consulta médica de urgencias se evidenció un probable riesgo de padecer una enfermedad catastrófica y, luego, en el curso del trámite constitucional se constata que padece cáncer de cuello uterino. Para obtener la atención en salud la accionante sostiene que esta tiene estrecha relación con su vida, sus derechos sexuales y reproductivos y su integridad física. Las entidades de salud accionadas se niegan a darle trámite a las órdenes médicas expedidas considerando que, de acuerdo con su lectura sobre las competencias de salud, solo están obligados a la prestación de los servicios de urgencia, lo que excluye el tratamiento pretendido.

31. En el presente asunto entonces la Corte Constitucional debe evaluar si la actuación de las accionadas se encuentra ajustada al ordenamiento jurídico y además delimitar jurisprudencialmente el alcance de la protección en salud de las personas migrantes

cuando padecen una enfermedad catastrófica. Particularmente en este asunto es necesario considerar un enfoque interseccional, dado que se trata de una mujer, en condición de migración irregular, que acredita que su vida se encuentra en riesgo y que padece de una enfermedad catastrófica. Bajo esa perspectiva se asumirá este análisis, en el que se hará necesario además revisar si el Ministerio de Salud y Protección Social ha adecuado sus competencias para garantizar efectivamente y de manera articulada el derecho a la salud de las personas migrantes.

32. *Problemas jurídicos.* De acuerdo con el contexto expresado y la necesidad de un análisis dual para lograr la protección integral a los derechos invocados por la accionante (salud, vida e integridad física), corresponde a la Sala Cuarta de Revisión resolver los siguientes interrogantes:

¿El Departamento de Casanare – Secretaría de Salud departamental y el HORO – Hospital Regional de la Orinoquía – ESE, vulneraron los derechos a la salud, a la integridad personal y a la vida en condiciones dignas de una mujer migrante en situación administrativa irregular en el territorio colombiano, con indicios y luego diagnóstico de cáncer de cuello uterino, al (i) limitar la prestación del servicio de salud a la atención inicial por urgencias y (ii) negar la autorización y ejecución de los procedimientos, exámenes diagnósticos, medicamentos y controles especializados ordenados por el médico tratante, necesarios para garantizar una atención integral, continua y oportuna?

¿El Ministerio de Salud y Protección Social, en su condición de ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, configuró una omisión estatal de carácter estructural que vulnera los derechos a la salud, a la integridad personal y a la vida en condiciones dignas de la accionante, al no haber diseñado, adoptado o implementado lineamientos normativos, directrices de política pública o mecanismos efectivos de coordinación interinstitucional que orienten a las entidades territoriales y a las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública en la atención integral, continua y oportuna de personas migrantes con

enfermedades catastróficas, cuya condición médica comporta un riesgo grave para su vida, su salud y su integridad personal?

33. *Metodología de la decisión.* Para resolver los problemas jurídicos planteados la Sala Cuarta de Revisión desarrollará como ejes temáticos a la luz de la actual línea jurisprudencial: i) el derecho a la vida, a la integridad personal y a la dignidad humana de la población migrante; (ii) el derecho a la salud de la población migrante, el concepto de urgencia ampliada ligado a enfermedades catastróficas y el derecho al diagnóstico de la población migrante (reiteración de jurisprudencia); (iii) el derecho a la salud y al diagnóstico relacionado con los derechos sexuales y reproductivos; iv) la migración como factor determinante estructural en la garantía del derecho a la salud y el principio de igualdad y no discriminación; (v) la necesaria articulación institucional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud ante situaciones estructurales por la demanda masiva de atención en salud de la población migrante en las entidades territoriales; y, por último, (vi) se procederá a realizar el análisis del caso concreto, capítulo en el que se expondrá la respuesta a los dos problemas jurídicos planteados.

7. El derecho a la vida, a la integridad personal y a la dignidad humana de la población migrante

34. La Constitución Política de 1991[40] establece como pilar estructural del estado social de derecho la dignidad humana, la cual como principio debe fundar el ordenamiento jurídico y orientar la actuación de las autoridades públicas, lo que implica, reconocer a toda persona como fin en sí misma y no como un medio, y exigir a los poderes públicos adoptar medidas destinadas a garantizar condiciones materiales que permitan el ejercicio efectivo de los derechos fundamentales. Bajo esta premisa, la dignidad humana impone al Estado deberes positivos de protección frente a situaciones que comprometan la vida, la integridad personal o la salud de las personas, deber que adquiere especial intensidad cuando se trata de sujetos en condición de vulnerabilidad.

35. En cuanto a las personas migrantes, la garantía de la dignidad humana adquiere una dimensión reforzada, en tanto la condición migratoria suele estar asociada a situaciones de precariedad socioeconómica, desprotección institucional y barreras de acceso a servicios básicos y, en ese sentido, la jurisprudencia constitucional ha reiterado que los derechos fundamentales no dependen de la nacionalidad ni del estatus migratorio, sino que derivan de la condición de persona humana[41]. Por ello, el Estado colombiano tiene la obligación de asegurar que las personas extranjeras, incluso aquellas en situación migratoria irregular, reciban un trato respetuoso de su dignidad y puedan acceder a las prestaciones indispensables para preservar su vida y su integridad física. Este mandato encuentra respaldo también en el derecho internacional de los derechos humanos, particularmente en el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y en el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que obligan a los Estados a garantizar los derechos reconocidos en dichos instrumentos sin discriminación por nacionalidad o condición migratoria.
36. En estrecha relación con la dignidad humana se encuentran los derechos a la vida y a la integridad personal, los cuales constituyen presupuestos esenciales para el ejercicio de los demás derechos fundamentales. La Corte Constitucional ha sostenido que el derecho a la vida no se limita a la mera existencia biológica, sino que comprende el derecho a vivir en condiciones compatibles con la dignidad humana, lo cual incluye el acceso a servicios de salud oportunos y adecuados cuando la vida o la integridad se encuentran en riesgo. Ahora, ese estándar respecto a la población migrante debe evitar que barreras administrativas, restricciones derivadas del estatus migratorio o deficiencias institucionales impidan la prestación de los servicios necesarios para preservar la vida y la integridad física, especialmente frente a enfermedades graves o catastróficas.[42]
37. La protección constitucional de estos derechos adquiere una dimensión particular cuando se trata de patologías de alta complejidad, como las enfermedades oncológicas. En tales escenarios, el principio de dignidad humana exige que la atención en salud no se limite a

intervenciones mínimas o episódicas, sino que comprenda todas las medidas necesarias para preservar la vida y mitigar el sufrimiento del paciente, incluyendo la atención diagnóstica, terapéutica y paliativa. En este sentido, para la Corte Constitucional la garantía del derecho a la vida y la integridad personal debe partir del respeto por la dignidad humana que se articula con el principio de igualdad y no discriminación, en virtud del cual las autoridades deben adoptar medidas orientadas a eliminar las barreras que dificultan el acceso efectivo a los servicios con los cuales es posible preservar la vida y garantizar sus condiciones dignas.

38. Esta Corte ha señalado que la condición migratoria no puede convertirse en un criterio de exclusión que reduzca el nivel de protección del derecho a la salud, especialmente cuando se encuentran comprometidos derechos fundamentales como la vida o la integridad personal[43]. Por el contrario, el Estado debe desplegar acciones institucionales que aseguren una respuesta sanitaria oportuna, integral y continua, evitando que la irregularidad migratoria se traduzca en una forma de discriminación material.

39. En consecuencia, la garantía de los derechos a la vida, la dignidad humana y la integridad física de las personas migrantes en Colombia impone al Estado un deber reforzado de protección, que se traduce en la adopción de medidas administrativas, normativas y operativas destinadas a asegurar el acceso efectivo a otros derechos, que como el derecho a la salud, particularmente en casos de enfermedades graves o catastróficas, trascienden al respeto por la dignidad humana y exigen del sistema de salud una respuesta efectiva a las necesidades de esta población, garantizando que ninguna persona sea privada de la atención médica necesaria para preservar su vida y su integridad física por razones asociadas a su condición migratoria.

8. El derecho a la salud de la población migrante, el concepto de urgencia ampliada ligado a enfermedades catastróficas y el derecho al diagnóstico de la población migrante. Reiteración de jurisprudencia

40. La jurisprudencia de esta corporación ha fijado de manera unánime y reiterada el alcance del derecho a la salud de los extranjeros en el país. En virtud de ello, se han establecido como reglas las siguientes^[44]: (i) El derecho a la salud es un derecho fundamental y uno de sus pilares es la universalidad, cuyo contenido no excluye la posibilidad de imponer límites para acceder a su uso o disfrute. (ii) Los extranjeros gozan de los mismos derechos civiles que los nacionales colombianos, y, a su vez, se encuentran obligados a acatar la Constitución y las leyes, así como respetar y obedecer a las autoridades. (iii) Los extranjeros no regularizados tienen derecho a recibir atención básica y de urgencias con cargo al régimen subsidiado cuando carezcan de recursos económicos, en virtud de la protección de sus derechos a la vida digna y a la integridad física, sin que sea legítimo imponer barreras a su acceso. (iv) La atención mínima a la que tienen derecho los extranjeros, cuya situación no ha sido regularizada, va más allá de preservar los signos vitales y puede cobijar la atención de enfermedades catastróficas o la realización de cirugías, siempre y cuando se acredite su urgencia para preservar la vida y la salud del paciente. (v) Los extranjeros que busquen recibir atención médica integral –más allá de la atención de urgencias–, en cumplimiento de los deberes impuestos por la ley, deben cumplir con la normativa de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de lo que se incluye la regularización de su situación migratoria. (vi) Cuando la atención de urgencias sea prestada inicialmente por una institución de un nivel de complejidad insuficiente para tratar al paciente, debe surtirse una remisión dirigida a que la entidad competente lo valore y determine qué tratamiento requiere.

41. Esto encuentra fundamentación constitucional en los artículos 13, 49 y 100 de la Constitución Política, así como en tratados de derechos humanos, especialmente en el artículo 28 de la Convención de Trabajadores Migrantes y sus Familias, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (arts. 2, 1, 3, 14, 25 y 26); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (arts. 2, 3 y 7); la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la

Convención sobre los Derechos del Niño; la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad así como los Convenios de la Organización Internacional de Trabajo sobre los Trabajadores Migrantes de 1949 (núm. 97) y de 1975 (núm. 143) y las Recomendaciones sobre los Trabajadores Migrantes de 1949 (núm. 86), y de 1976 (núm. 151).

42. De acuerdo con el derecho internacional, los Estados deben garantizar a todos los migrantes, incluidos aquellos que se encuentran en situación de irregularidad, no solo la atención de urgencias con perspectiva de derechos humanos, sino la atención en salud preventiva, con un enfoque en salud pública.
43. Ahora, si bien es claro que la atención en salud a una persona migrante no regularizada se ha reservado a la atención de urgencias, que implica “emplear todos los medios necesarios y disponibles para estabilizar la situación de salud del paciente, preservar su vida y atender sus necesidades básicas”^[45], también es cierto que esta atención puede incluir “el tratamiento de enfermedades catastróficas como el cáncer, cuando los mismos sean solicitados por el médico tratante como urgentes y, por lo tanto, sean indispensables y no puedan ser retrasados razonablemente sin poner en riesgo la vida”^[46], razón por la cual se ha exigido al Estado prestar servicios de salud con acceso integral, oportuno y de calidad^[47].
44. La Corte Constitucional ha entendido como enfermedades catastróficas aquellas que disminuyen drásticamente las fuerzas físicas y mentales de una persona, situándola en una condición de vulnerabilidad. Dentro de estas enfermedades se han incluido, por ejemplo, enfermedades de salud mental^[48], el VIH /SIDA y distintos tipos de cáncer^[49]; frente a estas dos últimas enfermedades se ha considerado además que sus portadores tienen una protección constitucional reforzada^[50].

45. En todo caso, como se ha expuesto, el derecho a la salud, y específicamente el derecho a la salud de los y las migrantes, no solo incluye la atención a urgencias y el tratamiento de las enfermedades catastróficas, sino también la faceta preventiva del servicio de salud que incluye la prevención, detección temprana y diagnóstico de la enfermedad. Al respecto, a partir de la Sentencia T-1041 de 2006, la Corte Constitucional ha desarrollado el concepto del derecho al diagnóstico entendido como la facultad que tiene todo paciente “(...) de exigir de las entidades prestadoras de salud la realización de los procedimientos que resulten precisos con el objetivo de establecer la naturaleza de su dolencia, para que, de esa manera, el médico cuente con un panorama de plena certeza sobre la patología y determine las prescripciones más adecuadas, encaminadas a lograr la recuperación de la salud, o, al menos, asegurar la estabilidad del estado de salud del afectado”.
46. Esta corporación ha protegido el derecho al diagnóstico de migrantes venezolanos en condición irregular en casos relacionados con enfermedades catastróficas en las que exista un riesgo respecto de la integridad física y personal de los accionantes, pero no contaban con el concepto médico que indicara la urgencia de los tratamientos^[51]. La Corte concluyó entonces que era deber de las entidades accionadas y en general del Estado, adoptar medidas necesarias, adecuadas y suficientes orientadas a realizar una valoración efectiva a los pacientes, teniendo en cuenta su reforzada protección constitucional.
47. En el marco de la jurisprudencia constitucional[52], el derecho fundamental a la salud comprende no solo acceso a tratamientos o medicamentos, sino también una faceta autónoma de diagnóstico, la cual está orientada a garantizar que la situación clínica del paciente sea determinada de manera técnica, oportuna y científicamente fundada. Lo anterior se funda en el principio de dignidad humana, así como en la necesidad de que las decisiones médicas estén plenamente informadas, lo que permite definir un tratamiento idóneo.
48. En ese sentido, la Corte ha reconocido que el criterio de necesidad en la salud se

encuentra, por regla general, determinado por la orden médica, por cuanto es el resultado de la valoración clínica realizada por un profesional idóneo. Este criterio responde a una lógica técnico-científica según la cual, el médico tratante, en virtud del conocimiento especializado y del contacto directo con el paciente, puede definir los servicios, procedimientos y tecnologías requeridas en cada caso, lo que a su vez implica que, las órdenes médicas constituyen en principio, un parámetro vinculante para las entidades prestadoras del servicio de salud, teniendo en cuenta que estas reflejan una evaluación individualizada de la condición de salud de quien acude al sistema.

49. Sin embargo, este tribunal también ha advertido que, la ausencia de una prescripción médica no puede constituir un obstáculo para que el derecho a la salud sea protegido, toda vez que no es posible supeditar la garantía del derecho fundamental a un requisito formal, desconociendo que el acceso al sistema de salud puede estar condicionado por barreras estructurales, especialmente en contextos en los que la población es altamente vulnerable.

50. Ahora, en cuanto a las etapas funcionales de la faceta de diagnóstico, se han reconocido tres dimensiones: (i) la identificación, (ii) la valoración y (iii) la prescripción[53]. En la primera, se infiere una alteración del estado de salud por la existencia de signos, síntomas o antecedentes, incluso si no existe aún certeza clínica plena. Esta se acredita con la historia clínica, conceptos médicos preliminares, o incluso a partir de hechos notorios que evidencian la necesidad de una atención. En la segunda, se debe tener acceso efectivo a profesionales de la salud que, mediante criterios técnicos y científicos evalúan la condición del paciente, lo que implica consultas, exámenes y procedimientos necesarios para esclarecer el cuadro clínico. Y la tercera, supone la realización de pruebas específicas que permitan determinar con precisión la patología, su gravedad y evolución. Esta etapa es de especial cuidado en enfermedades de alto riesgo, donde la oportunidad de diagnóstico incide directamente en el pronóstico de salud.

51. Visto el contenido de la faceta de diagnóstico dentro del derecho fundamental a la salud,

es pertinente advertir que su protección implica garantizar el acceso a un proceso integral de evaluación médica, que no se agota en una atención inicial, sino que exige continuidad hasta la definición clara de la condición clínica y del tratamiento correspondiente; ante esta situación, el juez constitucional está llamado a intervenir, incluso en ausencia de orden médica cuando se configure un hecho notorio o exista un indicio de afectación a la salud que exija esa valoración médica, a fin de ordenar que el sistema de salud disponga lo necesario para que sus profesionales realicen una evaluación completa y emitan un concepto médico fundado.

52. El diagnóstico oportuno de enfermedades como el cáncer hace parte de la garantía plena del derecho a la salud y, dado el alto riesgo en afectación directa con enfermedades catastróficas, el derecho a la vida. La evidencia científica[54] ha demostrado de manera consistente que el diagnóstico oportuno constituye un factor determinante en la evolución de patologías de alto riesgo como el cáncer, en las cuales los retrasos en los diagnósticos se asocian con estadios más avanzados, menor tasa de supervivencia y mayores niveles de mortalidad. A su vez, estudios clínicos[55] ponen de presente que incluso demoras de semanas en el acceso al diagnóstico y tratamiento pueden incrementar de manera significativa el riesgo de muerte, lo que permite concluir que, la oportunidad en la identificación de la enfermedad no es algo accesorio, sino que es un elemento esencial para la protección efectiva de la vida y la integridad personal.
53. Sumado a lo anterior, la Sentencia T-415 de 2021 estableció que “los extranjeros pueden acceder al SGSSS siempre que cumplan con los deberes establecidos en la Constitución y la ley. Sin embargo, en aquellos casos en los cuales no han regularizado su situación, es posible reconocer tres posiciones constitucionalmente aseguradas: i) la atención inicial de urgencias; o ii) la atención ampliada si cumplen las tres condiciones precisadas^[56]. Adicionalmente, iii) cuando el migrante no cuente con el dictamen del médico que califique su atención en grado de urgencia, pero se trate de un sujeto de especial protección constitucional con diagnóstico de una enfermedad grave que pueda con alto grado de probabilidad poner en riesgo su salud y vida, tendrá derecho a un diagnóstico oportuno que valore si su estado de salud puede ser catalogado como de urgencia

ampliada.”.

54. Finalmente, es importante mencionar que, aunque se ha concluido que para que las personas migrantes puedan recibir atención médica integral más allá de urgencias (entendidas en sentido amplio) es necesario que cumplan con la normativa de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que implica la regularización de su situación migratoria, lo cierto es que en muchos casos existen trabas administrativas o incluso desconocimiento de los trámites por parte de los extranjeros, que dificultan materializar dicha regularización. Por ello, esta corporación ha exhortado a entidades como la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, al Ministerio de Relaciones Exteriores y a la Defensoría del Pueblo para que, en el marco de sus funciones, orienten y faciliten el trámite de permanencia de los extranjeros en el país, indicando de manera clara los requisitos que deben cumplir para ello, así como las alternativas existentes^[57]. En línea con lo anterior, ha instado a estas entidades para que capaciten a sus funcionarios en la implementación de enfoques diferenciales y en la aplicación de la supremacía constitucional.

9. El derecho a la salud y al diagnóstico relacionado con los derechos sexuales y reproductivos

55. El derecho internacional ha desarrollado la importancia de garantizar el pleno respeto de los derechos reproductivos y la necesidad de implementar los mecanismos adecuados para garantizar su protección^[58]. Según la Observación General No. 14 del Comité DESC, las políticas y programas de salud deben tener necesariamente una perspectiva de género, pues de esta forma se reconocen los factores biológicos y socioculturales que diferencian dicha atención respecto de mujeres y hombres, y se logra superar la desigualdad de la prestación de este servicio. “Además, indicó que es necesario implementar estrategias tendientes a prevenir y tratar las enfermedades que afectan a mujeres a lo largo de su vida y promover el acceso a la prestación de los servicios de salud de alta calidad, incluidos los servicios en materia reproductiva.”^[59].

56. En ese sentido, en relación con el derecho de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, esta corporación determinó que incluye, entre otras, la prevención y el tratamiento de las enfermedades del aparato reproductor femenino^[60], razón por la cual, los derechos a la salud y al diagnóstico cobran especial importancia tratándose de enfermedades catastróficas relacionadas con los derechos reproductivos y sexuales de la mujer, como el cáncer de cuello uterino. A esto se suma el hecho de que, como lo planteó la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) en el trámite de la Sentencia T-236 de 2021, las mujeres en situación migratoria irregular difícilmente acceden a los servicios de salud sexual y reproductiva. En ese sentido, “el Estado tiene la obligación de garantizar la eliminación de todas las barreras que impidan a la mujer el acceso efectivo a la información, la educación y los servicios de salud sexual y reproductiva”. Asimismo, y en concordancia con la Recomendación General no. 24 de la CEDAW, la Corte Constitucional ha sostenido que resulta discriminatorio que el Estado se niegue a prestar determinados servicios de salud reproductiva^[61].

10. **La migración como factor determinante estructural en la garantía del derecho a la salud y el principio de igualdad y no discriminación**

57. La Constitución reconoce que los **extranjeros** son titulares de derechos fundamentales en Colombia y, por ende, están amparados por el principio de **igualdad y no discriminación, como se indicó**. En esa medida, la condición de extranjería, y con mayor razón, una situación migratoria irregular **no puede erigirse en razón suficiente** para negar, dilatar o tornar ilusorio el acceso a prestaciones indispensables para la protección de la vida, la integridad personal y la dignidad humana. En materia de salud, este mandato se intensifica por tratarse de un derecho fundamental de aplicación inmediata, cuya garantía exige remover barreras formales y materiales que, en la práctica, produzcan tratos desiguales injustificados.

58. Así, la igualdad constitucional no se satisface con la mera existencia de canales abstractos de atención. El análisis debe verificar si, en el caso concreto, el diseño y operación del sistema de salud asegura un **acceso real y oportuno** a los servicios requeridos, sin imponer cargas desproporcionadas asociadas a la nacionalidad o al estatus migratorio. En particular, resulta contrario a la Constitución que, bajo el rótulo de “limitación administrativa” o “ausencia de afiliación”, se obligue a las personas migrantes a permanecer en una atención **fragmentaria** circunscrita a urgencias, cuando su condición clínica exige continuidad diagnóstica y terapéutica, al comprobarse que se trata de un diagnóstico que pone en grave peligro su salud y su vida.
59. En ese sentido, cuando concurren factores de vulnerabilidad, como el género, la precariedad socioeconómica, la ruptura de redes de apoyo y la condición migratoria, el deber de garantía del Estado y de los prestadores se torna **reforzado**. Así, frente a enfermedades graves o catastróficas, la respuesta institucional no puede reducirse a intervenciones episódicas o paliativas; por el contrario, debe orientarse a asegurar una **ruta integral** que comprenda diagnóstico oportuno, procedimientos, medicamentos, controles y seguimiento, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, calidad y continuidad.
60. En el año 2020, la Asociación Profamilia y la Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA-USAID) realizó el estudio sobre “Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia”[62], el cual identificó en seis ciudades priorizadas (Bogotá, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Riohacha y Santa Marta) desigualdades, barreras y experiencias de acceso. En el informe se logró establecer que la migración opera como un determinante estructural de la salud y, en contextos de flujos migratorios, puede intensificar desigualdades por exposición a riesgos sanitarios y violencias, con impactos diferenciales sobre mujeres y niñas, personas con discapacidad, población trans, indígenas, afros y adolescentes.
61. Específicamente, encontraron que la población migrante tiene un grave problema de

acceso al sistema de salud colombiano, especialmente en lo relacionado con el concepto limitado de urgencias que los pone a la merced de quienes interpretan sus necesidades médicas. En particular sobre el cáncer de cérvix y mama expusieron que “las mujeres migrantes y refugiadas necesitan ser detectadas y tratadas de forma temprana dentro de la respuesta humanitaria para aumentar las posibilidades de supervivencia. Demoras en el inicio de tratamiento de tres meses han estado asociados con un avanzado estadio y baja supervivencia. Por esta razón, se requiere que la atención en salud dentro de la emergencia este bien equipada para detectar tempranamente como mecanismo esencial en la lucha contra el cáncer de cérvix y mama.”.

62. En ese sentido, hizo un llamado a la habilitación de servicios de salud para la población migrante que incluya un trabajo interinstitucional para superar las barreras administrativas y garantizar el derecho a la salud de manera universal más allá del estatus migratorio. El estudio reafirma que la condición migratoria no es un hecho accesorio, sino un factor de organización social que incide de manera sistemática en: (i) la exposición a riesgos, (ii) la capacidad real de protegerse y (iii) las posibilidades efectivas de acceder a bienes y servicios. En la lógica del informe, “determinante estructural” quiere decir que la migración actúa en el nivel de las condiciones de vida y de las reglas del juego (sociales e institucionales) que moldean la salud: no se limita a conductas individuales, sino que configura desigualdades porque se relaciona con precariedad, desprotección, violencia, ruptura de redes y barreras de acceso.
63. De acuerdo con el ejercicio probatorio dentro del expediente debe tenerse presente que, conforme a la evidencia pública disponible, el cáncer constituye una carga creciente para el sistema de salud colombiano y, por su naturaleza, exige diagnóstico oportuno, continuidad terapéutica y ausencia de barreras administrativas. En efecto, de acuerdo con el “Boletín técnico Población migrante y sistema de salud en Colombia: análisis del acceso y caracterización con énfasis en población venezolana” del 25 de julio de 2025, la Cuenta de Alto Costo reportó, al 31 de octubre de 2024, 651.589 casos prevalentes de cáncer en el aseguramiento en Colombia. Igualmente se indicó que en el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2023 y el 1º de enero de 2024 se registraron 62.000 casos nuevos de

cáncer, de ellos el 93,83% se refieren a cáncer de tipo invasivo, de los cuales el 56,40% correspondieron a mujeres.

Gráfica 1. Cáncer y aseguramiento

64. Adicionalmente, del mismo reporte se evidencia que a 31 de octubre de 2024 se reportaron 651.589 casos prevalentes. En paralelo, el Ministerio de Salud y Protección Social informó que, con corte a marzo de 2025, existían 1.678.768 personas migrantes afiliadas al SGSSS (93,6% de nacionalidad venezolana y 77,4% en régimen subsidiado), lo que revela un universo poblacional significativo que demanda acceso real a servicios de mediana y alta complejidad, particularmente frente a patologías catastróficas.[63]

Gráfica 2. Mujeres migrantes y carga por cáncer

65. Aunado a lo anterior, y conforme a los reportes oficiales de la Rama Judicial, la Sala advierte que durante el año 2024 se recibieron 952.251 acciones de tutela en el territorio nacional, lo cual refleja la centralidad de este mecanismo constitucional como instrumento efectivo de protección de derechos fundamentales[64]. De igual manera, el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en la información suministrada por la Corte Constitucional y en la caracterización sectorial correspondiente, indicó que para ese mismo periodo se registraron aproximadamente 237 mil tutelas relacionadas con el derecho a la salud (237.094 tutelas depuradas contra actores del SGSSS y 237.210 tutelas únicas en la base analizada), promovidas por 195.878 personas accionantes.

66. En dicha caracterización se identificaron 3.425 personas migrantes dentro del universo de accionantes en salud, de las cuales 69,92% se encontraban en situación migratoria regular y 30,1% en situación irregular.[65]Estas cifras permiten constatar la existencia de un grupo cuantificable de personas migrantes que acuden a la acción de tutela para reclamar la garantía del derecho fundamental a la salud. No obstante, la Sala precisa que, por razones metodológicas, el dato corresponde al número de personas accionantes y no necesariamente al total de acciones de tutela promovidas por población migrante, dado que un mismo accionante puede presentar más de una solicitud durante el periodo analizado. Esta aclaración resulta necesaria para asegurar la adecuada comprensión estadística del fenómeno y evitar conclusiones imprecisas sobre la magnitud real de la litigiosidad en salud atribuible a esta población.

Gráfica 3. Tutelas en salud a 2024

Gráfica 4. Caracterización de accionantes – 2024

67. Por otra parte, de acuerdo con el estudio “Derecho a la atención en salud para las personas migrantes en situación irregular en Colombia: entre estándares normativos y barreras prácticas” del Centro de Estudios e Investigaciones de Dejusticia[66], de 121 tutelas seleccionadas para revisión por esta Corporación, sobre derechos de las personas migrantes y refugiadas entre 2016 y 2023, el 68,5%, es decir, 83 fueron sobre el derecho a la salud.

68. Sumado a lo anterior, de acuerdo con la información registrada por el sistema de esta corporación se tiene que, de 2019 a 2025, se radicaron 4.588.589 acciones de tutela, de las cuales 829.189 correspondieron a casos en los cuales se identifican sujetos de especial protección constitucional, lo que representa el 18,1 % del total La proporción muestra una tendencia creciente, pasando de 16,9 % en 2019 a 20,4 % en 2025. Adicionalmente se registran 19.712 tutelas en las que se identifican accionantes de origen extranjero.

Gráfica 5. Acciones de tutela y sujetos de especial protección constitucional (2019–2025).

69. Este valor representa el 2,4% de total de tutelas radicadas relacionadas con sujetos de especial protección (SEP). De 2019 a 2025, el 61,9% de las tutelas en las que se identifican accionantes de origen extranjero lo que se demanda es el derecho a la salud.

Gráfica 6. Participación de tutelas con accionantes extranjeros por derecho a salud (2019-2025)

70. En 2025, aproximadamente 1 de cada 2 tutelas en las que se identifican accionantes de origen extranjero la pretensión versa sobre el derecho a la salud y de aquellos el 68% son mujeres.

Gráfica 7. Tutelas interpuestas por accionantes extranjeros relacionadas con salud y participación de mujeres (2025).

71. Finalmente, la Sala advierte que no es posible establecer, con un mínimo de certeza técnica, el número de mujeres migrantes en situación irregular diagnosticadas con cáncer, debido a una doble falencia institucional: (i) de un lado, la ausencia de respuesta sustantiva del Ministerio de Salud y Protección Social frente a los requerimientos de información; y, (ii) de otro, la insuficiencia del reporte y consolidación de datos en el instrumento de trazabilidad basado en RIPS[67] para población extranjera, lo que impide contar con registros completos, consistentes y verificables sobre diagnósticos de alta complejidad.
72. Esta indeterminación no obedece a una mera dificultad estadística, sino que revela fallas administrativas y de gestión de la información, subregistro, omisiones de reporte por IPS y demás actores del sistema, inconsistencias en la captura de variables y ausencia de flujo oportuno hacia los repositorios institucionales, que terminan por invisibilizar la carga real de enfermedad en esta población. A ello se suma que, en la práctica, la atención a personas migrantes irregulares suele restringirse a servicios de urgencias y a una atención básica, con denegación o dilación de procedimientos diagnósticos y tratamientos propios

de patologías de alta complejidad como el cáncer, lo cual compromete la continuidad asistencial, incrementa el riesgo de progresión de la enfermedad y, en definitiva, pone en grave riesgo los derechos fundamentales a la salud y a la vida.

73. Esta corporación considera que el amparo solicitado impone una lectura garantista y con enfoque de vulnerabilidad reforzada, en atención a la doble condición de la accionante, (i) como persona migrante y (ii) paciente con diagnóstico de salud de alta complejidad, la cual exige una respuesta estatal oportuna, integral y efectiva. De ello se sigue que la situación migratoria irregular no puede erigirse en obstáculo para el goce del derecho fundamental a la salud cuando existe orden o necesidad médica debidamente acreditada, incluso en casos de cáncer; por el contrario, las autoridades y entidades del sistema deben adoptar las medidas necesarias para asegurar la continuidad del tratamiento, la eliminación de barreras administrativas y la pronta prestación de los servicios requeridos conforme a los criterios clínicos del médico tratante.

11. Análisis y aplicación del enfoque de interseccionalidad

74. Desde una perspectiva constitucional de protección reforzada que guarda la línea jurisprudencial de la Corporación[68], la Sala advierte que el análisis de los derechos fundamentales no puede fragmentar la realidad de las personas en categorías aisladas, pues quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, como las personas migrantes que, además, enfrentan enfermedades catastróficas o falta de diagnóstico de las mismas, experimentan formas de exclusión que se superponen y profundizan entre sí.
75. El enfoque de interseccionalidad exige reconocer que la discriminación no opera de manera única ni uniforme, sino que surge de la interacción entre factores como la nacionalidad, el género, la precariedad socioeconómica y la condición de salud, lo que impone al Estado el deber de adoptar respuestas diferenciadas y más intensas de

protección[69]. En consecuencia, limitar la garantía del derecho a la salud a una sola dimensión analítica resulta insuficiente; por el contrario, la eliminación efectiva de barreras requiere comprender la complejidad integral de la persona y desplegar medidas institucionales que aseguren un acceso real, continuo y digno a los servicios de salud, especialmente cuando está comprometida la vida y la integridad de sujetos en situación de especial vulnerabilidad.

76. De acuerdo con el documento de la Oficina de Migración de Naciones Unidas ONU-Migración: “Explorando la feminización de la migración con perspectiva de género 2024”[70], el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular ha resaltado que la formulación de políticas públicas en materia migratoria debe sustentarse en información estadística confiable y desagregada, que permita comprender las realidades diferenciadas de la población en movilidad humana. La recolección de datos con enfoque de género, edad, condición migratoria y diversidad cultural resulta esencial para evidenciar las experiencias específicas de mujeres y niñas migrantes, quienes enfrentan riesgos particulares de discriminación y exclusión que no pueden ser abordados mediante respuestas homogéneas.
77. Bajo este enfoque, uno de los principales desafíos institucionales se relaciona con la necesidad de dar respuestas intersectoriales y coordinadas, capaces de articular a las distintas entidades estatales con competencias en salud, protección social, justicia y migración. La superación de las brechas estructurales exige la participación conjunta de múltiples actores públicos que, desde sus ámbitos funcionales, identifiquen obstáculos persistentes y adopten medidas orientadas a fortalecer la autonomía, la inclusión y la garantía efectiva de derechos de esta población.
78. Sumado a ello, diversos instrumentos internacionales han consolidado un marco normativo que vincula la movilidad humana, el cambio climático y la protección reforzada de mujeres y niñas, destacando la necesidad de incorporar un enfoque de género transversal en la gestión del riesgo y en las políticas migratorias. En escenarios multilaterales como la

Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, el Acuerdo de París, el Marco de Sendai 2015-2030 y el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular, se reconoce que los fenómenos ambientales y los desastres incrementan la exposición de ciertos grupos a desplazamientos forzados, por lo que los Estados deben adoptar estrategias coordinadas de prevención, adaptación y resiliencia que integren la perspectiva de derechos humanos.

79. De igual forma, declaraciones regionales recientes han advertido sobre la creciente feminización de la movilidad humana en América Latina, asociada a factores estructurales como la violencia, la pobreza, la sobrecarga de cuidados y los impactos del cambio climático. En este contexto, los Estados han asumido compromisos orientados a garantizar la participación efectiva de las mujeres en la toma de decisiones ambientales y en la reducción del riesgo de desastres, así como a fortalecer sus capacidades de adaptación frente a crisis climáticas y socioambientales, reconociendo sus necesidades diferenciadas a lo largo del ciclo migratorio[71].
80. El derecho internacional de los derechos humanos ha evolucionado hacia un entendimiento sustantivo de la igualdad que exige analizar las vulneraciones desde una perspectiva interseccional. En esa línea, el informe del Consejo de Derechos Humanos[72] reconoce que las personas pueden experimentar formas acumulativas de discriminación cuando convergen múltiples factores, como el género, la condición migratoria, la situación socioeconómica o el estado de salud, que producen impactos diferenciados y requieren respuestas estatales específicas. Desde este enfoque, la interseccionalidad no constituye una categoría meramente teórica, sino un método interpretativo destinado a identificar cómo la exclusión institucional se reproduce cuando las políticas públicas se diseñan desde categorías aisladas que no capturan la complejidad de las trayectorias humanas.
81. Aplicado al derecho a la salud, este estándar implica que la garantía efectiva no puede limitarse a reconocer formalmente la universalidad del servicio, sino que debe incorporar

medidas que atiendan las barreras estructurales que enfrentan grupos históricamente marginados. En concordancia, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha sostenido que la accesibilidad a la salud exige eliminar obstáculos discriminatorios y asegurar servicios adecuados a las necesidades particulares de los grupos vulnerables, incluidos quienes se encuentran en situación de movilidad humana[73]. De igual modo, instrumentos como la Recomendación General núm. 26 del Comité CEDAW[74] han advertido que las mujeres migrantes enfrentan riesgos agravados de exclusión y violencia institucional, lo cual demanda respuestas estatales reforzadas y la adopción de medidas basadas en evidencia desagregada.

82. En consecuencia, la convergencia entre el marco universal de Naciones Unidas y la doctrina constitucional colombiana refuerza la idea de que las mujeres migrantes con enfermedades de alto riesgo constituyen sujetos de especial protección constitucional. Bajo este estándar, el análisis judicial debe integrar la dimensión clínica, la situación migratoria y los factores de género, evitando interpretaciones formalistas que reduzcan el alcance del derecho a la salud y asegurando respuestas estatales integrales, oportunas y sostenibles.

12. **La necesaria articulación institucional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud ante situaciones estructurales por la demanda masiva de atención en salud de la población migrante en las entidades territoriales**

83. La Sala observa que la **reiteración** de barreras administrativas y de falencias de coordinación interinstitucional que impiden el acceso a servicios que **exceden la atención de urgencias** no puede ser comprendida, *prima facie*, como un hecho aislado o meramente accidental. Por el contrario, cuando tales obstáculos se presentan de manera **persistente** y con capacidad de afectar a un grupo social identificable, como la población migrante, pueden revelar un **déficit estructural** en la garantía del derecho fundamental a la salud, con impacto directo en el principio de igualdad material. En esa medida, el juez constitucional está llamado a valorar si la respuesta jurisdiccional debe

trascender la solución individual para adoptar medidas que, dentro de los límites de su competencia, **incidan en la remoción de barreras estructurales** y en el ajuste de arreglos institucionales que perpetúan desigualdades en el goce efectivo del derecho.

84. En clave constitucional, la condición migratoria, en particular cuando concurre con factores como el **género**, la precariedad socioeconómica o la ausencia de redes de apoyo, puede operar como un **eje de desigualdad material**, que exige un examen de **igualdad sustantiva**: no es suficiente la proclamación de reglas generales si, en la práctica, existen barreras que producen exclusión o segmentación del acceso. La Sala destaca que de la evidencia técnica reciente[75] es posible concluir que, en los flujos migratorios masivos, el riesgo no es únicamente clínico, sino también **institucional**, caracterizado por (i) dispersión de competencias, (ii) asimetrías de capacidad instalada en territorios receptores, (iii) fallas en referencia y contrarreferencia y continuidad del cuidado para enfermedades crónicas y de alto costo, y (iv) obstáculos administrativos que se traducen en **exclusión material**. En consecuencia, cuando el acceso se “traba” por razones estructurales, la atención tiende a quedar reducida a lo inmediato o urgente, en detrimento de la **continuidad** hacia el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento, aspecto particularmente crítico en patologías de alto riesgo.
85. Si bien el Estado ha adoptado medidas para orientar la respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud frente a necesidades en salud, incluidos instrumentos regulatorios y de política pública, la persistencia de obstáculos operativos en territorios con alta presión asistencial obliga a fortalecer la **articulación Nación-entidades territoriales** y la coordinación con los actores del sistema (EAPB/EPS e IPS), para asegurar el acceso **integral, oportuno y continuo**. En ese marco, resulta constitucionalmente pertinente que el juez de tutela, cuando advierta un patrón de vulneración que compromete la igualdad material, ejerza de manera motivada sus facultades **por fuera o más allá de lo pedido** para impartir órdenes que, sin desbordar su competencia, estén orientadas a (i) remover barreras administrativas, (ii) clarificar rutas, responsabilidades y tiempos, y (iii) asegurar mecanismos de seguimiento y reporte que permitan verificar cumplimiento y corregir fallas institucionales.

86. De acuerdo con las orientaciones del **Departamento Nacional de Planeación**[76], la respuesta estatal frente al fenómeno migratorio requiere una **gestión territorial articulada**, sustentada en (i) una caracterización actualizada de la población, (ii) la garantía de acceso a la oferta institucional y (iii) la coordinación local, de manera que la acción nacional complemente y refuerce la capacidad territorial. Esta exigencia cobra especial relevancia en salud, por cuanto la demanda masiva en territorios receptores intensifica los riesgos de fragmentación del servicio. En consecuencia, la Sala subraya que, desde una perspectiva de derechos fundamentales, la respuesta institucional debe permitir valorar las condiciones del caso concreto para determinar si la persona requiere una atención que **supere urgencias** y, en particular, si se trata de patologías **catastróficas** o de alto riesgo que comprometen seriamente la salud y la vida.
87. La literatura especializada reciente confirma que, aún con políticas formalmente incluyentes, pueden persistir fallas operativas y financieras que impiden garantizar **la continuidad del cuidado**, especialmente en contextos de movilidad humana intensa. En particular, el estudio comparado sobre México, Colombia y Perú[77], “[l]a respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de las personas migrantes y refugiadas en la pandemia de COVID-19: un estudio de caso comparativo entre México, Colombia y Perú”, pone de presente que los sistemas de salud pueden reconocer la necesidad de atender población migrante y, sin embargo, enfrentar cuellos de botella asociados a gobernanza, coordinación y capacidad subnacional, lo que termina afectando el acceso efectivo a servicios que exceden urgencias. Esta evidencia refuerza que el problema no se reduce a la existencia de un derecho en abstracto, sino a la **arquitectura de implementación** y a la capacidad de articular niveles de gobierno y actores del sistema.
88. El estudio evidenció una brecha entre “política en papel” y “política en la práctica” por barreras administrativas y económicas que persistieron o empeoraron. Para dar garantía en el análisis se contó con la participación de ONG, organizaciones de sociedad civil y cooperación internacional. En el caso colombiano se detectó que el sistema está basado

en afiliación a aseguramiento (contributivo/subsidiado), al que por regla general solo migrantes regulares pueden acceder; en cuanto a los irregulares solo se les brinda atención por urgencias y algunas atenciones materno-infantiles. Sin embargo, dado el alto flujo de migrantes venezolanos, en el país se impulsó la regularización de venezolanos, como un estatuto temporal, para permitir afiliación y acceso. El estudio resalta del sistema colombiano un enfoque más intersectorial, el cual parte de un plan con estrategias que incluyen coordinación en fronteras, cooperación internacional, salud mental y fortalecimiento de información.

89. Ahora, ese mismo estudio puso de presente problemas estructurales y operativos del sistema colombiano para atender a migrantes que, aunque se agudizaron durante el periodo de pandemia, en realidad reflejan fallas previas que persistieron. El primer problema estructural se refiere al condicionamiento del acceso a la “regularidad” por diseño del sistema, lo que representa una barrera estructural. El sistema colombiano se organiza alrededor de la **afiliación a esquemas de aseguramiento**, en consecuencia, la **inclusión plena** se da *en principio* para migrantes **en situación regular**, mientras que la **población irregular** queda limitada a **urgencias** y también a atención materno-infantil[78], lo que hace que el acceso se vuelva “condicionado” (al estatus y trámites) y ello produce exclusión práctica precisamente del grupo con mayor vulnerabilidad.
90. El segundo problema radica en que las barreras burocráticas de regularización terminan siendo barreras sanitarias, lo cual marca una brecha en efectividad. Aunque Colombia implementó una política para **facilitar la regularización de venezolanos** y con ello su afiliación al seguro, el estudio señala que **muchos no pudieron regularizarse por barreras burocráticas** y, por ende, **continuaron con dificultades de acceso a servicios**.
91. El tercer problema se enfoca en la persistencia de barreras administrativas de acceso aun cuando “hay política pública focalizada”. El artículo insiste en la **brecha entre la política escrita y la política aplicada**, lo cual evidencia que para migrantes

persistieron **barreras administrativas** (p. ej., requisitos documentales, trámites, rutas confusas), lo que afecta el acceso real a la atención en salud. Además, para Colombia se afirma expresamente que **las barreras preexistentes persistieron**, en especial para migrantes irregulares.

92. Se identifica como cuarto problema la falta de medidas “operativas” de accesibilidad que tengan un enfoque de disponibilidad y aceptabilidad. El estudio evidencia que no hubo **provisiones para facilitar el acceso** a migrantes, por ejemplo, con traductores, adecuación cultural, campañas de información sobre “*entitlements*” y rutas de acceso. Esto implica que aun con cobertura “en la norma”, falla la accesibilidad efectiva, por falta de información y adaptación del servicio, lo que en términos técnicos agrava la inequidad.
93. El quinto problema que evidencia el estudio es la saturación respecto de la capacidad y subfinanciación práctica, por lo que la red de prestación se ve “sobrepasada”. En Colombia, durante la pandemia, el estudio describe que **las redes estatales y de ONG** se vieron **abrumadas por el volumen de migrantes**, y que el acceso empeoró porque la pandemia **estresó sistemas ya sub-dotados**, más que por políticas restrictivas nuevas. Ello conlleva a un déficit de capacidad instalada y de recursos que vuelve intermitente la garantía del derecho, especialmente para quienes están fuera del aseguramiento.
94. Por último, se identificó un sexto problema que es la dependencia significativa de cooperación internacional, lo que afecta la sostenibilidad y gobernanza del país. El texto subraya que antes y durante la pandemia hubo **apoyo internacional relevante**, relacionado con infraestructura hospitalaria, equipos, tecnología y capacidades, incluso **prestación directa** en algunos casos. Sin embargo, se resalta que cuando la respuesta depende de la cooperación, se afecta la sostenibilidad y la “titularidad” estatal de la política; además, la cobertura puede quedar territorialmente desigual según sea la presencia de agencias internacionales y los proyectos que estas prioricen.

95. Por su parte, la OPS – Organización Panamericana de la Salud realizó un estudio[79] que culminó con un documento operativo en el que advierte que la atención en salud a población migrante en la región enfrenta brechas persistentes de acceso y mayores riesgos de salud pública derivados del tránsito masivo, lo que ha generado presiones significativas sobre los sistemas sanitarios y la ayuda humanitaria. En este contexto, se han reportado eventos transmisibles que requieren vigilancia epidemiológica reforzada y se destaca que condiciones como el hacinamiento y la falta de acceso oportuno a servicios incrementan la propagación de enfermedades como la tuberculosis.
96. Para el caso colombiano, el documento resalta el aumento de casos de sífilis en la frontera con Venezuela, asociado a factores estructurales como la situación migratoria irregular y déficits en educación sexual y acceso a servicios. Asimismo, identifica necesidades prioritarias en la eliminación de barreras para la atención de urgencias, el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva, la atención en salud mental y el robustecimiento de la vigilancia epidemiológica en puntos de tránsito y acogida.
97. Tratándose de enfermedades catastróficas como el **cáncer**, el Ministerio de Salud y Protección Social, como rector de la política pública sanitaria, expidió la **Circular Externa 022 de 6 de junio de 2025**, mediante la cual retoma y refuerza un “plan de choque” orientado a garantizar la atención integral, destacando componentes que dependen directamente de la **organización de la red de servicios** y de la coordinación entre múltiples actores, además de la exigencia de reporte y seguimiento. Tales lineamientos, por su diseño, presuponen una interacción eficaz entre Nación, territorios, aseguradores y prestadores, así como la actuación de las autoridades de inspección, vigilancia y control.
98. No obstante, la Sala advierte que la eficacia constitucional de esos lineamientos no se agota en su expedición formal. Por el contrario, el enfoque de igualdad material y de garantía efectiva del derecho a la salud exige verificar si los mecanismos de reporte, monitoreo y coordinación efectivamente permiten (i) identificar patrones de barreras, (ii) caracterizar capacidades y brechas territoriales, (iii) asegurar continuidad asistencial y (iv)

adoptar correctivos operativos y financieros, particularmente cuando se trata de población migrante, regular o irregular, con sospecha o diagnóstico de enfermedades de alto riesgo. En este punto, resulta relevante recordar que, incluso en el plano administrativo, el propio ministerio ha advertido que los trámites no deben convertirse en barreras para el acceso efectivo a la salud, lo cual exige coherencia entre la definición nacional de reglas y su implementación territorial.

99. Sumado a lo anterior, bajo una lectura en clave de derechos fundamentales, a partir del principio de igualdad y no discriminación, la garantía del derecho fundamental a la salud impone que las personas migrantes, con independencia de su nacionalidad o situación migratoria, reciban una protección real y efectiva, no meramente declarativa. En consecuencia, la prestación del servicio no puede fragmentarse ni reducirse a un estándar mínimo por motivos ajenos a la necesidad clínica.
100. Bajo esta premisa, la integralidad se traduce en el deber estatal de asegurar que la atención cubra de manera completa las prestaciones requeridas, procedimientos, medicamentos, ayudas diagnósticas, terapias e intervenciones, orientadas a prevenir, diagnosticar, tratar, rehabilitar o paliar una condición de salud, sin que la pertenencia (o no) a un régimen de aseguramiento o la fuente de financiación o la condición de extranjero, se conviertan en criterios de exclusión o de disminución injustificada del nivel de protección.
101. De igual manera, el principio de continuidad, interpretado a la luz del mandato de igualdad, proscribte que la atención sanitaria se interrumpa o se torne intermitente por razones administrativas, financieras o de trámite que impacten de modo desproporcionado a la población migrante. Las autoridades y entidades obligadas a prestar el servicio deben adoptar las medidas necesarias para evitar que autorizaciones, remisiones, cambios de prestador, requisitos documentales o disputas sobre pago y cobertura se traduzcan en suspensiones o dilaciones que rompan la cadena asistencial. En términos constitucionales, la continuidad es una garantía contra la discriminación material,

pues impide que, por su condición migratoria, las personas queden confinadas a atenciones episódicas o de urgencia, cuando su estado de salud exige un curso terapéutico sostenido, oportuno y coherente con la dignidad humana.

102. Por último, debe considerarse que en materia de salud la rectoría del sistema no se agota en la expedición de normas generales o en la formulación abstracta de políticas. En un Estado social de derecho la obligación institucional se traduce en garantías efectivas: definición de rutas, claridad competencial, instrumentos de coordinación, seguimiento y asistencia técnica, de modo que el acceso no dependa del azar territorial ni de la discrecionalidad administrativa. Ello cobra especial intensidad cuando (i) está comprometido el contenido esencial del derecho a la salud (integralidad y continuidad), (ii) se trata de sujetos en condición de vulnerabilidad manifiesta, como personas migrantes, y con mayor razón mujeres, y (iii) la patología comporta riesgo grave para la vida, la integridad y la salud, como ocurre con las enfermedades oncológicas. En tales escenarios, el principio de igualdad y no discriminación exige remover barreras que operan como exclusión material, especialmente cuando se traducen en una atención meramente episódica o restringida a urgencias.

1. ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO

103. En el caso objeto de estudio, con base en la información que consta en el expediente, la Sala constata que *Paola* es una mujer migrante – de nacionalidad venezolana– en situación irregular a la cual, tras una valoración médica en urgencias por parte de especialistas en el HORO, se le ordenaron una serie de estudios diagnósticos adicionales para confirmar o descartar un cáncer de cuello uterino.
104. Verificados los documentos aportados con el escrito de tutela y la información recaudada en sede de revisión, la Sala observa lo siguiente:

105. En la historia clínica de la accionante, el médico tratante del HORO señaló que se identificó un cuadro clínico de hemorragia uterina anormal, anemia leve, hidrosalpinx derecho y sospecha de neoplasia cervical. En atención a ello, el médico de urgencias dispuso el respectivo plan de manejo ante las sospechas por neoplasia cervical y, en ese sentido, emitió ordenes de servicio por: (i) ácido tranexámico tab x 500 mg # 15 tomar 1 tab cada 8 h por 5 días; (ii) naproxeno tab x 250 mg # 20 tomar 1 tab cada 12 horas; (iii) se solicita CCV test de VPH prioritario; (iv) se solicita RMN pélvica con contraste prioritario; (v) se solicita valoración por ginecología prioritario ambulatorio; (vi) se dan recomendaciones generales y signos de alarma; (vii) plan de manejo externo por interconsulta resonancia magnética de abdomen rutinario.
106. *Paola* manifestó que no recibió la autorización de las órdenes médicas por parte del HORO, pues es una migrante en situación administrativa irregular que no se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud y tampoco contaba con documento válido que le permitiera dicha afiliación para el momento en el que requirió los servicios. Por tal motivo, solicitó la protección de sus derechos fundamentales a través de la presente acción de amparo.
107. Si bien los jueces de instancia decidieron no tutelar los derechos de la accionante por considerar que los procedimientos ordenados no corresponden a servicios de urgencias, sumado al hecho de que la accionante no contaba con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para la Sala Cuarta de Revisión *Paola* es una mujer sujeto de especial protección constitucional en atención a su situación de migrante, que merecía la protección de sus derechos fundamentales a la salud, al diagnóstico, a la seguridad social, a la vida y a la dignidad humana por las razones que pasan a exponerse.

13. Exámenes médicos necesarios para acceder a un diagnóstico oportuno

108. Como se expuso, el médico de urgencias del HORO ordenó una serie de exámenes necesarios para otorgar un diagnóstico completo y oportuno a *Paola* ante la sospecha de una posible neoplasia cervical. En este punto es importante recordar que el derecho a la salud de las personas migrantes en situación irregular, si bien se ha entendido como el tratamiento otorgado en urgencias, también es cierto que incluye “el tratamiento de enfermedades catastróficas como el cáncer, cuando los mismos sean solicitados por el médico tratante como urgentes y, por lo tanto, sean indispensables y no puedan ser retrasados razonablemente sin poner en riesgo la vida”^[80].
109. En relación con el diagnóstico de la accionante, el médico tratante relacionó en la historia médica una posible neoplasia cervical. Este término “se usa para indicar que en una biopsia se encontraron células anormales en la superficie del cuello uterino. Por lo general, la neoplasia intraepitelial cervical se debe a una infección por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH)”^[81] y si bien ello no implica cáncer en sí mismo, lo cierto es que, en ocasiones, ante la falta de diagnóstico oportuno o tratamiento adecuado, la misma situación se puede volver cancerígena.
110. En el caso sub examine, los procedimientos ordenados tienen como fin determinar la verdadera situación de salud de la accionante, ante el posible desarrollo de una enfermedad catastrófica. En este punto se debe recordar que el derecho al diagnóstico existe como de rango constitucional, ligado a la vida y salud de quienes están expuestos a desarrollar enfermedades que limitan su buen vivir. Este derecho, también es exigible respecto de las personas migrantes, pues la atención a urgencias y el tratamiento de las enfermedades catastróficas incluyen la faceta preventiva, a saber, la detección temprana y el correcto diagnóstico de la enfermedad, que permita a los médicos tener cierto grado de certeza para actuar a tiempo y salvaguardar la vida del paciente. En este caso, prueba de la relevancia de los procedimientos ordenados, es el hecho de que el médico tratante los denominó a todos y cada uno como prioritarios, cumpliendo así el requisito según el cual, para conceder los servicios ordenados, es necesario que se acredite la urgencia de

los exámenes o procedimientos, para preservar la vida del paciente.

111. Sumado a lo anterior, también es cierto que, por el hecho de ser mujer, la accionante también merece la protección de sus derechos sexuales y reproductivos. Las enfermedades cervicales, sin importar cual sea, implican afectaciones a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, por lo que su identificación y tratamiento oportuno implican una triple protección para el caso en concreto, es decir la accionante, no solo tiene derecho al diagnóstico, sino también a la atención de urgencias en sentido amplio y a la protección de sus derechos sexuales y reproductivos. En ese sentido, de acuerdo con las reglas jurisprudenciales trazadas, en atención a la posible enfermedad catastrófica y al derecho al diagnóstico de *Paola*, independientemente de su estatus migratorio, resulta indiscutible que las accionadas debieron prestar el servicio de salud solicitado, acreditado como urgente según el concepto expreso del médico tratante. Por lo tanto, se advierte que las entidades requeridas no fueron diligentes en su actuar y, con ello, vulneraron los derechos fundamentales a la salud, el diagnóstico, a la vida y a la dignidad humana de la accionante.
112. De igual modo, es importante recordarles a las entidades accionadas que las órdenes médicas deben ser tramitadas e interpretadas bajo un enfoque de derechos humanos y género, sin lugar a discriminaciones de ningún tipo. Los prestadores de servicios en salud no solo deben basar su actividad en la prestación o no del servicio, la atención a su cargo también implica la sensibilidad ante la situación física, mental, económica y social del paciente. Además, en línea con el principio de solidaridad, pilar del Estado Social de Derecho, no es viable plantear trámites administrativos y presupuestales como trabas que desemboquen en la vulneración de derechos fundamentales y, menos aún, cuando se trata de derechos relacionados con la salud y la vida de las personas.
113. Igualmente resulta pertinente reiterar que la garantía del derecho fundamental a la salud se estructura a partir de un modelo de responsabilidades concurrentes entre la Nación y las entidades territoriales, orientado a asegurar que los servicios de salud se presten de

manera oportuna, integral y efectiva a todas las personas que se encuentren en el territorio nacional. Es así, como en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, en la Ley Estatutaria de Salud 1715 de 2015 y en la normativa que regula el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las autoridades departamentales y municipales tienen un papel central en la organización, coordinación y vigilancia de la prestación del servicio público de salud dentro de su jurisdicción.

114. En el caso particular, el Departamento de Casanare, en su calidad de autoridad territorial del sector salud, está llamado a garantizar la prestación de servicios a través de la red pública hospitalaria, incluyendo las Empresas Sociales del Estado (ESE), como ocurre con el HORO, especialmente cuando se trata de población que enfrenta barreras de acceso al aseguramiento o se encuentra en situación de especial vulnerabilidad. Esta competencia se deriva, entre otras disposiciones, de los artículos 43 y 44 de la Ley 715 de 2001, que asignan a los departamentos la responsabilidad de dirigir, coordinar y asegurar la prestación de servicios de salud en su territorio, así como de financiar y garantizar la atención de la población pobre no asegurada y de otros grupos que requieran intervención prioritaria del sistema.

14. Validez de los conceptos médicos emitidos por personal no adscrito a la ESE prestadora del servicio de salud.

115. De otra parte, del ejercicio probatorio se evidencia que posterior a la fecha en la que se interpuso la acción de tutela, la accionante acudió a un médico que no pertenece al HORO como ESE prestadora del servicio de salud, quien la diagnosticó con cáncer de cuello uterino; si bien a esta prueba se hace referencia en el trámite y en la decisión de segunda instancia, se consideró insuficiente por la autoridad judicial para derivar en el amparo a los derechos invocados.

116. Para la Corte Constitucional, por regla general, es la opinión del médico tratante el principal criterio para determinar los insumos y servicios que requiere una persona, teniendo en cuenta el criterio científico y su conocimiento respecto del paciente. Pese a ello esta corporación también ha señalado que ese criterio no es exclusivo, pues en ciertos eventos lo prescrito por un médico particular puede llegar a ser vinculante para las entidades prestadoras del servicio de salud[82]. En ese sentido se ha señalado que la negativa de una EPS a prestar un servicio de salud no puede fundarse exclusivamente en el hecho de que la orden médica provenga de un profesional que no hace parte de su red de prestadores.
117. Para este tribunal un concepto emitido por un médico particular puede ser tenido en cuenta como referente clínico relevante e incluso generar obligaciones para la entidad aseguradora, en este caso la ESE del Departamento de Casanare, si concurren ciertas condiciones mínimas fijadas por la jurisprudencia constitucional[83]. En particular se requiere: (i) que exista una orden o concepto médico claro y específico emitido por un profesional de la salud debidamente acreditado; (ii) que dicho profesional sea idóneo y esté reconocido dentro del sistema de salud; (iii) que el concepto contenga una justificación clínica razonable respecto del diagnóstico, tratamiento o procedimiento requerido; y (iv) que la entidad responsable del aseguramiento no haya desvirtuado ese criterio mediante una valoración médica propia sustentada en razones científicas. Cuando estas condiciones se cumplen, la entidad no puede descartar de plano la recomendación médica, sino que debe evaluarla conforme a criterios técnicos y, de ser necesario, realizar una valoración especializada que permita confirmarla, modificarla o controvertirla, siempre bajo el principio de prevalencia del derecho fundamental a la salud y del criterio médico-científico sobre consideraciones meramente administrativas.
118. Lo anterior, bajo un enfoque de dignidad humana y conservación de la vida, en escenarios en los que se compromete a tal nivel el estado de salud de una persona, primero con una sospecha de una patología grave que requiere la práctica de procedimientos específicos oportunos para diagnosticar la enfermedad y, luego, con el efectivo diagnóstico de la enfermedad catastrófica (cáncer). Ello requiere que las entidades concernidas, incluidas

allí las propias del sistema de salud, tanto como las de la rama judicial que conocieron y comprobaron los hechos, tomen las medidas, acciones y decisiones necesarias y oportunas para la concreción de la protección de los derechos fundamentales afectados.

119. Bajo esa premisa, tanto las entidades accionadas, como las autoridades judiciales en sede de instancia que conocieron la situación sobreviniente en la que se comprobó, por parte del médico tratante particular no vinculado a la ESE accionada, la confirmación del diagnóstico de la accionante con cáncer de cuello uterino, debieron desplegar las acciones correspondientes a fin de asegurar los procedimientos, los insumos y el tratamiento en general que de manera inmediata requería la actora. Su omisión y aún peor su negativa a la orden, autorización y prestación del servicio, constituyen una vulneración agravada de los derechos, teniendo en cuenta su posición de garantes que representan al Estado en sus diferentes funciones, competencias y servicios.

15. Respuesta al primer problema jurídico: El Departamento de Casanare - Secretaría de Salud departamental y el HORO - Hospital Regional de la Orinoquía - ESE vulneraron los derechos fundamentales a la salud, vida digna e integridad física de la accionante

120. Teniendo en cuenta el primer problema jurídico planteado en el fundamento jurídico 30, la Sala considera que la negativa del HORO de autorizar y garantizar la entrega de medicamentos (ácido tranexámico tab x 500 mg # 15 tomar 1 tab cada 8 h por 5 días naproxeno tab x 250 mg # 20 tomar 1 tab cada 12 horas), como realizar los exámenes requeridos para el diagnóstico (test de VPH prioritario, RMN pélvica con contraste prioritario) y la correspondiente valoración médica para establecer el tratamiento a seguir (valoración por ginecología prioritario ambulatorio, sumado al plan de manejo externo por interconsulta, en el que se solicita resonancia magnética de abdomen rutinario y de pelvis con contraste prioritario), desconoce los derechos fundamentales a la salud, a la vida en condiciones dignas y a la integridad física de la accionante, conclusión que se sustenta en tres razones.

121. En igual sentido, respecto del Departamento de Casanare, la vulneración identificada se origina en la negativa de asumir los costos derivados de la atención ampliada en salud requerida para el diagnóstico y eventual tratamiento de una patología oncológica (cáncer de cuello uterino) en una mujer migrante en situación irregular. A ello se suma la insuficiente articulación de la red pública hospitalaria para garantizar la práctica oportuna de estudios diagnósticos prioritarios, así como la ausencia de rutas o lineamientos operativos que permitan asegurar la atención de enfermedades catastróficas en población migrante no regularizada, pese a las competencias que el ordenamiento jurídico asigna a las entidades territoriales para que, a través de su secretaría de salud, asegure los mecanismos necesarios para responder a las necesidades asistenciales de la población, incluyendo a quienes no se encuentran afiliados al sistema o enfrentan barreras administrativas para acceder a los servicios, todas estas, obligaciones de las entidades territoriales contenidas entre otras normas en la Ley 715 de 2001.

122. *Primero, el derecho a la salud de migrantes, no regularizados, tiene protección constitucional al tratarse de personas en estado de vulnerabilidad manifiesta.* Para la Sala, los derechos a la vida en condiciones dignas y el derecho fundamental a la salud de la accionante, dada su condición de migrante, aun cuando no se encuentre regularizada, gozan de protección constitucional reforzada, teniendo en cuenta que concurren condiciones de vulnerabilidad manifiesta y que para la realización plena de estos, en los casos en los que se requiere acceder al Sistema de Seguridad Social en Salud, la titularidad de aquellos no se agota con la adscripción formal al sistema, ni puede supeditarse, de manera automática, a exigencias administrativas que, en los hechos, tornen ilusorio el acceso efectivo a la atención requerida.

123. *Segundo, la atención de urgencias a migrantes puede incluir procedimientos y tratamientos cuando se trate de enfermedades catastróficas, garantizando servicios de salud con acceso integral, oportuno y de calidad*^[84]. En esa dirección, la Corte Constitucional ha precisado que, frente a enfermedades ruinosas o catastróficas, la

garantía estatal de la salud no se restringe a “preservar signos vitales” ni a prestaciones mínimas, sino que comprende la atención requerida más allá de la urgencia, en este caso, la práctica de exámenes de laboratorio especializados, como de procedimientos y valoración médica, incluida la dimensión paliativa, desde un enfoque de derechos humanos y dignidad, incluso respecto de migrantes no regularizados como la accionante. Por ello, resulta constitucionalmente inadmisibile que se le hayan negado servicios ordenados por el médico tratante con fundamento exclusivo en la falta de afiliación o de documentos migratorios, máxime cuando la orden médica, que se constata en la historia clínica anexa al expediente, tiene como finalidad diagnosticar y emitir un concepto médico sobre el tratamiento a seguir de una enfermedad que compromete de manera grave la salud, vida e integridad física de la accionante, debido al diagnóstico que presenta de “cáncer de cuello uterino”, la cual tiene esa calificación de acuerdo a la normativa vigente del Ministerio de Salud y Protección Social, como se advirtió en el acápite de pruebas.

124. En ese sentido, la ESE a cargo de la atención médica de la accionante (HORO) como la entidad territorial de la que depende, debió brindar una atención médica lo que implica “emplear todos los medios necesarios y disponibles para estabilizar la situación de salud del paciente, preservar su vida y atender sus necesidades básicas”^[85], pero también debió incluir en su atención los procedimientos y exámenes dirigidos a garantizar un diagnóstico efectivo frente a la sospecha inicial de una enfermedad catastrófica como el cáncer de cuello uterino, siendo esta una intervención urgente y, por lo tanto, indispensable, sin que pudiese retrasarse o negarse sin poner en riesgo la vida de la accionante^[86].

125. *Tercero, la atención en salud debe garantizar los principios de integralidad y continuidad del derecho a la salud a migrantes en territorio colombiano.* Para la Sala, tanto la integralidad como la continuidad en el derecho a la salud se comprometieron de manera grave en el caso bajo estudio, por cuanto el HORO negó la ejecución de las órdenes médicas prescritas a la accionante, las cuales tenían como finalidad la entrega de medicamentos, la práctica de exámenes de laboratorio y de procedimientos dirigidos a definir un diagnóstico respecto de la sospecha inicial de cáncer de cuello uterino, lo cual

interrumpe la atención debida en un caso que médicamente requiere respuesta rápida y efectiva, dada la urgencia y el posible impacto de la enfermedad, que pone en riesgo la salud y vida de la actora.

126. Esa interrupción deja en suspenso, sin certeza de plazo establecido y hasta que se acredite la regularización administrativa de la accionante en Colombia y su consecuente afiliación al sistema de salud, la garantía efectiva de acceso a las prestaciones de salud, en un caso, en el que se requiere dar continuidad a la valoración y atención médica; lo anterior por cuanto la enfermedad puede ser tratada de manera efectiva si se realiza un diagnóstico temprano, que impida avances y deterioro irreversible de la salud de la paciente, tal y como lo ha logrado establecer la academia y las asociaciones médicas en varios estudios médicos sobre el tratamiento del cáncer de cuello uterino[87].
127. Al respecto, resulta indispensable llamar la atención al juez de segunda instancia que decidió la impugnación en este expediente, en la medida en que, pese a contar dentro del acervo probatorio con un documento aportado por la accionante consistente en una **valoración médica** (de carácter particular) en la que se confirma un **tumor maligno de exocérvix (cáncer de cuello uterino)**, optó por **confirmar** la decisión del a quo que negó el amparo. Esa determinación evidencia un déficit de motivación y el desconocimiento en cuanto aplicar el estándar constitucional por, al menos, tres razones.
128. **En primer lugar, existe un desconocimiento del deber de valoración probatoria en tutela (prevalencia de lo sustancial).** En efecto, en materia de tutela la decisión judicial debe orientarse por el principio de **prevalencia del derecho sustancial** y por la obligación de realizar una valoración **integral y razonable** de los elementos de juicio disponibles, especialmente cuando se trata de un asunto de salud que compromete la vida digna, la integridad personal y el goce efectivo de un derecho fundamental. En ese marco, la existencia de un soporte médico que indica una patología oncológica no podía ser tratada como un elemento marginal o irrelevante: imponía, por el contrario, activar el estándar reforzado de análisis propio de los casos de **alto riesgo**, que exige verificar de

manera concreta la necesidad clínica, la urgencia de la atención y el impacto que una negativa o dilación tendría sobre el pronóstico de la paciente.

129. **En segundo lugar, la aplicación del estándar de procedencia cuando está comprometida la salud es defectuosa.** La jurisprudencia constitucional ha sido consistente en señalar que cuando se acreditan indicios serios de una afectación grave a la salud, y con mayor razón ante un diagnóstico de cáncer, el juez de tutela no puede limitarse a formalidades ni a apreciaciones abstractas sobre la existencia de otros mecanismos de defensa. Debe entonces examinar si tales mecanismos son **idóneos y eficaces** para brindar protección oportuna, y si la ausencia de intervención judicial inmediata expone a la accionante a un perjuicio irreparable. En escenarios oncológicos, la tutela adquiere especial relevancia por el componente de **oportunidad y continuidad** del tratamiento, por lo que, diferir la protección por consideraciones formales puede equivaler, en la práctica, a una denegación del derecho.

130. **En tercer lugar, se evidencia una falta de enfoque de igualdad y protección reforzada en el caso de una mujer migrante.** De acuerdo con los estándares constitucionales de **igualdad material**, el juez debió considerar que la accionante, por su condición de mujer y migrante (y eventualmente por barreras de aseguramiento y acceso), enfrenta riesgos de exclusión y obstáculos administrativos que incrementan su situación de vulnerabilidad y exigen un examen más estricto de razonabilidad. En este contexto, el diagnóstico aportado obligaba a ponderar si la negativa de amparo perpetuaba una forma de **discriminación material**, al restringir la atención a mínimos (ej. atención de urgencias) e impedir el acceso a una ruta integral (confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento), incompatible con el contenido esencial del derecho a la salud.

131. En suma, la confirmación del fallo denegatorio, pese a la existencia de un soporte médico que acreditaba una enfermedad de alta gravedad, refleja un desconocimiento de la jurisprudencia constitucional sobre (i) la prevalencia del derecho sustancial en tutela, (ii) el

alcance del principio de dignidad humana no puede entenderse como una noción meramente abstracta, pues su contenido debe interpretarse a partir de las condiciones concretas en las que las personas desarrollan su vida, atendiendo a las circunstancias materiales, sociales y personales que inciden en el ejercicio efectivo de sus derechos. De esta manera, la dignidad humana se proyecta como un estándar jurídico que exige valorar cada situación en su contexto específico, con el fin de asegurar que las actuaciones del Estado garanticen condiciones reales de respeto y que en el caso de migrantes tiene una protección reforzada, (iii) la protección reforzada del derecho fundamental a la salud en casos de patologías graves o catastróficas y (iv) el deber de adoptar un enfoque de igualdad material frente a sujetos en condiciones de vulnerabilidad. Por ello, la decisión cuestionada resulta incompatible con el estándar constitucional y justifica que el juez de revisión **revoque** la negativa y adopte medidas orientadas a garantizar una atención **integral, oportuna y continua**.

16. La corresponsabilidad para acceder a la afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS

17. La Sala destaca que, durante el trámite de revisión de la acción constitucional, Migración Colombia informó que a la fecha la accionante no ha iniciado algún trámite administrativo de los previstos en la ley para regularizar su estatus migratorio. En este contexto, la jurisprudencia constitucional ha señalado que, si bien el Estado debe garantizar la protección del derecho fundamental a la salud de las personas migrantes, especialmente cuando se trata de situaciones que comprometen la vida, la integridad o la dignidad humana, también existe un principio de corresponsabilidad, conforme al cual las personas extranjeras deben adelantar las gestiones necesarias para regularizar su estatus y facilitar su vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En ese sentido, en concordancia con el deber de corresponsabilidad en cabeza de las personas migrantes, la Sala considera pertinente instar a la accionante para que, en la medida de lo posible, inicie los procedimientos de regularización migratoria establecidos por la ley. A su vez, y en aplicación del principio de coordinación institucional, se ordenará a Migración Colombia y a las autoridades territoriales competentes brindar la información, orientación y acompañamiento necesarios para que la accionante pueda adelantar dichos trámites, de manera que se facilite su acceso pleno y continuo al sistema de salud.

17. **Respuesta al segundo problema jurídico: El Ministerio de Salud y Protección Social incurrió en una omisión estatal de carácter estructural respecto a lineamientos, implementación y seguimiento en la atención en salud de migrantes con enfermedades catastróficas que exigen atención integral y continua, bajo un enfoque de derechos de protección a la vida y a la dignidad humana.**
133. Del acervo probatorio se desprende que tanto el **HORO**, que brindó la atención por urgencias, como la **Gobernación de Casanare - Secretaría de Salud** asumieron que la accionante **no podía exigir** la atención especializada y ambulatoria ordenada médicamente, bajo el argumento de que su condición de **migrante no regularizada** le impedía afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud y, por ende, restringía su acceso a prestaciones exclusivamente de **urgencias**.
134. Esta interpretación resulta constitucionalmente incompatible con el ordenamiento superior, en la medida en que transforma la irregularidad migratoria en un factor de exclusión material que disminuye injustificadamente el nivel de protección de derechos fundamentales como la vida digna, la integridad física y la salud. En efecto, el goce efectivo de estas garantías no puede entenderse satisfecho mediante intervenciones aisladas o meramente episódicas, cuando la situación de especial vulnerabilidad de la persona migrante, sumada a la naturaleza de su condición clínica, demandan una respuesta sanitaria integral que comprenda diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y continuidad en la atención.
135. Conforme con el principio de dignidad humana, las autoridades y entidades del sistema de salud están obligadas a evitar que la situación migratoria se convierta en una barrera que restrinja el acceso efectivo a los servicios necesarios para preservar la vida y la integridad personal. Esta comprensión resulta constitucionalmente problemática, por cuanto

convierte la irregularidad migratoria en un criterio de **exclusión material** y de reducción del estándar de protección de los derechos fundamentales. En particular, en supuestos de riesgo grave para la salud y la vida, el deber de protección impone remover barreras administrativas y asegurar una respuesta **oportuna, integral y continua**, de modo que el acceso efectivo no quede condicionado a la situación migratoria ni a debates internos sobre aseguramiento o financiación.

136. A lo anterior se suma que, según el expediente, tanto en sede de instancia como en revisión, el **Ministerio de Salud y Protección Social** no aportó una respuesta sustantiva frente a los hechos y pruebas trasladadas, ni atendió el **cuestionario específico** formulado por esta corporación mediante auto de decreto de pruebas, orientado a esclarecer la existencia de protocolos, rutas, guías o mecanismos de coordinación para la atención integral de personas migrantes con necesidades que exceden urgencias.
137. En efecto, la intervención ministerial se limitó a allegar poder para actuar y a remitir una resolución con anexos sobre procedimientos y tecnologías financiados con cargo a la UPC, sin pronunciarse sobre el núcleo del problema constitucional planteado. Esto se sitúa en un déficit institucional que termina trasladando a la accionante, sujeto de especial protección, las consecuencias de la desarticulación, perpetuando barreras que afectan de manera desproporcionada a la población migrante en el acceso efectivo a la salud.
138. **De acuerdo con lo anterior, bajo la necesidad de direccionamiento del sistema, se resaltan los siguientes hechos relevantes acreditados en el expediente:**(i) la accionante, mujer migrante, cuenta con soporte médico que confirma una patología oncológica (cáncer de cuello uterino), condición que demanda atención **más allá de urgencias**, con continuidad diagnóstica, terapéutica y de seguimiento; (ii) en el trámite se evidencian dificultades persistentes para acceder a esa ruta integral, que no se explican por una sola actuación puntual sino por **obstáculos administrativos y de coordinación**; y (iii) pese a que el proceso incorporó requerimientos específicos al

ministerio orientados a establecer la existencia y operatividad de **protocolos, guías, rutas y asistencia técnica** para entidades territoriales y su red pública en atención de migrantes con enfermedades catastróficas, **no obra en el expediente respuesta de fondo al cuestionario planteado**, ni evidencia verificable sobre mecanismos efectivos de coordinación implementados para el caso.

139. **Lo anterior muestra una insuficiencia constitucional respecto de la “existencia formal” de resoluciones o reglas generales.** La Sala advierte que la sola referencia a que “existen” algunas resoluciones o disposiciones sobre atención a población migrante, sin acreditación de **instrumentos operativos** que orienten a los territorios en escenarios de alto costo, resulta insuficiente para descartar la vulneración. En asuntos de salud, particularmente tratándose de patologías catastróficas, la garantía constitucional exige algo más que marcos normativos generales: requiere **rutas concretas**, responsables definidos, criterios de priorización clínica, mecanismos de referencia y contrarreferencia, canales de escalamiento ante barreras, y reglas claras de seguimiento y financiación cuando ello sea determinante para la continuidad. De lo contrario, la normatividad se convierte en una garantía meramente nominal, mientras que la persona, en la práctica, queda sometida a una atención fragmentaria e intermitente, incompatible con los principios de integralidad y continuidad que rigen la atención del derecho de acceso a servicios de salud.
140. **De acuerdo con lo alegado por la accionante, se evidencia una conexión causal entre la falla estructural y la afectación concreta de la accionante.** La afectación de la accionante no proviene únicamente de una negativa aislada de una IPS o de un trámite puntual, sino del funcionamiento agregado de múltiples puntos de decisión (valoración, remisión, programación diagnóstica, acceso a especialidad, inicio de tratamiento, seguimiento) que requieren coordinación. Cuando el ente rector no provee lineamientos operativos claros, o no los hace exigibles mediante asistencia técnica, seguimiento y corrección, los territorios con alta presión asistencial tienden a gestionar el riesgo mediante respuestas de mínimo estándar, lo que para patologías como el cáncer de cuello uterino como la que ha sido diagnosticada para la accionante, se traduce

en **demoras, fragmentación y ruptura de continuidad**, con impacto directo en el pronóstico y en la vida digna. En ese contexto, la condición migratoria opera como factor de desigualdad material: no porque el sistema la enuncie como causal explícita, sino porque el déficit de coordinación termina afectando de forma **desproporcionada** a quien carece de redes, enfrenta barreras documentales o depende de la red pública.

141. A partir de lo anterior, la Sala concluye que el **Ministerio de Salud y Protección Social**, en su condición de ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, **configuró una omisión estatal de carácter estructural** que vulnera los derechos fundamentales a la vida, a la vida en condiciones dignas y a la salud de la accionante, como de las demás personas que se encuentran en iguales o similares condiciones de vulnerabilidad manifiesta (migrantes en situación irregular con enfermedades catastróficas que requieren atención en salud inmediata) al no acreditar, pese a requerimiento judicial específico, la existencia y, sobre todo, la **implementación efectiva** de lineamientos operativos, rutas, protocolos y mecanismos de coordinación y asistencia técnica dirigidos a orientar a las entidades territoriales y a la red pública en la atención integral, continua y oportuna de **personas migrantes con enfermedades catastróficas**. Esta omisión, en el caso concreto, contribuyó a que la atención quedara expuesta a barreras administrativas y a desarticulación institucional, con riesgo grave para la vida, la salud y la integridad personal de la accionante, y con impacto discriminatorio en términos de igualdad material.

142. En ese contexto, la Sala recuerda que las vulneraciones a derechos fundamentales no solo se configuran a partir de actos directos de exclusión, sino también por omisiones institucionales, ineficiencias estructurales o déficits de coordinación que impactan de manera diferenciada a grupos históricamente marginados o en condición de vulnerabilidad reforzada, como ocurre con la población migrante. La jurisprudencia constitucional ha señalado que, cuando la afectación deriva de fallas sistémicas que trascienden el caso individual, el juez de tutela se encuentra habilitado para adoptar órdenes de mayor complejidad o estructurales, orientadas no solo a reparar la situación concreta sino a prevenir su repetición y a garantizar la eficacia real del derecho fundamental

comprometido. En decisiones como la Sentencia T-760 de 2008 y la Sentencia T-025 de 2004, esta Corporación ha reconocido que la intervención judicial puede incluir lineamientos de coordinación, seguimiento y ajuste institucional cuando la vulneración se explica por barreras generalizadas que impiden el acceso efectivo al sistema de salud[88].

143. En igual sentido, esta Corte ha señalado que el derecho fundamental a la salud incorpora el acceso a información, orientación y acompañamiento institucional, especialmente tratándose de sujetos que enfrentan barreras administrativas o documentales para acceder a servicios esenciales. En decisiones como la Sentencia SU-508 de 2020 y la Sentencia T-236 de 2021[89], se ha enfatizado que el enfoque de igualdad material exige que las autoridades adopten medidas activas para remover obstáculos que perpetúan la exclusión, más aún cuando confluyen factores de género, migración y condiciones de salud de alto riesgo.
144. En ese marco, la ausencia de protocolos operativos, rutas claras de atención o mecanismos de asistencia técnica para migrantes con enfermedades catastróficas configura un déficit institucional que habilita la intervención del juez de tutela mediante órdenes que orienten la acción estatal hacia la garantía efectiva del derecho. Limitar la decisión a una respuesta meramente individual desconocería el carácter preventivo y transformador del control constitucional; por el contrario, corresponde al juez impartir medidas razonables y proporcionadas dirigidas a clarificar responsabilidades, fortalecer la coordinación entre Nación y entidades territoriales y asegurar la continuidad del tratamiento conforme a los principios de integralidad, oportunidad y dignidad humana, evitando así que la irregularidad migratoria se traduzca en una forma de exclusión material[90].
145. En consecuencia, todavez que la formulación de políticas, lineamientos y protocolos en materia de atención en salud para población migrante corresponde a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en particular al Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales, conforme lo establecido

en la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), la Ley 2136 de 2021 y las demás disposiciones que regulan el acceso a los servicios de salud en el país, esta Sala exhortará al Ministerio de Salud y Protección Social para que, en el marco de sus funciones constitucionales y legales, adopte actuaciones específicas y realice acciones generales de pedagogía sobre esta decisión con el fin de cerrar brechas en el acceso a urgencias del sistema de seguridad social en salud para la población migrante en estancia irregular.

18. Órdenes

146. Así las cosas, la Sala Cuarta de Revisión: (i) revocará los fallos de primera y segunda instancia. En su lugar, amparará los derechos a la salud en su faceta de diagnóstico, a la integridad personal y a la vida digna de *Paola*.
147. Asimismo, (ii) ordenará al HORO – Hospital Regional de la Orinoquía con sede en Yopal, Casanare, que, en coordinación y solidariamente con el Departamento de Casanare adopten, en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, las medidas necesarias para que se realice un diagnóstico completo de la situación de salud de la accionante; se adelante una valoración médica de la atención que pueda llegar a necesitar y se garantice la prestación de los servicios que el médico tratante considere necesarios para atender su estado de salud. Por ello, no se podrá negar el acceso a los servicios que se requieran derivados de la situación de salud de la accionante. Los costos de las atenciones en salud que sean brindadas serán cubiertos directamente por el Departamento y, complementariamente, de ser necesario, con la colaboración del orden nacional, según lo dispuesto por el ordenamiento constitucional y legal vigente.
148. En relación con la situación migratoria de la accionante, la Sala considera necesario adoptar medidas orientadas a asegurar no solo la protección inmediata de sus derechos

fundamentales, sino también la garantía de condiciones que permitan el acceso pleno y sostenido al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Si bien la jurisprudencia constitucional ha reconocido que las personas migrantes, incluso en situación irregular, son titulares del derecho fundamental a la salud y deben recibir atención cuando se encuentren comprometidos la vida, la integridad o la dignidad humana, también ha señalado que existe un deber de corresponsabilidad por parte de las personas extranjeras en cuanto adelantar los trámites que permitan la regularización de su estatus migratorio y su posterior vinculación al sistema de aseguramiento.

149. En ese contexto, la Sala estima procedente instar a la accionante para que inicie las gestiones necesarias encaminadas a regularizar su situación migratoria en el territorio nacional, lo cual permitirá facilitar su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y asegurar la continuidad de la atención médica que requiere.
150. A su vez, en atención a los principios de coordinación institucional y de garantía efectiva de los derechos fundamentales, resulta necesario disponer que las autoridades competentes, en particular el Ministerio de Salud y Protección Social, Migración Colombia y el Departamento de Casanare, brinden la orientación, información y acompañamiento necesarios para que la accionante pueda adelantar dichos trámites. De esta manera, se busca remover las barreras administrativas que puedan obstaculizar el acceso efectivo al sistema de salud y asegurar que la protección otorgada en esta providencia se proyecte hacia una solución institucional estable que permita garantizar la atención integral de la accionante.
151. Además, (iii) exhortará al Ministerio de Salud y Protección Social para que en el término de seis (6) meses a partir de la notificación de este fallo, en el marco de sus funciones constitucionales y legales, realice acciones generales de pedagogía sobre esta decisión y difunda las obligaciones que ha desarrollado la jurisprudencia constitucional en el sentido de la obligatoriedad de prestar los servicios médicos que sean considerados y catalogados como urgentes por los médicos tratantes de migrantes en situación irregular

que padecen de enfermedades catastróficas, incluidos los necesarios para su correcto diagnóstico. En línea con ello (iv) exhortará al Departamento de Casanare para que brinde la atención de urgencias requerida, en los casos de enfermedades de naturaleza catastrófica, a través de la red pública de servicios, de acuerdo con los lineamientos médicos y jurídicos, de tal forma que no se pongan en riesgo los derechos fundamentales de las personas que acuden a sus servicios.

152. En atención a que, como se ha advertido, la situación analizada trasciende el caso concreto y evidencia una problemática estructural del sistema de salud en el contexto de la atención a población migrante en territorio colombiano, caracterizada por falencias en la capacidad de respuesta institucional de las entidades territoriales responsables de la prestación del servicio, se dispondrá (i) remitir copia de la presente sentencia a la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, para lo de su competencia. Esta decisión se fundamenta en que dicho escenario de seguimiento aborda asuntos estructurales del sector salud, incluidos aspectos financieros como la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y los Presupuestos Máximos, elementos que deberán ser considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del exhorto formulado en esta providencia.

153. Asimismo, atendiendo a la naturaleza estructural de las dificultades expuestas por la accionante y a las funciones constitucionales y legales de vigilancia, seguimiento y control asignadas a la Procuraduría General de la Nación, se ordenará remitirle copia de esta decisión para que realice el seguimiento al cumplimiento de las órdenes impartidas en la presente sentencia.

1. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional,

administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

PRIMERO. - REVOCAR, por las razones señaladas en esta providencia, la sentencia del 15 de julio de 2025 proferida por el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Yopal, Sala Única de Decisión, la cual confirmó el fallo de primera instancia del 5 de junio de 2025 del Juzgado 002 Laboral del Circuito de Yopal, Casanare, que negó el amparo de los derechos fundamentales de la actora. En su lugar, **AMPARAR** los derechos fundamentales a la salud en su faceta de diagnóstico, a la integridad personal y a la vida digna de *Paola*.

SEGUNDO.- ORDENAR al HORO – Hospital Regional de la Orinoquía con sede en el Municipio de Yopal que, en coordinación y solidariamente con el Departamento de Casanare adopten, en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, las medidas necesarias, adecuadas y suficientes para que *i)* se realice un diagnóstico completo de la situación de salud de la accionante; *ii)* se adelante una valoración médica de la atención que pueda llegar a necesitar aquella y *iii)* se garantice la prestación de los servicios que el médico tratante considere urgentes para atender su estado de salud. Por ello, no se podrá negar el acceso a los servicios que se requieran derivados de los riesgos a que está expuesta la actora. Los costos de las atenciones en salud que sean brindadas serán cubiertos directamente por el Departamento y, complementariamente, de ser necesario, con la colaboración del orden nacional, según lo dispuesto por el ordenamiento constitucional y legal vigente.

TERCERO. - ORDENAR al Departamento de Casanare que, en un término de treinta (30) días, adopte y socialice un protocolo operativo circular/lineamiento interno) para la atención de enfermedades catastróficas o de alto costo en población migrante, que incluya como mínimo: (i) criterios de priorización clínica, (ii) pasos de referencia/contrarreferencia con

tiempos máximos, (iii) designación de un referente (gestor/a) para casos de alto riesgo, (iv) canal único de escalamiento de barreras, y (v) directrices explícitas para evitar que la condición migratoria se traduzca en negación de continuidad.

CUARTO. -ORDENAR al Departamento de Casanare que, dentro de cuarenta y cinco (45) días siguientes a la notificación de esta providencia, elabore y remita al Ministerio de Salud y Protección Social: (i) un mapa de oferta disponible para diagnóstico y tratamiento oncológico (incluyendo red habilitada y tiempos promedio) y (ii) una caracterización mínima de barreras recurrentes para población migrante en alto costo.

QUINTO. -INSTAR a *Paola* para que regularice su situación migratoria en el territorio colombiano y pueda acceder a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SEXTO. -ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social, a Migración Colombia y al Departamento de Casanare que asistan a *Paola* en la materialización de la orden prevista en el numeral quinto de esta sentencia. Especialmente, en el marco de sus competencias, deberán informar, guiar y acompañar a la ciudadana venezolana *Paola* para que en el término de un (1) mes siguiente a la notificación de esta providencia, si aún no lo ha hecho, inicie los trámites legales correspondientes que le permitan regularizar, cómo es su obligación, la situación migratoria en el territorio nacional y, consecuentemente, lograr su vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a fin de acceder a una atención integral en salud.

SEPTIMO. - EXHORTAR al Ministerio de Salud y Protección Social para que, dentro del término de seis (6) meses contados a partir de la notificación de esta providencia y en el marco de sus competencias constitucionales y legales, adopte las medidas necesarias para fortalecer la implementación territorial de las reglas jurisprudenciales relativas a la garantía del derecho fundamental a la salud de la población migrante, en particular, aquellas que

imponen la prestación oportuna, integral y continua de los servicios que, conforme al criterio del médico tratante, resulten urgentes o indispensables para la preservación de la vida y la integridad personal, aun tratándose de personas en situación migratoria irregular que padezcan enfermedades de alta complejidad.

En desarrollo de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá: (i) diseñar e implementar estrategias de capacitación y difusión dirigidas al talento humano en salud y al personal administrativo de las entidades territoriales y prestadores de servicios, orientadas a la correcta aplicación de la jurisprudencia constitucional en la materia; (ii) revisar y, de ser necesario, ajustar los lineamientos regulatorios vigentes sobre atención en salud a población migrante, incorporando un enfoque diferencial que garantice la continuidad asistencial y la eliminación de barreras administrativas; y (iii) establecer mecanismos de asistencia técnica y acompañamiento institucional a las entidades territoriales receptoras con alta presión asistencial, con el propósito de fortalecer la coordinación interinstitucional, optimizar los tiempos de atención y asegurar la adecuada implementación de las rutas integrales de atención. Para tal efecto, deberá contemplar, entre otras acciones, la elaboración de una guía breve de implementación territorial para la ruta integral de atención en cáncer en población migrante, regular o irregular, con énfasis en los procesos de referencia y contrarreferencia y en la continuidad del tratamiento.

OCTAVO. - EXHORTAR al Departamento del Casanare para que brinde la atención de urgencias requerida, en los casos de enfermedades de naturaleza catastrófica, a través de la red pública de servicios, de acuerdo con los lineamientos médicos y legislativos, de tal forma que no se pongan en riesgo los derechos fundamentales de las personas que acuden a sus servicios.

NOVENO. REMITIR copia íntegra de la presente sentencia a la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, para lo de su competencia, en atención a que los hechos analizados evidencian posibles problemáticas estructurales en la

garantía del derecho fundamental a la salud, relacionadas con la atención a población migrante y con aspectos de sostenibilidad financiera del sistema, incluidos la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y los Presupuestos Máximos.

DÉCIMO. OFICIAR a la Defensoría del Pueblo para que, en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales brinde acompañamiento institucional a la accionante para el efectivo cumplimiento de esta providencia.

DÉCIMO PRIMERO. OFICIAR a la Procuraduría General de la Nación para que, en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales de vigilancia preventiva, seguimiento y control disciplinario realice el seguimiento al cumplimiento de las órdenes impartidas en esta providencia.

DÉCIMO SEGUNDO. LÍBRENSE las comunicaciones previstas por el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí establecidos.

JUAN CARLOS CORTÉS GONZÁLEZ

Magistrado

LINA MARCELA ESCOBAR MARTÍNEZ

Magistrada

VLADIMIR FERNÁNDEZ ANDRADE

Magistrado

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ

[1] El Acuerdo 05 del 10 de diciembre de 2025 definió la nueva composición de las Salas de Revisión de Tutela de la Corte Constitucional, a partir del 11 de enero de 2026. Específicamente, la Sala Cuarta de Revisión, que corresponde a la anterior Sala Segunda, quedó conformada de la siguiente manera: magistrado Juan Carlos Cortés González (quien la preside), magistrada Lina Marcela Escobar Martínez y magistrado Vladimir Fernández Andrade.

[2] «Artículo 62. Publicación de providencias. En la publicación de sus providencias, las Salas de la Corte o el magistrado sustanciador, en su caso, podrán disponer que se omitan nombres o circunstancias que identifiquen a las partes».

[3] Cabe advertir en este aparte, que si bien en el escrito de tutela la accionante refirió que de acuerdo con el diagnóstico médico inicial se requerían exámenes, procedimientos y consultas por una sospecha de cáncer de cuello uterino, durante el trámite de impugnación de la decisión de primera instancia la accionante adjuntó como elemento probatorio un diagnóstico médico proferido por un profesional de la salud particular en el que se había confirmado el diagnóstico de cáncer de cuello uterino, como se deja claro en el acápite de las

decisiones de instancia.

[4] Expediente digital, archivo “02Anexos.pdf”, págs. 9-12: “ANÁLISIS: PACIENTE DE 42 [c1.1]AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLÍNICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN SANGRADO VAGINAL Y DOLOR DE INTENSIDAD MODERADA EN HIPOGASTRIO. AL EXAMEN FISICO ABDOMEN DEPRESIBLE SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, ESPECULOSCOPIA CERVIX MACROSCOPICAMENTE SANO, OCE PUNTIFORME CON ESCASO SANGRADO NO FETIDO. CUENTA CON PARACLÍNICOS INSTITUCIONALES DEL 02/03/2025 HEMOGRAMA DEL 02/03/2025 NORMAL SIN LEUCOCITOSIS NI ANEMIA, FUNCION RENAL NORMAL, TIEMPOS DE COAGULACION NORMALES, ECO TV CON IAMGEN EN CERVIX DE 24*21 MM SUGESTIVA DE NEOPLASIA, TAC ABDOMEN CON CONTRASTE CON ENGROSAMIENTO INESPECIFICO DEL CERVIX INFLAMATORIO VS NEOPLASICO, HIDROSALPINX DERECHO, AL EXAMEN FISICO SIN MASA VISIBLE EN CERVIX SUSCEPTIBLE DE BIOPSIA, SE CONSIDERA PACIENTE EN EL MOMENTO SIN CRITERIOS DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO, REQUIERE ESTUDIOS DE EXTENSION COMPLEMENTARIOS Y PRIORITARIOS DE FORMA AMBULATORIA, CONTROL CON GINECOLOGIA EN EPS PRIORITARIA. SE EXPLICAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.”

[5] *Ibidem*, págs. 13-16.

[6] https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/info_general_cuellouterino.aspx

[7] *Ibidem*, págs. 1-8.

[8] Expediente digital, archivo “AUTO_ADMITE.pdf”.

[9] El Ministerio de Salud y Protección Social guardó silencio.

[10] Expediente digital, archivo “12autoresuelveimpugnación.pdf”.

[11] Expediente digital, archivo “001sala a – auto sala de selección 31-oct-25 notificado 18-nov-25.pdf”.

[12] Expediente digital, archivo

“003Informe_Reparto_Auto_31_Oct-2025_Juan_Carlos_Cortes_Gonzalez.pdf”.

[13] Expediente digital, archivo “004 T-11465527 Auto de Pruebas 09-Dic-2025 NOMBRES REALES.pdf”

[14] i) oficiar a la accionante a fin de resolver el cuestionario dirigido a conocer la actual situación que motivó la acción de tutela, sus redes de apoyo y situación socioeconómica y si por los mismos hechos y con sustento en la misma orden médica ha interpuesto otras acciones de tutela. (ii) Oficiar a la Secretaría de Salud del Departamento de Casanare y al HORO – Hospital Regional de la Orinoquía, a fin de resolver el cuestionario dirigido a indicar el tipo de atención prestada a la accionante, fecha y lugar de atención, profesionales de la salud a cargo de la accionante, procedimientos, medicamentos y demás intervenciones diagnósticas o terapéuticas efectuadas, como aquellas ordenadas por el médico tratante; así como si se ha negado algún tipo de atención, las razones para su negativa y si cuenta con protocolos, lineamientos, rutas de atención o mecanismos institucionales para la prestación de servicios de salud a migrantes en condición irregular en territorio colombiano y el contenido de los mismos. (iii) Oficiar al Ministerio de Relaciones Exteriores – Migración Colombia, a fin de resolver el cuestionario dirigido a conocer si se cuentan con registros, reportes o antecedentes que indiquen alguna atención a la accionante, las gestiones y trámites realizados, el estado de los mismos, así como la situación actual migratoria de la accionante, y los mecanismos de articulación, coordinación interinstitucional o rutas operativas destinadas a garantizar la atención en salud de personas migrantes cuya regularización migratoria se encuentra en trámite. (iv) Oficiar al Ministerio de Salud y Protección Social, a fin de resolver el cuestionario dirigido a conocer en detalle el marco normativo vigente para la atención en salud de las personas migrantes en situación irregular, las rutas de atención integral para mujeres migrantes con diagnósticos graves o potencialmente catastróficos como el cáncer de cuello uterino, si existe algún tipo de orientación hacia departamentos, municipios o IPS sobre la continuidad en el tratamiento de migrantes irregulares, entre otras inquietudes que plantea la accionante y que están relacionadas con la misión y funciones del Ministerio de Salud y Protección Social. (iv) Por último oficiar a los jueces de instancia para que suministren el enlace de consulta de los expedientes de tutela.

[15] Expediente digital, archivo “02Anexos.pdf”, págs. 9-12

[16] Expediente digital, archivo *"T-11465527_Constancia_Consulta_Base_Datos.pdf"*. El 25 de febrero de 2025 se practicó la búsqueda en base de datos respecto de la accionante, la cual permite concluir que no existe información sobre el estado de afiliación de la accionante al SGSSS.

[17] Allegó escritos del 13 de junio de 2024 (Expediente digital, archivos *"33_029 Rta. Centro de Neurodesarrollo La Esperanza.pdf"* y *"59_055 Rta. Centro de Neurodesarrollo La Esperanza (después de traslado).pdf"*) y del 17 de julio de 2024 (Expediente digital, archivo *"47_043 Rta. Centro de Neurodesarrollo La Esperanza.pdf"*).

[18] "Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)" del 30 de diciembre de 2025.

[19] En dicha Resolución se incorpora el listado de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC y el listado de procedimientos de laboratorio clínico financiados con recursos de la UPC, de los que cabe resaltar lo siguiente en relación con el caso objeto de pronunciamiento: (i) el artículo 19 de la citada resolución se establece que: "Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contemplados en el presente acto administrativo para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad o género, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigentes". (ii) Por su parte, el artículo 63 de la mencionada resolución establece que: "Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todas las tecnologías en salud y servicios contenidos en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana, según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género, para tales efectos, deberá articularse con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes". (iii) En cuanto a los anexos de la citada resolución se evidencia que en anexo 2 que corresponde al listado de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC (página 76), se encuentra en el numeral 88.3.4. la "Resonancia magnética de abdomen y pelvis".

[20] La entidad allegó escritos fechados el 14 de junio de 2024 (Expediente digital, archivo *"38_034 Rta. Ministerio de Educación I.pdf"*) y el 14 de agosto de 2024 (Expediente digital,

archivo “45_041 Rta. Ministerio de Educación (después de traslado).pdf”).

[21] De acuerdo con lo establecido en el artículo 86 de la Constitución Política, la acción de tutela puede ser interpuesta por quien reclama la protección de sus propios derechos fundamentales o por quien actué a su nombre.

[22] Corte Constitucional, sentencias T-210 de 2018, T-421 de 2017.

[23] Corte Constitucional, Sentencia SU-677 de 2017^[23]: “La Sala reitera las reglas jurisprudenciales sobre la legitimación por activa en las que se establece que los extranjeros pueden solicitar el amparo constitucional de sus derechos fundamentales a través de la acción de tutela. Asimismo, se reitera que la agencia oficiosa procede cuando: (i) el agente manifiesta o por lo menos se infiere de la tutela que actúa en tal calidad; (ii) el titular del derecho es una persona en situación de vulnerabilidad no puede ejercer la acción directamente o (iii) el agenciado ha manifestado su voluntad de solicitar el amparo constitucional. Adicionalmente, concluye que la situación de vulnerabilidad del agenciado también se puede evidenciar a partir de su contexto, por ejemplo, encontrarse en una situación de crisis humanitaria como la migración masiva de personas de un Estado a otro”, y Sentencia T-178 de 2019.

[24] Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008.

[25] Corte Constitucional, sentencias T-210 de 2018 y T-122 de 2021.

[26] Ver, Corte Constitucional, sentencias T-421 de 2017 y T-178 de 2019.

[27] Ver entre otros, Corte Constitucional sentencias SU-677 de 2017 y T-122 de 2021.

[28] El diagnóstico de la accionante de sospecha de cáncer de cuello uterino fue confirmado por un médico particular, de acuerdo con la prueba allegada por la accionante en segunda instancia.

[29] De conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la Constitución Política y lo dispuesto en el Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela contra toda acción u omisión de (i) las autoridades, que haya violado, violen o amenace violar cualquiera de los derechos fundamentales o (ii) contra particulares que estén encargados de la prestación de los

servicios de salud y educación.

[30] Corte Constitucional, Sentencia T-421 de 2017.

[31] Corte Constitucional, sentencias T-209 de 2024, T-556 de 2023, T-145 de 2023 y T-361 de 2022, entre otras.

[32] Corte Constitucional, Sentencia T-213 de 2025.

[33] Corte Constitucional, sentencias T-760 de 2008, SU-677 de 2017 y T-122 de 2021.

[34] *Ibidem*

[35] Ver, Corte Constitucional, sentencias T-705 de 2017, SU-677 de 2017 y T- 210 de 2018, esta última reitera que: “La Corte ha reconocido el derecho que por ley tienen todos los migrantes, incluidos aquellos que se encuentran en situación de irregularidad, a recibir atención de urgencias. Estas responsabilidades de los entes territoriales para sufragar su atención en salud fueron reiteradas en sede constitucional en la reciente Sentencia T-705 de 2017.”

[36] Corte Constitucional, sentencias T-760 de 2008, SU-677 de 2017, T-122 de 2021.

[37] El examen del requisito de inmediatez en la acción de tutela exige verificar que el amparo haya sido promovido dentro de un lapso temporal razonable desde la ocurrencia de los hechos que dieron lugar a la presunta vulneración o amenaza de un derecho fundamental. Esta exigencia responde a la naturaleza excepcional y residual de la tutela, concebida por el Constituyente como un mecanismo de protección inmediata frente a afectaciones actuales o inminentes, y no como un medio para controvertir situaciones consolidadas en el tiempo. En ese sentido, la Corte Constitucional ha señalado que la oportunidad en la interposición de la acción constituye un elemento indispensable para preservar su finalidad urgente y efectiva, conforme a lo reiterado, entre otras, en las sentencias C-590 de 2005 y SU-108 de 2018.

[38] El principio de subsidiariedad orienta la procedencia de la acción de tutela y exige verificar si existen otros mecanismos judiciales idóneos y eficaces para la protección del derecho fundamental invocado, o si, pese a su existencia, resulta necesaria la intervención

del juez constitucional para evitar un perjuicio irremediable, conforme al artículo 86 de la Constitución Política. Este análisis debe realizarse atendiendo a las circunstancias concretas del caso y a la situación de especial vulnerabilidad de la persona afectada.

En materia del derecho fundamental a la salud de personas migrantes, la Corte Constitucional ha reconocido que las barreras administrativas, la ausencia de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la condición migratoria pueden tornar ineficaces los mecanismos ordinarios de defensa. Si bien la Superintendencia Nacional de Salud tiene competencias para conocer disputas sobre la cobertura de servicios, la jurisprudencia ha advertido que dicho trámite no siempre resulta idóneo ni oportuno para la protección inmediata de derechos fundamentales, como lo señaló la Sentencia SU-508 de 2020.

Estas consideraciones cobran especial relevancia cuando la persona migrante padece una enfermedad grave o catastrófica que compromete su vida, salud e integridad personal, pues exigir el agotamiento previo de mecanismos administrativos implicaría una carga desproporcionada. En consecuencia, en estos escenarios la acción de tutela se configura como el mecanismo judicial principal y eficaz para garantizar el acceso oportuno, integral y continuo a los servicios de salud requeridos.

[39] Corte Constitucional, Sentencia SU 508 de 2020: “54. Las situaciones normativas y la estructural le permitieron a la Corte Constitucional concluir que la Superintendencia de Salud tiene una capacidad limitada respecto a sus competencias jurisdiccionales. Por ello, mientras persistan las dificultades para el ejercicio de dichas facultades, el mecanismo jurisdiccional ante la Superintendencia de Salud no se entenderá como un medio idóneo y eficaz para la protección inmediata de los derechos fundamentales de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y, en consecuencia, la acción de tutela será el medio adecuado para garantizar dichos derechos. 55. Debe tenerse en cuenta, además, que una vez superadas dichas dificultades, la acción jurisdiccional no desplaza totalmente a la acción de tutela. La Corte Constitucional ha sostenido que el agotamiento de la función jurisdiccional de la Superintendencia de Salud no constituye un requisito ineludible para satisfacer la subsidiariedad de la acción de tutela; por el contrario, el juez de tutela deberá verificar varios elementos: a) si la función jurisdiccional es idónea y eficaz; b) si el asunto versa sobre la negativa o la omisión en prestación de servicios y tecnologías en salud y; c) la posible

afectación de los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección, como los niños y los adultos mayores. Reiteración de jurisprudencia, ver Sentencia T-114 de 2019, reiterada por las sentencias T-192 de 2019, T-014 de 2017, T-200 de 2016, T-171 de 2018 y T-235 de 2018.

[40] Constitución Política de Colombia, artículos 1 y 5.

[41] Corte Constitucional Sentencia T- 348 de 2018.

[42] Corte Constitucional Sentencia T-200 de 2025.

[43] Corte Constitucional, Sentencia T-200 de 2025.

[44] Corte Constitucional, sentencias SU-677 de 2017, T-705 de 2017, T-210 de 2018, T-348 de 2018, T-025 de 2019, T-074 de 2019, T-197 de 2019, T-298 de 2019, T-403 de 2019, T-452 de 2019, T-576 de 2019, T-565 de 2019, T-246 de 2020, T-496 de 2020, T-517 de 20, T-529 de 2020, T-274 de 2021, T-263 de 2021, T-254 de 2021, T-450 de 2021, T-021 de 2021, T-120 de 2022, T-232 de 2022, T-296 de 2022, T- 300 de 2022, T-336 de 2022, T-344 de 2022, T-417 de 2022, T-166 de 2024, T- 209 de 2024, T-186 de 2025, T-200 de 2025, T-213 de 2025, T-415 de 2025.

[45] Corte Constitucional, Sentencia T-705 de 2017.

[46] Corte Constitucional, Sentencia T-210 de 2018.

[47] Corte Constitucional, Sentencia T-197 de 2019

[48] Corte Constitucional, Sentencia T-166 de 2024.

[49] Corte Constitucional, sentencias T-066 de 2012, cáncer de tórax, T-570 de 2014 (cáncer de vesícula biliar) T-197 de 2019 (cáncer de piel), T-403 de 2019 (cáncer de seno), T-274 de 2021 (cáncer de cérvix), T-232 de 2022 (cáncer de cuello uterino), T-209 de 2024, T-200 de 2025 (cáncer de tubo digestivo), entre otras.

[50] Corte Constitucional, Sentencia T-415 de 2021.

[51] Corte Constitucional, sentencias T-197 de 2019, T. 415 de 2021, T-361 de 2022 y T-259

de 2025, entre otras.

[52] Corte Constitucional, Sentencia T-270 de 2025

[53] Corte Constitucional, Sentencia T-508 de 2019.

[54] Aguiar-Ibáñez, R., Mbous, Y. P. V., Sharma, S., & Chawla, E. *Evaluación del impacto clínico, humanístico y económico del diagnóstico temprano del cáncer: una revisión sistemática de la literatura.*

Merck Canada Inc.; Merck & Co., Inc.; Parexel International, s.f. Disponible en: [file:///C:/Users/ginar/Downloads/fonc-15-1546447%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ginar/Downloads/fonc-15-1546447%20(1).pdf)

[55] Hanna, T. P., King, W. D., Thibodeau, S., et al. (2020). *Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis.* The BMJ, 371, m4087. Disponible en: https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4087?utm_source=chatgpt.com

[56] En algunos casos excepcionales, la ‘atención de urgencias’ [puede] llegar a incluir el tratamiento de enfermedades catastróficas como el cáncer, cuando los mismos [i] sean solicitados por el médico tratante como urgentes y, por lo tanto, [ii] sean indispensables y [iii] no puedan ser retrasados razonablemente sin poner en riesgo la vida

[57] Corte Constitucional, sentencias T-556 de 2023, T-166 de 2024, T-246 de 2024, T-273 de 2024

[58] Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), artículos 10, 12 y 16; PIDESC, artículo 12; Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos Degradantes, artículo 1º y 16; Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículos 11 y 17.

[59] Corte Constitucional, Sentencia SU-677 de 2017.

[60] *Ibidem* y Sentencia SU-074 de 2020.

[61] Corte Constitucional, Sentencia T-304 de 2025.

[62] Asociación Profamilia y la Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA-USAID). Disponible en:

<https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2025/03/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>. Consultado

[63] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletin-tecnico-poblacion-migrante-salud-colombia-poblacion-venezolana.pdf>

[64] Disponible en: <https://www.ramajudicial.gov.co/web/consejo-superior-de-la-judicatura/-/rama-judicial-recibi%C3%B3-m%C3%A1s-de-950-mil-tutelas-en-2024-estrategias-para-la-descongesti%C3%B3n-y-capacidad-de-respuesta-a-demanda-ciudadana>

[65] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletin-tecnico-poblacion-migrante-salud-colombia-poblacion-venezolana.pdf>

[66] Derecho a la atención en salud para las personas migrantes en situación irregular en Colombia: entre estándares normativos y barreras prácticas/ Stefano Angeleri, Lucía Ramírez Bolívar, Lina Arroyave Velásquez – Bogotá: Editorial Dejusticia, 2024.

[67] Es un reporte, un conjunto de archivos/variables a nivel de evento (atención individual) que describen cada servicio de salud prestado. Su lógica es “transaccional”: cada consulta, procedimiento, urgencia, etc., queda registrada con datos del usuario, del prestador, del servicio y de la facturación/soporte administrativo. Ese instrumento es impuesto por la autoridad sanitaria nacional para asegurar información confiable y oportuna del sistema. La Circular 029 se apoya explícitamente en la obligación de reportar prevista en la Ley 1438 de 2011 (art. 114) y en competencias del Ministerio para organizar/gestionar información del sector.

[68] Corte Constitucional, Sentencia T-166 de 2024.

[69] Ibidem

[70] Disponible en: <https://lac.iom.int/sites/g/files/tmzbd11446/files/documents/2024-06/explorando-la-feminiz>

[71] Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y Conferencia Regional sobre Migración (CRM). *Compromisos y marcos internacionales sobre movilidad humana, cambio climático y género en América Latina y el Caribe*. Declaratoria Extraordinaria del V Congreso de Mujeres en Contextos Migratorios (2023); Compromiso de Buenos Aires, XV Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe (2022); Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030; CMNUCC y Acuerdo de París.

[72] Consejo de Derechos Humanos, ONU, Informe A/HRC/59/62 (2025).

[73] Comité DESC, Observación General núm. 14 sobre el derecho a la salud.

[74] Comité CEDAW, Recomendación General núm. 26 sobre mujeres trabajadoras migrantes.

[75] Ministerio de Salud. *Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno Migratorio*. Disponible

en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>. OEA; OIM; ACNUR; PADF; ILDA; Toronto Metropolitan University; MG Group, *Recepción e integración de personas migrantes y refugiadas en ciudades de las Américas*, Secretaría General de la OEA, Washington D.C., 2023. Disponible en: <https://www.acnur.org/sites/default/files/2023-06/recepcion-e-integracion-de-personas-migrantes-y-refugiadas.pdf>

[76] Departamento Nacional de Planeación (DNP). Documento CONPES 4100 de 2022: Estrategia para la integración de la población migrante proveniente de Venezuela en Colombia. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2022.

[77] Bojorquez, I., Cubillos-Novella, A., Arroyo-Laguna, J., et al. (2024). The response of health systems to the needs of migrants and refugees in the COVID-19 pandemic: a comparative case study between Mexico, Colombia and Peru. *The Lancet Regional Health – Americas*, 40, 100763. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100763>.

[78] Ibidem

[79] Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023, octubre). *Salud y migración en la*

Región de las Américas: Reporte de situación (octubre 2023). OPS/OMS.

[80] Corte Constitucional, Sentencia T-210 de 2018.

[81] Diccionario. Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos. Tomado de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/neoplasia-intraepitelial-cervical>

[82] Corte Constitucional, Sentencia T- 235 de 2018.

[83] Corte Constitucional, Sentencias T-637 de 2017, T-508 de 2019

[84] Corte Constitucional, Sentencia T-197 de 2019

[85] Corte Constitucional, Sentencia T-705 de 2017.

[86] Corte Constitucional, Sentencia T-210 de 2018 y Sentencia T-415 de 2021.

[87] Según el Instituto Nacional de Cáncer (INCH), más del 90% de las pacientes con cáncer de cuello uterino pueden recuperarse y sobrevivir más de 5 años si se diagnostica en etapas tempranas (localizado). La detección precoz mediante citologías o pruebas de VPH impide la progresión de la enfermedad y el daño irreversible, mientras que en etapas avanzadas la supervivencia cae a menos del 40%. Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/supervivencia>.

[88] Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008.

[89] “La discriminación interseccional es de particular interés al estudiar situaciones relacionadas con casos de trata de personas, con el fin de identificar la existencia de situaciones o motivos que se conectan unos con otros y generan una discriminación particular como consecuencia de la unión de los mismos, de modo que la persona está expuesta a una mayor condición de vulnerabilidad debido a la complejidad del asunto que amerita una serie de medidas particulares que se deben adecuar a su situación para garantizar la protección de sus derechos.”

[90] Corte Constitucional, Sentencia T- 760 de 2008. Estas órdenes “estructurales” no significan una sustitución de las autoridades administrativas, sino el ejercicio de una

competencia constitucional de garantía y corrección: el juez de tutela puede requerir a los órganos rectores y territoriales que implementen efectivamente rutas y procedimientos, cuando la evidencia muestra que la sola existencia formal de lineamientos no evita que, en la práctica, la población afectada quede confinada a un nivel mínimo de atención (p. ej., urgencias), incompatible con los principios de integralidad y continuidad del derecho a la salud. En tal sentido, la Corte ha insistido en que, incluso cuando existan normas y políticas, el control constitucional debe preguntarse por su eficacia real, y por si el diseño institucional y los mecanismos de monitoreo permiten identificar barreras, corregir brechas territoriales y asegurar continuidad asistencial, especialmente en contextos de vulnerabilidad reforzada.