

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

AUTO

Referencia: Seguimiento a la orden décima sexta de la sentencia T-760 de 2008.

Asunto: Requerimiento probatorio al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Defensoría del Pueblo, a los Peritos Constitucionales Voluntarios y a otras entidades.

Magistrado Sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D.C., once (11) de julio de dos mil dieciocho (2018)

El Magistrado sustanciador, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, dicta el presente auto con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. En la Sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional identificó una serie de dificultades generales, recurrentes y graves en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; entre los inconvenientes advertidos evidenció que existía incertidumbre y desactualización en el contenido de los planes de beneficios; negación de servicios y tecnologías incluidas en el POS¹ por las E.P.S²; y no estaba unificado el Plan Obligatorio de Salud en los regímenes contributivo y subsidiado.

En aras de superar tales obstáculos, impartió las siguientes directrices: a) adoptar las medidas necesarias para superar las fallas de regulación de los planes de beneficios³, b) realizar la actualización integral de los mismos periódicamente⁴, c) llevar un registro de servicios negados⁵ y de las EPS que más vulneran el derecho a la salud⁶, d) unificar el POS⁷, y e) ampliar la competencia de los Comité Técnico

¹ Plan Obligatorio de Salud.

² Entidades Promotoras de Salud.

³ Orden 16.

⁴ Ordenes 17 y 18.

⁵ Orden 19.

⁶ Orden 20.

⁷ Ordenes 21 y 22.

Científicos⁸.

2. Por tal razón, en la decisión décima sexta de la sentencia objeto de seguimiento la Corte ordenó al entonces Ministerio de la Protección Social⁹, a la Comisión de Regulación en Salud¹⁰ y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud¹¹ lo siguiente:

“adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente,¹² (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado¹³ y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud. Esta regulación también deberá (i) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales.¹⁴

Para dar cumplimiento a esta orden, se adoptarán por lo menos las medidas relacionadas en los numerales décimo séptimo a vigésimo tercero.” (Se resalta).

Lo anterior otorga al mandato décimo sexto un carácter global, toda vez que para acatarlo necesariamente se deben observar los lineamientos impartidos en las demás decisiones relacionadas con los planes de beneficios.

3. La Sala Especial de Seguimiento de la sentencia T-760 de 2008, mediante auto de 13 de julio de 2009¹⁵ requirió al entonces Ministerio de Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para que: a) hicieran un balance general y preliminar del cumplimiento de las órdenes generales¹⁶ y observaran de manera estricta las condiciones y proposiciones de cada una de las decisiones tomadas en la sentencia estructural, con el fin de superar las fallas de regulación; y b) profirieran un informe de los

⁸ Orden 23.

⁹ Hoy Ministerio de Salud y Protección Social.

¹⁰ La Comisión de Regulación en Salud fue suprimida a través del Decreto 2560 de 2012 (artículo 1º) y sus funciones fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social (artículo 26).

¹¹ Este organismo fue suprimidos por la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. El artículo 3º de la Ley 1122 de 2007, señaló lo siguiente: *“Créase la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mantendrá vigentes sus funciones establecidas en la Ley 100 de 1993, mientras no entre en funcionamiento la Comisión de Regulación en Salud CRES.-Parágrafo: Se le dará al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”* (se resalta). Por su parte, el artículo 145 de la Ley 1438 de 2011 derogó el parágrafo del artículo 3º de la Ley 1122 de 2007.

¹² Ordenes 17 y 18.

¹³ Ordenes 21 y 22.

¹⁴ Lo cual encierra las ordenes 19 y 20.

¹⁵ Cfr. AZ XVI-A, folios 441 a 443.

¹⁶ Directrices dadas para hacer frente a las fallas de regulación.

avances y obstáculos identificados en cada una de las actividades desarrolladas para hacer frente a las fallas de regulación del SGSSS¹⁷ y evaluaran si las medidas adoptadas en razón a los numerales 17 a 23 de la resolutive de la sentencia eran suficientes para superar tales problemáticas.

4. Mediante oficio de 24 de agosto de 2009¹⁸ el Ministerio de Salud presentó informe sobre el estado del cumplimiento de las órdenes 16 a 23 de la sentencia T-760 de 2008, en el que se refirió a cada una de ellas, señalando las acciones implementadas, la valoración del progreso, las principales dificultades que persistían, sus causas y alternativas para enfrentarlas. La Comisión de Regulación en Salud a través de escrito de 25 de agosto de 2009¹⁹ se pronunció con respecto a cada uno de los problemas identificados por la Corte y las soluciones planteadas para conjurarlos.

5. En auto 104 de 8 de junio de 2010²⁰ la Corte tras considerar que la información presentada los días 24 y 25 de agosto de 2009²¹ por el Ministerio de Salud y la entonces Comisión de Regulación en Salud necesitaba actualizarse, les solicitó responder los interrogantes referentes al acceso a los servicios de salud.

6. A través de escrito de 29 de junio de 2010²² el Ministerio respondió a los interrogantes formulados, señaló los avances y obstáculos identificados sobre el acceso a servicios de salud y manifestó las acciones implementadas para el cumplimiento de las órdenes desde la 17 a la 23.

El 29 de junio de 2010²³ la CRES²⁴ se pronunció sobre las acciones efectuadas para dar cumplimiento a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional, adujo que con el acuerdo No. 003 de julio de 2009 adoptó la actualización del POS, aclarando que esta se hace en forma continua y sistemática.

7. En auto 100 de 11 de abril de 2014, la Sala de Seguimiento señaló que los resultados obtenidos por la política pública no fueron los esperados, dado que los informes de las autoridades, las peticiones ciudadanas, la jurisprudencia constitucional y los reportes de los medios de comunicación dieron cuenta de la atención extemporánea a los pacientes.

Consideró que ante la aparente falta de correspondencia entre las acciones de política pública y los efectos en la práctica cotidiana, era necesario recaudar información con el fin de contar con elementos de juicio para valorar el cumplimiento de la orden. En razón de ello, solicitó a distintas entidades,

¹⁷ Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¹⁸ Cfr. AZ XVI-B, folios 483 a 493.

¹⁹ Cfr. AZ XVI-B, folios 503 a 517.

²⁰ Cfr. AZ XVI-B, folios 628 a 630.

²¹ Documentos presentado en razón del auto de 13 de julio de 2009 y mencionado en el numeral anterior.

²² Cfr. AZ XVI-B folios 680 a 708.

²³ Cfr. AZ XVI-B folios 709 a 717.

²⁴ Comisión de Regulación en Salud.

asociaciones y veedurías²⁵ que respondieran los interrogantes sobre el acceso oportuno en el Distrito de Bogotá y en el Departamento de Nariño con el fin de realizar un muestreo de esta problemática.

7.1. En respuesta se recibió información de la Veeduría Nacional de Salud, la Asociación de Pacientes de Alto Costo de la Nueva EPS, el Instituto Departamental de Salud de Nariño, la Defensoría del Pueblo y la Secretaría Distrital de Salud, de las cuales se desprende que tanto en Bogotá como en el Departamento de Nariño se encontraron obstáculos referentes al déficit de especialistas de la salud, falta de agenda abierta²⁶, demoras en la autorización de citas y más de tres meses de espera para recibir atención de medicina especializada; sobrecupo²⁷ en los servicios de urgencia del II y III nivel de atención; falta de suministro de medicamentos no POS; incumplimiento a fallos de tutela que ordenaron tratamiento integral; suspensión de procedimientos; inconsistencia en las bases de datos que ocasionaban limitaciones de acceso a los servicios; dificultad para la prestación de servicios POS.

8. Por lo anterior, en auto 178 de 7 de mayo de 2015 se formularon preguntas a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social, relacionadas con el tema de acceso en las ciudades de Nariño y Bogotá referentes a los hallazgos encontrados.

8.1. El Ministerio de Salud²⁸ en cuanto a la escasez de especialistas precisó que el problema de fondo no es la insuficiencia de estos “*sino la brecha creciente entre la demanda de servicios especializados y la falta de capacidad del sistema y sus instituciones para atenderla y gestionarla adecuadamente (...)- Una parte significativa de la problemática de demanda que enfrentan los servicios especializados, se genera por la falta de capacidad resolutive de las instituciones del primer nivel de atención y sus equipos de salud, lo cual lleva a derivar pacientes a los que se les hubiera podido resolver sus situación en primeros niveles, a los servicios especializados y de mayor complejidad*”.

Manifestó que para superar la limitación en la oferta de especialistas ha: i) promocionado programas y cupos para la formación de los mismos en el país, con énfasis en las regiones donde la oferta es restringida o no existe; ii) promovido programas para la formación de especialistas en medicina familiar y en salud familiar y comunitaria; iii) incentivado el servicio social obligatorio para médicos especialistas en regiones donde existen más dificultades para vincular talento

²⁵ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Personería Distrital de Bogotá, Instituto Departamental de Nariño, a las Personerías Municipales de Tumaco, el Charco, Santa Bárbara de Iscuande, Policarpa, Pasto (Nariño); a la Asociación de Pacientes con VIH de la Nueva EPS e ISS, al Comité Control Social, Veeduría ciudadana y a la Veeduría Nacional de Salud.

²⁶ La Resolución 1552 de 2013, en su artículo 1º señala lo siguiente: “*Agendas abiertas para asignación de citas. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de ambos regímenes, directamente o a través de la red de prestadores que definan, deberán tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año. Dichas entidades en el momento en que reciban la solicitud, informarán al usuario la fecha para la cual se asigna la cita, sin que les sea permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida.*”

²⁷ La cantidad de pacientes exceden a la capacidad instalada.

²⁸ El 12 de junio de 2016. Cfr. AZ XVI E, folios 1908 a 1916.

humano; iv) aumentado el programa de becas crédito, para la formación de especialistas; v) revisado las normas de habilitación de servicios con el fin de proponer el ajuste de algunas leyes que han puesto límite al ejercicio de la medicina.

8.2. La Superintendencia Nacional de Salud²⁹ el 12 de junio de 2015 señaló que ha realizado medición semestral referente a la oportunidad en la asignación de citas. Expuso los resultados de la auditoria efectuada en el 2013 señalando las EPS auditadas, las obligadas a elaborar plan de mejoramiento y las que lo realizaron. Adujo que varios de los hallazgos evidenciados en los informes de auditoría hacían referencia a debilidades en los sistemas de información, por lo tanto, los planes de mejoramiento estaban asociados a su optimización.

9. El 30 de octubre de 2015 se llevó a cabo sesión técnica con el fin de analizar las órdenes 16 a 32³⁰; en ella el Ministro de Salud manifestó que para el año 2014 la cobertura había alcanzado un 96,6% de la población, que existía un aumento evidente en el acceso a los servicios de salud, presentando como soporte los datos relacionados con el incremento de la consulta preventiva y de salud reproductiva, las cuales se duplicaron desde finales de los años noventa, y llamó la atención sobre disminución en el porcentaje de la población que no recibió atención médica cuando la requirió, indicador que decreció del 19,2% en 1993 al 2,02% en 2013.

Además, aceptó que en el sistema persisten los problemas en la calidad, oportunidad y la integralidad de los tratamientos médicos, motivo por el cual uno de los desafíos estaría enfocado en la disminución de las brechas existentes entre regiones y grupos étnicos.

Expuso que para atender a las poblaciones que habitan en zonas dispersas expidió el Decreto 2561 de 2014³¹, desarrollando en el Departamento de Guainía un plan piloto que buscaba alternativas para solucionar la problemática de accesibilidad a los servicios de salud, modelo que fue aprobado en diciembre de 2014 y puesto en marcha a partir del año 2015.

10. Adicionalmente, es necesario señalar que la Defensoría del Pueblo³² en el marco de la orden XXIX el 11 de junio de 2014 presentó informe en que expuso ciertos reparos referentes con el acceso efectivo al sistema, y puntualizó que pese al aumento notorio en materia de afiliación, no se dieron avances significativos en el mejoramiento de la infraestructura requerida y en la calidad del servicio. Destacó la vulnerabilidad de las Poblaciones Geográficamente Dispersas (PGD) y las dificultades en los sistemas de información afectando su confiabilidad.

Con posterioridad, el 23 de agosto de 2016³³, bajo el contexto de la misma orden,

²⁹ Cfr. AZ XVI-E, folios 1917 a 1933.

³⁰ AZ Orden XVI-E, folio 2050.

³¹ “Por medio del cual se definen mecanismos para mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al régimen de seguridad social en salud y se fortalece el aseguramiento en el Departamento del Guanía”.

³² El 11 de junio de 2014, AZ Orden XXIX-A, folio 390.

³³ AZ Orden XXIX-B, folio 838.

manifestó que para el año 2015 más de 150.000 personas tuvieron que presentar acción de tutela para alcanzar la protección de sus derechos; según esta entidad “*cada tres minutos y medio, en alguna parte del país, una persona interpone una acción de tutela para reclamar un servicio de salud que por alguna razón le ha sido aplazado o negado*”³⁴. Lo anterior evidenció un aumento del 27% en el uso de esta herramienta constitucional, situación que no se presentaba desde 2008, señalando que del total de las acciones elevadas el 60% se relacionan con la negación de servicios que se encontraban incluidos en el POS.

Indicó que no hay avances en el acceso efectivo al sistema de salud debido a la persistencia de inequidades entre regímenes y brechas de desigualdad en contra de poblaciones vulnerables, limitaciones al desarrollo de infraestructura de atención en particular en zonas apartadas, con presencia de poblaciones especiales, en calidad de la atención, distribución de medicamentos.³⁵

Finalmente, citó los casos de Chocó y La Guajira, departamentos en los que se presentaron serios inconvenientes denunciados por esa entidad desde el año 2014 y afirmó que el Gobierno no ha logrado alcanzar la cobertura universal, toda vez que debe diferenciar la afiliación al sistema y goce del derecho.

11. El 18 de mayo de 2017³⁶, en el marco de la orden XIX la Defensoría del Pueblo mediante escrito de se refirió a varios inconvenientes en materia de salud y señaló que: (i) persisten problemas en el proceso de portabilidad o movilidad debido a la falta de conocimiento de los usuarios y de disponibilidad de las EPS de cumplir con la norma; (ii) existe demora en el proceso de movilidad entre los regímenes, agravado cuando el trabajador pasa del régimen contributivo al subsidiado y el empleador no ha pagado los aportes del sistema, por lo que el usuario aparece en mora, impidiendo su afiliación; (iii) barreras en el acceso a los servicios por: a. no disponibilidad de agendas, b. proporcionar números que las EPS nunca responden, c. trámites administrativos inadecuados consistentes en la entrega de autorizaciones a IPS, con las cuales no tienen contratos; (iv) restricción a los profesionales médicos en cuanto: a. prohibición en la formulación del tratamiento más idóneo o especializado, b. restricción al momento de recetar medicamentos que generen altos costos y en la remisión a especialistas y a niveles de alta complejidad.

Además, afirmó que a los pacientes con enfermedades de alto costo y huérfanas no se les garantizaba la continuidad en el tratamiento, teniendo que esperar varios meses para obtener las autorizaciones o entrega de medicamentos.

Así mismo, señaló que en la población carcelaria no se les estaba suministrando medicamentos y se presentaban incumplimiento de acciones de tutela, así mismo inconvenientes para asistir a atenciones extramurales, además de la falta de atención especializada.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ AZ Orden XXIX-B, folio 838.

³⁶ *Cfr.* AZ XIX, folios 5850 a 5858

En cuanto al Mipres manifestó que *“se convierte en una barrera para la negación de servicios especialmente de medicamentos. Se ha presentado situaciones en que el médico ingresa al sistema con el código asignado, lo ordena por el sistema, sale de vacaciones, se incapacita, viaja, etc., y desafortunadamente incurre en algún error. En este caso, ningún otro profesional, así sea par, puede ingresar al sistema a corregir la información y seguir el trámite, lo que dilata la entrega del servicio requerido por el usuario, quedando sin posibilidad de acceder al medicamento hasta que no regrese el profesional. Las EPS se amparan en que no pueden hacer nada porque el sistema no le permite.”*³⁷, también señaló que *“para el caso de enfermedades huérfanas, artritis, reumatoide y otros síndromes, que tienen diferentes grupos, se induce en error al médico tratante al momento de la prescripción, ya que el Mipres emite un código que en la mayoría de las veces no corresponde con la tecnología que ha indicado el médico para su paciente”*³⁸

12. De otra parte, es preciso resaltar que durante el seguimiento a la sentencia T-760 de 2008, a esta Corporación se le han puesto de presente por parte de la Defensoría del Pueblo y particulares problemas relacionados con³⁹:

(i) Dificultades de acceso a los servicios de salud en el Departamento de Chocó y específicamente en el Hospital Departamental San Francisco de Asís, asunto que fue focalizado y al que en la actualidad se le realiza seguimiento; (ii) la no prestación de servicios de salud por parte de la EPS-S CAPRECOM ante el anuncio de liquidación, situación de la que se dio traslado a la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República y Fiscalía General de la Nación para que intervinieran según sus competencias ante las distintas irregularidades denunciadas; y (iii) quejas⁴⁰ por problemas de calidad y falta de oportunidad en la prestación de los servicios de salud, por parte de Saludcoop EPS, ante esta situación se realizó seguimiento y se dio traslado a los órganos de inspección, control y vigilancia para que continuaran o iniciaran las actuaciones correspondientes relacionadas con presuntas fallas administrativas, disciplinarias, fiscales y/o penales.

II. CONSIDERACIONES

1. La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 tiene como labor supervisar que las autoridades obligadas cumplan con las directrices generales impartidas en dicha providencia, tendientes a corregir las fallas de regulación detectadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

³⁷ Cfr. AZ XIX, folio 5854.

³⁸ Cfr. AZ XIX, folio 5854 vto.

³⁹ Años 2014, 2015, 2016 y 2017.

⁴⁰ En el 2013 los usuarios presentaron 380.000 quejas ante el grupo Salucoop, conforme escrito allegado el 12 de febrero de 2014 por un grupo de ciudadanos que se identificaron como empleados de Audieps Ltda (compañía encargada de realizar la interventoría interna de Saludcoop EPS).

2. En la tarea de supervisión la Corte ha generado canales de comunicación con los actores del Sistema que le permitan adoptar decisiones suficientemente instruidas en relación al cumplimiento de las órdenes, al analizar la información allegada por ellos, así como por los órganos de control y los peritos constitucionales voluntarios⁴¹.

Ahora bien, al momento de realizar la valoración de cumplimiento de la orden décima sexta, se avizora que el material probatorio que reposa en el expediente se encuentra desactualizado⁴², por lo que con miras a desarrollar dicha función es necesario contar con información presente, conducente y pertinente que permita tomar determinaciones basadas en datos confiables y acordes con la realidad vigente.

3. Por consiguiente, se solicitará al Ministerio de Salud y Protección Social que responda las siguientes preguntas:

Orden 16

3.1. ¿Qué medidas ha adoptado para que la base de datos única de afiliados, BDUA, proporcione información confiable, real y sin inconsistencias?, señale el impacto y los avances que ha tenido en la superación de esta problemática, así mismo, los obstáculos que se presentan y las soluciones propuestas.

3.2. ¿Cuáles han sido las acciones implementadas para superar la falta de médicos especialistas?, señale el impacto y los avances que han tenido en la superación de esta problemática, así mismo, los obstáculos que se han presentado y las soluciones propuestas para superarlos.

3.3. ¿Qué actuaciones se han desplegado para evitar el sobrecupo en los servicios de urgencias del II y III nivel de atención?, señale los resultados obtenidos, los obstáculos que se presentan y las soluciones propuestas.

3.4. En virtud del reporte que deben realizar las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)⁴³, presente un informe en el que indique el tiempo promedio de asignación de citas por las EPS, clasificado por departamento y por el tipo de cita, esto es, de odontología general, medicina general y especializada, entre otros. En caso de esta última debe subclasificarse por especialidad. Estos datos deben estar organizados y contener información de los años 2016 al 2017⁴⁴.

⁴¹ Grupo de expertos integrados para que el funcionario judicial cuente con conceptos que apoyen el trámite de valoración *cfr.* Auto 120 de 2011, Auto 147 de 2011, Auto 386 de 2014 y Auto 119 de 2015.

⁴² Año 2015.

⁴³ En el marco de lo dispuesto en el anexo técnico No. 2 de la Resolución 256 de 2016 las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) deben “reportar un registro tipo 2 por cada cita de primera vez en el año por cada usuario y por cada especialidad, (...)” en la que se debe llenar entre otros campos la “identificación del tipo de cita o procedimiento no quirúrgico”, “fecha de solicitud de la cita”, si “la cita fue asignada”, “fecha de la asignación de la cita”, “fecha para cual el usuario solicitó que le fuera asignada la cita (fecha deseada)”.

⁴⁴ A raíz de lo señalado en el artículo 6° de la Resolución 256 de 2016 el cual dispone que: “Las entidades obligadas a remitir la información de acuerdo con lo dispuesto en el artículo anterior, deberán reportarla a través de la plataforma de intercambio de información (Pisis) del sistema integral de información de la protección social (Sispro) de este ministerio, en las fechas que se relacionan a continuación:

Fecha de corte de la información a reportar	Plazo para enviar el archivo plano
--	---

3.5. ¿Cuáles EPS no están efectuando el reporte establecido en el anexo tipo No. 2 de la Resolución 256 de 2016?, indique las acciones que ha adoptado al respecto.

3.6. En virtud de la información reportada por las EPS⁴⁵, ¿qué acciones se han implementado tendientes a disminuir el tiempo promedio de asignación de citas médicas general y especializada?, presente los avances obtenidos y los resultados.

3.7. ¿Cuáles son las citas de especialista que más tardan en ser asignadas?, señale las medidas que ha adoptado para superar esa barrera, los resultados obtenidos, los obstáculos presentados y las soluciones propuestas. Esta información debe estar organizada por departamento.

3.8. ¿Qué actuaciones ha desarrollado para garantizar a los usuarios del sistema, el acceso oportuno de los servicios que hacen parte del plan de beneficios en salud?, manifieste los resultados y los obstáculos evidenciados.

3.9. ¿Qué medidas fueron implementadas para solucionar los problemas de acceso e infraestructura que se presentan en el departamento del Chocó? y precise los resultados concretos obtenidos de las mismas.

3.10. ¿Por qué razón en el periodo 2015 a 2017 disminuyó la oferta de los servicios habilitados, (salas de parto, consulta externa general, servicios de urgencias y quirófanos) principalmente en las zonas geográficamente dispersas⁴⁶?

3.11. ¿Cómo se garantiza la atención en condiciones de igualdad en todo el todo el territorio nacional?

3.12. ¿Cuál es el indicador de la relación población-oferta de servicios en salud a nivel nacional y por departamentos; (individualizando camas, médicos, servicios de enfermería, quirófanos, urgencias, ambulancias) y cuál es el mínimo recomendado por la OMS⁴⁷ para cada una de ellas?

3.13. ¿Qué acciones se han desplegadas para garantizar la continuidad en el tratamiento de los pacientes con enfermedades de alto costo y huérfanas⁴⁸? Señale

<i>Fecha de Corte</i>	<i>Desde:</i>	<i>Hasta:</i>
<i>De 2016-01-01 al 2016-06-30</i>	<i>2016-07-01</i>	<i>2016-07-31</i>
<i>De 2016-07-01 al 2016-12-31</i>	<i>2017-01-01</i>	<i>2017-01-31</i>
<i>y así sucesivamente:</i>		
<i>Primer día calendario del primer mes a reportar al último día calendario del último mes a reportar</i>	<i>Primer día calendario del siguiente mes de la fecha de corte de la información a reportar</i>	<i>Último día calendario del siguiente mes de la fecha de corte de la información a reportar.</i>

⁴⁵ En razón del anexo técnico No. 2 de la Resolución No. 256 de 2016.

⁴⁶ Conforme al informe presentado por el Ministerio en el marco de la orden XXIX. Cfr. AZ orden XXIX-B, folios 854 a 884.

⁴⁷ Organización Mundial de la Salud.

⁴⁸ Lo anterior en virtud de lo señalado por la Defensoría del Pueblo en documento allegado a la Corte el 19 de mayo de 2017 (orden XIX-M, folio 5856 vto.) en el que manifestó: “A los pacientes con enfermedades de alto costo y

el impacto y los avances que han tenido en la superación de esta problemática, así mismo, los obstáculos que se presentan y las soluciones propuestas.

3.14. ¿Informe, el número personas que se han afiliado al Régimen Subsidiado en virtud del parágrafo 3° del artículo 2.1.5.1. del Decreto número 780 de 2016⁴⁹ y de la Resolución 1268 de 2017⁵⁰ y cuántas faltan por afiliarse pese a cumplir los requisitos? Esta información debe organizarse por departamento.

3.15. ¿Informe qué entidades territoriales no están cumpliendo con la función contenida en la Resolución 1268 de 2017 y qué acciones se han adoptado al respecto? Señale los resultados de las mismas, los obstáculos que se han presentados, y las medidas adoptadas al respecto.

3.16. ¿Qué acciones se han tomado con el fin de superar las deficiencias que se presentan en materia de acceso a servicios de salud e infraestructura? Indique los resultados obtenidos, los obstáculos que se presentan y las soluciones propuestas.

3.17. ¿Qué acciones se han adoptado en materia de acceso a los servicios de salud tanto para los migrantes que han regularizado su estatus migratorio como los que se encuentran de manera irregular dentro del país?, señale los resultados obtenidos, los obstáculos que se presentan y las soluciones propuestas.

3.18. ¿Qué mecanismos ha implementado para garantizar el acceso a los servicios de salud de las personas que pierdan su capacidad de pago para seguir cotizando en el régimen contributivo y no se encuentran en el grupo poblacional determinado en el artículo 2.1.7.7 del Decreto 780 de 2016⁵¹?

3.19. ¿Cuántas personas entre los años 2015 a 2018 perdieron la capacidad de pago para seguir cotizando al régimen contributivo y en la actualidad no están en ninguno de los dos regímenes? Esta información debe ser presentada por años y departamentos. Adicionalmente indique las acciones tomadas al respecto, el impacto y los avances que ha tenido en la superación de esta problemática, así mismo, los obstáculos que se presentan y las soluciones propuestas.

3.20. ¿Cuántos afiliados del régimen contributivo han hecho tránsito al subsidiado entre los años 2015 y 2018? esta información debe ser presentada por años y departamentos.

ENHU no se les garantiza la continuidad en el tratamiento, teniendo que esperar meses para obtener las autorizaciones y/o entrega de medicamentos”.

⁴⁹ El cual señala que: “*En el evento de que la persona cumpla los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado y rehúse afiliarse, la entidad territorial procederá a inscribirla de oficio en una EPS de las que operan en el municipio dentro de los cinco (5) primeros días del mes y le comunicará dicha inscripción. Sin embargo, la persona podrá en ejercicio del derecho a la libre escogencia trasladarse a la EPS de su elección dentro de los dos (2) meses siguientes, sin sujeción al período mínimo de permanencia.*”

⁵⁰ Establece los criterios para que las entidades territoriales lleven a cabo la afiliación de oficio al Régimen Subsidiado de las personas que cumplan los requisitos y rehúsen afiliarse.

⁵¹ Conforme al artículo 2.1.7.7 del Decreto 780 de 2016 en virtud de la movilidad, los afiliados que pertenezcan a los niveles I y II del SISBEN, las comunidades indígenas, población desmovilizada, población Rrom, personas incluidas a protección de testigos, víctimas del conflicto armado podrán cambiar de un régimen a otro con su núcleo familiar, sin solución de continuidad manteniendo su inscripción en la misma EPS.

3.21. ¿Cuáles son las razones para que en los departamentos geográficamente dispersos la oferta en la prestación de los servicios de salud sea tan baja en relación con su población? Señale las actuaciones desplegadas para superar esta problemática, los resultados obtenidos, los obstáculos que se han evidenciados y las soluciones propuestas.

3.22. ¿Cuáles serán las medidas que implementará el Gobierno Nacional para incrementar el número de camas para niños y adultos, servicio de atención de quirófanos y salas de urgencias, ambulancia y entidades prestadoras de servicios de salud en los departamentos dispersos geográficamente?

3.23. ¿Qué acciones se implementarán para disminuir las brechas existentes entre regiones y grupos étnicos, con el fin de atender a las poblaciones que habitan en zonas dispersas?

3.24. ¿Cómo se garantiza a la población que habita en zonas dispersas, la prestación de servicios en forma oportuna, eficiente y con calidad, de conformidad con los principios de continuidad, integralidad e igualdad?

3.25. ¿Por qué el Departamento de Guainía teniendo una población de 42.512 habitantes, para el año 2017 únicamente contaba con 13 IPS, 39 camas para adultos y 17 de niños, un quirófano, una ambulancia, y no reportaba ninguna ESE habilitada⁵²?

3.26. ¿Por qué a pesar de contar el Departamento de Guainía con un programa piloto⁵³ para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y la prestación de los servicios, es uno de los que reporta los más bajos porcentajes de oferta de los mismos?

3.27. ¿Cuáles son los resultados del programa piloto diseñado para el Departamento de Guanía?, se debe presentar los resultados desde el momento en que fue implementado a la fecha, con cifras y porcentajes.

Órdenes 17 y 18

3.28. Teniendo en cuenta lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015⁵⁴, la sentencia C-313 de 2014 y el auto 410 de 2016⁵⁵ ¿Cuál es la razón para que en la actualidad,

⁵² Conforme lo señalado en informe de 12 de octubre de 2017 por el mismo Ministerio en el marco de la orden XXIX (Cfr. AZ orden XXIX-B, folios 854 a 884).

⁵³ Decreto 2561 de 2014: “Por medio del cual se definen mecanismos para mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al régimen de seguridad social en salud y se fortalece el aseguramiento en el Departamento del Guainía”.

⁵⁴ Artículo 15.

⁵⁵ Proferido en el marco de las órdenes 17 y 18 de la sentencia T-760 de 2008, el cual señaló en el numeral sexto de la parte resolutive: “Advertir al Ministerio de Salud y la Protección Social que en la elaboración del próximo plan de beneficios que entrará a regir a partir del 16 de febrero de 2017, deberá seguir expresamente los lineamientos establecidos en la ley estatutaria de salud (art. 15) y la jurisprudencia de esta Corporación (sentencia C-313 de 2014 fundamento jurídico número 5.2.15.3.1. y siguientes), a fin de contar con criterios específicos de exclusión, que no lleve a ambigüedades que vayan en detrimento de la efectiva garantía del derecho a la salud.”

coexista un listado de servicios y tecnología excluidos de financiación⁵⁶ y uno de medicamentos y procedimientos que hacen parte del Plan de Beneficios en Salud⁵⁷?, señale las acciones que se han tomado para cumplir con lo señalado en la norma estatutaria y providencias antes mencionadas y superar la falta de desarrollo y la ambigüedad existente.

Orden 19

3.29. ¿Qué acciones se han implementado frente a la negación de servicios y tecnologías que hacen parte del PBS? Señale los avances, retrocesos y obstáculos que se presentan y las soluciones propuestas.

3.30. ¿Qué acciones ha puesto en marcha para disminuir negaciones por parte de EPS, especialmente las motivadas en el lleno de requisitos meramente formales?

Orden 20.

3.31. ¿Qué acciones ha implementado para que los usuarios del Sistema de Salud puedan consultar de manera sencilla y clara el ranking de las EPS? Señale los avances, los retrocesos, y las dificultades presentadas, así como las soluciones propuestas.

3.32. ¿Qué medidas se han adoptado para garantizar a todas las personas de forma sencilla y oportuna, la posibilidad de indicar cuándo una EPS incurre en una práctica violatoria del derecho a la salud? Indique los resultados obtenidos, así como los obstáculos evidenciados y las soluciones propuestas.

3.33. ¿Cuáles son las medidas adoptadas, para construir un verdadero *ranking* de desempeño de I.P.S. conforme las motivaciones establecidas en el auto 591 de 2016? Señale los resultados obtenidos, los obstáculos que se ha evidenciado, y las soluciones propuestas para superarlas.

3.34. Señale las acciones adoptadas en el diseño de la herramienta virtual que permita a los usuarios consultar de manera sencilla, comprensible y adecuada las IPS que mejor posicionadas están en el *ranking* de acuerdo con su necesidad. Indique los resultados obtenidos (avances y retrocesos), obstáculos que se presentan y las soluciones propuestas.

Órdenes 21 y 22

3.35. ¿Cuáles son las medidas adoptadas para solucionar las deficiencias en el sistema de información que permita mejorar la calidad de ésta reportada por las EPS del régimen subsidiado⁵⁸ y superar las barreras de acceso en los servicios de

⁵⁶ Resolución 5267 de 22 de diciembre de 2017 “por la cual se adopta el listado de servicios y tecnología que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud”.

⁵⁷ Resolución 5269 de 22 de diciembre de 2017 “por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”.

⁵⁸ Para que la misma sea representativa de la Unidad de Pago por Capitación.

salud? Señale los resultados obtenidos y los obstáculos que se presentan en esta materia.

3.36. ¿Qué medidas se han adoptado para que el porcentaje de equiparación de la UPC de los dos regímenes aumente al 95 % conforme lo dispuesto en el numeral quinto de la parte resolutive del auto 411 de 2016? Señale el impacto y los avances que han tenido en la superación de la meta establecida, así mismo, los obstáculos presentados y las soluciones propuestas.

3.37. ¿Cuáles son los estudios que justifican la UPC establecida para los regímenes subsidiado y contributivo? Indique si la forma en que se calcula la UPC en la actualidad garantiza la sostenibilidad financiera en ambos regímenes. En caso que no sea así, señale las acciones tomadas al respecto.

Orden 23

3.38. ¿Qué acciones se han adoptado para superar los problemas de falta de oportunidad o no entrega del reporte por parte de las IPS a las E.P.S. en la prescripción de servicios? Señale los resultados, obstáculos que se presentan y las medidas propuestas.

3.39. ¿Qué acciones se han desplegado para solucionar los inconvenientes presentados, cuando un médico incurre en un error al momento de hacer la prescripción y no le es posible corregirla⁵⁹?

3.40. ¿qué medidas se han adoptado tendientes a superar los inconvenientes evidenciados⁶⁰ en las prescripciones realizadas a los pacientes de enfermedades huérfanas?

3.41. ¿Qué acciones se han desplegado tendientes a establecer de manera certera y precisa la oportunidad de entrega de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios?

3.42. ¿Cuáles son las EPS que más tardan en la entrega y autorización de medicamentos y procedimientos?, señale las acciones que se han implementado al respecto, el impacto y los avances que han tenido en la superación de esta

⁵⁹ Teniendo en cuenta lo señalado por la Defensoría del Pueblo en documento de 19 de mayo de 2017 (AZ orden XIX-M, folio 5854) en donde expresamente puntualizó que: “*Se ha presentado situaciones en que el médico ingresa al sistema con el código asignado, lo ordena por el sistema, sale de vacaciones, se incapacita, viaja, etc., y desafortunadamente incurre en algún error. En este caso, ningún otro profesional, así sea par, puede ingresar al sistema a corregir la información y seguir el trámite, lo que dilata la entrega del servicio requerido por el usuario, quedando sin posibilidad de acceder al medicamento hasta que no regrese el profesional. Las EPS se amparan en que no pueden hacer nada porque el sistema no lo permite*”.

⁶⁰La Defensoría del Pueblo manifestó que: “*para el caso de enfermedades huérfanas, artritis reumatoide y otros síndromes, que tienen diferentes grupos, se induce en error al médico tratante al momento de la prescripción, ya que el Mipres emite un código que en la mayoría de las veces no corresponde con la tecnología que ha indicado el médico a su paciente.*” (AZ orden XIX-M, folio. 5855).

problemática, así mismo, los obstáculos que se han presentado y las soluciones propuestas para superarlos.

3.43. ¿Cuáles son los inconvenientes presentados en el uso del aplicativo MIPRES y qué acciones se ha implementado para superarlo?

4. Se solicitará al Ministerio de Salud y Protección Social, al INPEC y a la Defensoría del Pueblo que respondan las siguientes preguntas atinentes al acceso a los servicios de salud por parte de la población carcelaria.

4.1. ¿Cuáles son los principales problemas en materia de acceso a los servicios de salud en la población carcelaria?

4. 2. ¿Cuáles son las medidas que se han tomado en relación con las mujeres privadas de la libertad en estado de embarazo? Señale si se les están efectuando controles prenatales sin distinción al régimen al cual están afiliadas, y cada cuanto se realizan los mismos. Además indique si reciben asesoramiento sobre su salud y dieta en el marco de un programa elaborado y supervisado por un profesional de la salud y cómo se está desarrollando.

4.3. ¿Cuál es el tiempo promedio que tarda el INPEC en informar a las EPS del régimen contributivo, que un afiliado en condición privativa de la libertad requiere atención extramural?

4.4. ¿Cuál es el tiempo promedio en que tardan las EPS del régimen contributivo en prestar los servicios médicos a una persona privada de la libertad una vez el INPEC informa que este requiere atención extramural?

4.5. ¿Cuáles son los obstáculos evidenciados en la prestación de los servicios extramurales por parte de las EPS del régimen contributivo a la población carcelaria afiliada a dicho régimen?, indique las acciones tomadas para superarlas.

4.6. ¿Existe un mecanismo sistematizado que permita determinar los tiempos en que tardan el INPEC en informar a las EPS que una persona afiliada a dicho régimen requiere atención extramural, y el tiempo que toman las EPS para la prestación efectiva del servicio?

4.7. ¿Cuál es el tiempo que tarda la atención en salud de la población carcelaria que se encuentra en el régimen subsidiado? Señale las medidas tomadas para disminuirlo, los resultados obtenidos, los obstáculos que se presentan y las soluciones propuestas.

4.8. ¿Cuál es el mecanismo diseñado para llevar el control de los tiempos que tardan en recibir atención médica la población privada de la libertad que se encuentra en el régimen subsidiado? Señale los aspectos positivos y las falencias del mismo. En este último caso indique las medidas tomadas para superarlas.

5. Se solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud, que conteste las siguientes preguntas:

5.1. Conforme a lo señalado en el artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013⁶¹ ¿cuáles EPS han incumplido con el sistema de agendas abiertas para la asignación de cita de medicina especializada desde el segundo trimestre de 2014 hasta el primer trimestre de 2018? Señale las investigaciones que se han adelantado contra estas EPS, la etapa en que se encuentra y las sanciones impuestas.

5.2. Manifieste si en los años 2014 a 2017 ha llevado a cabo auditorías en las EPS, en relación con la oportunidad de la prestación de los servicios de salud, en caso afirmativo, señale los hallazgos encontrados, así como las barreras identificadas en forma recurrentes en las distintas EPS y las medidas adoptadas para superarlas.

Así mismo, teniendo en cuenta las auditorias anteriores, informe los avances en materia de acceso oportuno observados. Esta información debe presentarse por año.

5.3. ¿Ha realizado seguimiento, al cumplimiento de los planes de mejoramiento presentados por las EPS, con ocasión de los hallazgos de las auditorias?, en caso afirmativo, señale el seguimiento efectuado.

5.4. ¿Qué acciones ha adelantado en relación con las EPS que debiendo presentar el plan de mejoramiento no lo han realizado, o que allegándolo, no lo han cumplido?, indique el estado actual de las actuaciones iniciadas con ocasión a ello.

5.5. Señale el número de peticiones, quejas y reclamos que han presentado los usuarios del sistema a la Superintendencia, referentes a falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta: (i) médica general, (ii) odontología básica, (iii) médica especializada pediatría, (iv) médica especializada ginecología, (v) médica especializada obstetricia, (vi) médica especializada de medicina interna, (vii) médica especializada de cardiología, (viii) médica especializada de gastroenterología, (ix) médicas especializada de otras especialidades médicas. Así mismo, en lo relativo a la falta de oportunidad en: (i) la atención en el servicio de urgencias, (ii) hospitalización, (iii) prestación de servicios de imagenología de primer nivel, (iv) imagenología de segundo y tercer nivel, (v) para la prestación de servicios de laboratorio clínico y anotomo-patología, (vi) programación de cirugía, (vii) programación de procedimientos quirúrgicos, (viii) entrega de medicamentos POS, (ix) por el vencimiento de las autorizaciones, (x) asignación de UCI; negación para la entrega de medicamentos POS; negación de insumos médicos hospitalarios POS; demora en la autorización de: (i) medicamentos POS; (ii) de servicios de alto costo para VIH; (iii) de servicios de alto costo para enfermedad

⁶¹ El cual señala que: “Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de ambos regímenes, directamente o a través de la red de prestadores que definan, deberán tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año. Dichas entidades en el momento en que reciban la solicitud, informarán al usuario la fecha para la cual se asigna la cita, sin que les sea permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida. (...)”

renal, (iv) de servicio de alto costo para cáncer, (v) de cirugía POS, (vi) de servicios de urgencias, (vii) de insumos POS; falta de disponibilidad en camas.

En cuanto al motivo PQR⁶² “falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas”, discrimine las citas médicas que más presentan quejas dentro de esta categorización.

Esta información debe ser clasificada por año, desde el 2014 al 2017 y señalar además el porcentaje de quejas al que equivale cada uno de esos *ítems*.

5.6. ¿Qué acciones o medidas se han tomado frente a estas PQR, y los resultados de las mismas?

5.7. ¿Cuáles son las Entidades Promotoras de Salud o Empresas Sociales del Estado, de las cuales los usuarios presentan más quejas y reclamos referente a temas de acceso oportuno? Señale las actuaciones que ha desplegado frente a dichas entidades y los resultados de las mismas.

5.8. ¿Cuáles son las EPS de las cuales los usuarios presentan más quejas por: a. no poder comunicarse a los números proporcionados por aquellas para la asignación de citas, b. entregar autorizaciones a IPS con las cuales no tienen contratos; c. no prestación de servicios de atención domiciliaria y no autorización para transporte de personas discapacitadas y adultos mayores?, indique las acciones tomadas frente a ellas y los resultados de las mismas.

5.9. ¿Qué EPS no están efectuando el reporte establecido en el anexo tipo No. 2 de la Resolución 256 de 2016⁶³? ¿Qué acciones ha adoptado al respecto?

5.10. ¿Qué EPS no están dando cumplimiento a los plazos consagrados en el artículo 123⁶⁴ del Decreto Ley 019 de 2012 y artículo 1⁶⁵ de la Resolución 1552

⁶² Peticiones, quejas y reclamos.

⁶³ En el marco de lo dispuesto en el anexo técnico No. 2 de la Resolución 256 de 2016 las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) deben “reportar un registro tipo 2 por cada cita de primera vez en el año por cada usuario y por cada especialidad, (...)” en la que se debe llenar entre otros campos la “identificación del tipo de cita o procedimiento no quirúrgico”, “fecha de solicitud de la cita”, si “la cita fue asignada”, “fecha de la asignación de la cita”, “fecha para cual el usuario solicitó que le fuera asignada la cita (fecha deseada)”.

⁶⁴ Este artículo señala que: “Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, deberán garantizar la asignación de citas de medicina general u odontología general, sin necesidad de hacer la solicitud de forma presencial y sin exigir requisitos no previstos en la Ley. **La asignación de estas citas no podrá exceder los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud.** De igual forma, las EPS contarán con sistemas de evaluación y seguimiento a los tiempos de otorgamiento de citas que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación.-El incumplimiento de esta disposición acarreará las sanciones previstas en la ley.-Parágrafo El Ministerio de Salud y Protección Social podrá determinar las excepciones a lo dispuesto en este artículo para las zonas geográficas con restricción de oferta de salud y condiciones de acceso.” (Se resalta).

⁶⁵ El cual dispone lo siguiente: “(...) Parágrafo 1. **En los casos en que la cita por medicina especializada requiera autorización previa por parte de la Entidad Promotora de Salud - EPS, ésta deberá dar respuesta sin exceder los cinco (5) días hábiles, contados a partir de la solicitud.**- Parágrafo 2. Cuando por la condición clínica del paciente, especialmente, tratándose de gestantes y de pacientes que presenten diagnóstico presuntivo o confirmado de cáncer, el profesional tratante defina un término para la consulta especializada, la Entidad Promotora de Salud - EPS gestionará la cita, buscando que la misma sea asignada, en lo posible, dentro del término establecido por dicho profesional.- Parágrafo 3. La asignación de las citas de odontología general y medicina general, no podrá

de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social en lo que respecta a la asignación de citas médicas?

5.11. ¿Qué acciones o investigaciones ha adelantado con respecto a las EPS que incumplieron el término de asignación de citas⁶⁶?, señale la etapa en que se encuentran esos procesos y las sanciones impuestas si las hubiere.

5.12. ¿Ha recibido quejas en contra de las EPS relacionadas con el tema de movilidad y portabilidad? En caso afirmativo, a que hacen referencia las mismas y las acciones tomadas al respecto.

6. Se solicitará a la Defensoría del Pueblo que además de los interrogantes contenidos en el numeral cuarto de la parte considerativa de este proveído, presente un informe, en el marco del periodo comprendido entre el primer trimestre de 2015 y el primero de 2018 referente a: (i) los principales motivos de reclamos en materia de salud por parte de los usuarios de SGSSS y (ii) al cumplimiento de las EPS de tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada, y se pronuncie acerca de las preguntas realizadas al Ministerio de Salud y Protección Social contenidas en el numeral tercero de las consideraciones.

Así mismo, teniendo en cuenta que en escrito de 19 de mayo de 2017 manifestó que ha detectado restricciones a los profesionales médicos tales como: *“prohibición en la formulación del tratamiento más idóneo o especializado, restricción al momento de recetar medicamentos que generen altos costos, restricción en la remisión a especialistas y a niveles de alta complejidad”*⁶⁷ deberá indicar las gestiones y actuaciones desplegadas en virtud de la información obtenida.

7. Adicionalmente, se solicitará a la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud –GESTARSALUD-, al Programa Así Vamos en Salud, a la Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social -CSR-, a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –ACEMI, a la asociación Colombiana de Facultades de Medicina- ASCOFAME-, a la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social –FEDESALUD-, que señale las deficiencias que se siguen evidenciando en materia de accesos oportuno de los servicios de salud , así como los avances que consideren se han obtenido al respecto y se pronuncie acerca de las preguntas realizadas al Ministerio de Salud y Protección Social contenidas en el numeral tercero de las consideraciones.

exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud, salvo que el paciente las solicite de manera expresa para un plazo diferente. Dichas entidades en el momento en que reciban la solicitud, informarán al usuario la fecha para la cual se asigna la cita, sin que les sea permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida.” (Se resalta).

⁶⁶ consagradas en el artículo 123⁶⁶ del Decreto Ley 019 de 2012 y artículo 1⁰⁶⁶ de la Resolución 1552 de 2013.

⁶⁷ Cfr. AZ orden XIX, folio 5855 vto.

8. Aunado a lo anterior, se invitará a las Facultades de Derecho de la Universidad de los Andes, de la Universidad Nuestra Señora del Rosario, de la Universidad Libre de Bogotá, de Pereira y de Barranquilla, de la Universidad de Antioquia, de la EAFIT, de la Universidad Nacional de Colombia, de la Universidad Externado de Colombia, de la Universidad de la Guajira, de la Universidad Popular del César, de la Universidad ICESI, de la Universidad Santiago de Cali, a la Comisión de Seguimiento de la Sociedad Civil a la Sentencia T-388 de 2013 y a la Fundación Acción Interna para que se pronuncien acerca de los inconvenientes en materia de acceso de servicios de salud en la población privada de la libertad y respondan en la medida de sus posibilidades los interrogantes planteados en el numeral cuarto de la parte considerativa de esta providencia, teniendo en cuenta que estas instituciones han servido de apoyo en el seguimiento de las sentencias T-388 de 2013 y T-762 de 2015.

9. Finalmente, esta Sala solicitará a todas las autoridades referidas que respondan las preguntas y presenten los informes respectivos en medio físico y magnético, anexando los documentos que sirvan de sustento. De igual forma, se les pedirá que sus respuestas sean claras, precisas y pertinentes.

En mérito de lo expuesto, el magistrado sustanciador

III. RESUELVE:

Primero: Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social para que en el término de diez (10) días hábiles contados a partir del día siguiente del recibido de la comunicación de la esta providencia, presente el informe solicitado y conteste los interrogantes planteados en el numeral tercero y cuarto de la parte considerativa de esta providencia

Segundo: Solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud para que, en el término de diez (10) días hábiles, contados a partir del día siguiente del recibido de la comunicación de esta providencia, responda las preguntas formuladas en el numeral quinto de las consideraciones de esta providencia.

Tercero: Solicitar a la Defensoría del Pueblo, para que en el término de diez (10) días hábiles, contados a partir del día siguiente del recibido de la comunicación de esta providencia, conteste las preguntas y presente el informe solicitado en los numerales cuarto y sexto de las consideraciones de esta providencia.

Cuarto: Solicitar al INPEC, para que en el término de diez (10) días hábiles, contados a partir del día siguiente del recibido de la comunicación de esta providencia responda las preguntas contenidas en el numeral cuarto de las consideraciones de esta providencia.

Quinto: Solicitar a la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud –GESTARSALUD-, al Programa Así Vamos en Salud, a la Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de

Salud y Seguridad Social -CSR-, a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –ACEMI, a la asociación Colombiana de Facultades de Medicina- ASCOFAME-, a la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social –FEDESALUD- para que en el término de diez (10) días hábiles, contados a partir del día siguiente del recibido de la comunicación de esta providencia, se pronuncie con respecto a los solicitado en el numeral séptimo de las consideraciones de esta providencia.

Sexto: Invitar a las Facultades de Derecho de la Universidad de los Andes, de la Universidad Nuestra Señora del Rosario, de la Universidad Libre de Bogotá, de Pereira y de Barranquilla, de la Universidad de Antioquia, de la EAFIT, de la Universidad Nacional de Colombia, de la Universidad Externado de Colombia, de la Universidad de la Guajira, de la Universidad Popular del César, de la Universidad ICESI, de la Universidad Santiago de Cali, a la Comisión de Seguimiento de la Sociedad Civil a la Sentencia T-388 de 2013 y a la Fundación Acción Interna para que se pronuncie en relación con lo solicitado en el numeral octavo de las consideraciones de esta providencia.

Séptimo: solicitar a todas las autoridades referidas que respondan las preguntas y presenten los informes respectivos en medio físico y magnético, anexando los documentos que sirvan de sustento. De igual forma, sus respuestas deben ser claras, precisas y pertinentes.

Octavo: Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones pertinentes, adjuntando copia de este auto.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase,

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado Sustanciador

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General