

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



## CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

### AUTO

**Referencia:** Seguimiento a la orden vigésimo cuarta<sup>1</sup> de la sentencia T-760 de 2008.

**Asunto:** Traslado al Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Superintendencia Nacional de Salud y Fiscalía General de la Nación de los conceptos emitidos por los peritos constitucionales con ocasión de lo establecido en el auto de fecha 24 de abril de 2018.

**Magistrado Sustanciador:**  
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D. C., veintisiete (27) de junio de dos mil dieciocho (2018).

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

### I. ANTECEDENTES

1. En el marco del seguimiento al cumplimiento de la orden de la referencia, fue proferido el auto de fecha 24 de abril de 2018, mediante el cual esta Sala dio traslado a los peritos constitucionales voluntarios<sup>2</sup> para que se pronunciaran<sup>3</sup> respecto de los últimos informes enviados por el Ministerio de Salud y Protección Social para acreditar el acatamiento del referido mandato, con radicados No. 201633200617601 y No. 201633202004181, y de manera clara y precisa sobre cada uno de los puntos desarrollados en el No. 201811000227541.

2. En atención a lo anterior, el 15 de mayo de 2018 Asocajas solicitó la “*ampliación del término que, en calidad de perito constitucional, se le fijó [...] con el fin de que allegara la respuesta a unos interrogantes planteados en el numeral 7 de la parte*

---

<sup>1</sup> “Vigésimo cuarta. Ordenar al Ministerio de la Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga<sup>1</sup> que adopten medidas para garantizar que el procedimiento de recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud ante el Fosyga, así como ante las entidades territoriales respectivas, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al sistema de salud para financiar los servicios de salud, tanto en el evento de que la solicitud se origine en una tutela como cuando se origine en una autorización del Comité Técnico Científico.

Para dar cumplimiento a esta orden, se adoptarán por lo menos las medidas contenidas en los numerales vigésimo quinto a vigésimo séptimo de esta parte resolutive.”

<sup>2</sup> Cfr. Auto 120 de 2011, auto 147 de 2011, auto 386 de 2014 y auto 119 de 2015. En estos proveídos se enlistan los peritos voluntarios que han apoyado a la Sala de Salud en el seguimiento al cumplimiento de las órdenes emitidas en la sentencia T-760 de 2008.

<sup>3</sup> En un término de diez (10) días siguientes a la notificación del mismo.

*considerativa del auto del 24 de abril de 2018, notificado a [esa] asociación el día 30 de abril siguiente. Lo anterior, debido al volumen del material objeto de estudio, la complejidad de los aspectos a analizar y la importancia y trascendencia de los asuntos que se debaten”, el cual le fue prorrogado mediante auto de fecha 31 de mayo de 2018.*

3. Por su parte, Acemi<sup>4</sup>, la Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008<sup>5</sup>, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC)<sup>6</sup>, la organización Así Vamos en Salud<sup>7</sup> y Gestarsalud<sup>8</sup> remitieron los conceptos referidos, en los cuales se lee de manera generalizada que si bien se presentan avances en el cumplimiento de la orden en cuestión, también se evidencia que las medidas adoptadas por el Ministerio no han sido adecuadas o en su defecto suficientes ni eficientes para conjurar la problemática advertida en la sentencia estructural en relación con el mandato vigésimo cuarto, señalando algunas de las fallas que en su parecer persisten.

4. **Acemi** encontró avances en la adopción de medidas tendientes a garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud<sup>9</sup>. Señaló que el mecanismo especial (MIPRES) permite mayor número de facilidades a los afiliados y al Ministerio “*conocer de manera directa, la información relacionada con la prescripción, permitiéndole efectuar mayores análisis de pertinencia y controlar mediante regulación incentivos inadecuados en el sistema.*” De igual manera, reconoció los progresos introducidos al sistema de salud con la adopción de medidas como el control de precios de medicamentos y las compras centralizadas.

No obstante, recordó que existen retos importantes para garantizar la efectividad del derecho, toda vez que siguen presentándose dificultades para la financiación adecuada de los servicios de salud, a saber:

i) El presupuesto de la ADRES de la vigencia de 2018 no es suficiente para cubrir las obligaciones en salud, ya sea para el pago de la UPC o para el de los servicios no incluidos en el PBS<sup>10</sup>.

ii) Con las modificaciones del esquema de financiación del régimen contributivo, a través de las cuales se eliminó la contribución de las empresas, los recursos requeridos para el régimen contributivo al igual que ha sucedido con el subsidiado no se encuentran garantizados y dependen de la capacidad de gestión del Ministerio de Salud ante el de Hacienda y Crédito Público.

Afirmó que para cubrir los valores no financiados en la UPC sólo se ha dispuesto de \$1 billón, que en su parecer, es insuficiente para garantizar el pago de los servicios en salud que ahora “*se prescriben por MIPRES o se autorizan por tutela*”.<sup>11</sup>

<sup>4</sup> Escrito radicado el 11 de mayo de 2018.

<sup>5</sup> Documento radicado el 15 de mayo de 2018.

<sup>6</sup> Concepto radicado el 17 de mayo de 2018.

<sup>7</sup> Documento radicado el 17 de mayo de 2018.

<sup>8</sup> Comunicación radicada el 24 de mayo de 2018.

<sup>9</sup> Tales como la “*aclaración del Plan de Beneficios y definición de un mecanismo administrativo que permite acceder, en el régimen contributivo a servicios que no se encuentran incluidos en el seguro público financiado por la UPC.*”

<sup>10</sup> Plan de Beneficio en Salud.

<sup>11</sup> En los últimos años el valor de los servicios no incluidos en la UPC presentados a recobro al Sistema ha estado alrededor de los \$4 billones (precios de 2018) y el sistema sólo ha pagado a las EPS cerca de \$3 billones anuales en promedio. En relación con esto, Acemi señaló: “*Si se acepta que el monto de los recobros del 2018 mantiene la tendencia (\$4 billones) el presupuesto de la ADRES debería disponer de por lo menos*

Conforme a lo anterior, indicó que se ha ido acumulando una deuda por pagar con ocasión de la prestación de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios, que a diciembre de 2017<sup>12</sup> asciende a 5 billones en el RC<sup>13</sup> y que en el RS<sup>14</sup> se desconoce el valor real pero se estima supera el billón de pesos. Al respecto, señaló la importancia de revisar integralmente el acceso y financiación adecuada de los servicios no financiados por la UPC.<sup>15</sup>

Aseveró de igual forma que los servicios sociales<sup>16</sup> otorgados mediante tutela se están financiando con los recursos de la salud y ello puede constituir una desviación del objetivo principal de los mismos. Estimó que si bien existen grupos que requieren de atención especial por sus particulares condiciones de salud, estos demandan recursos que deberían asignarse de manera exclusiva para los mismos sin afectar los directamente destinados a la salud general de la población.

Finalmente, en relación con la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, concluyó que *“los recursos asignados son insuficientes, lo cual genera un riesgo inminente para el acceso a los servicios de salud, no solamente los no incluidos en el plan sino también los del plan de beneficios, pues las entidades utilizarán parte de la UPC para financiarlos hasta su agotamiento con la consecuente crisis financiera de los aseguradores, prestadores y demás proveedores de servicios de salud.”*

En cuanto al flujo de recursos, precisó que se siguen presentando dificultades a pesar de los esfuerzos normativos del Ministerio de Salud y Protección Social, tales como

---

*§3 billones adicionales para pagar los servicios que se prescriban durante el año. Por supuesto también tendrá que disponer de los recursos para el pago de los recobros pendientes de pago los cuales, al corte de diciembre de 2017, aún estaban en revisión (\$1.4 billones). Es decir que para mantener un adecuado flujo de recursos hacia el sistema en el régimen contributivo la ADRES necesita mínimo \$4.5 billones adicionales a lo que está hoy dispuesto en la Resolución 083 de esa entidad. En el régimen contributivo el pago por parte de la ADRES a las EPS ha tenido un retraso de más de 120 días afectando seriamente el flujo de caja de todo el sector. Los recobros que se presentaron en septiembre de 2017 que debían, según las normas, ser cancelados en noviembre del mismo año sólo fueron pagados hasta marzo de 2018. En el régimen subsidiado no existen procesos estándar para el reconocimiento y pago de estos servicios los cuales son definidos de manera autónoma por cada una de las entidades territoriales. Adicionalmente, estas argumentan que tampoco tienen recursos para financiarlos. La grave afectación del sistema está originada en la desfinanciación de los servicios no financiados por el seguro público que está amenazando también la prestación de los servicios que la EPS debe garantizar ya que la única fuente de recursos de la EPS es la prima del seguro, es decir, la UPC y con ellos debe pagar también lo no PB mientras la ADRES o la ET en el régimen subsidiado, le reembolse lo que le corresponde al estado.”* Informe radicado el 11 de mayo de 2018 en esta Corporación. Página 4 del informe. AZ XXIV- P folio 347.

<sup>12</sup> Si bien en el informe se lee a 2018, por el contexto de lo que Acemi explica esta Sala corrigió el año al considerar que quiso decir “2017” toda vez que a la fecha no se ha causado diciembre de 2018.

<sup>13</sup> Régimen contributivo.

<sup>14</sup> Régimen subsidiado.

<sup>15</sup> Esto, con la finalidad de que se establezca de manera previa: *“-Definición de los servicios que van a ser financiados por esta vía (criterios de costo efectividad). -Requisitos para el acceso a servicios no incluidos- Criterios de priorización-Fuentes de financiación, incluyendo copagos cuando las personas tienen capacidad económica para asumir un porcentaje del costo-Límites claros y plan de ampliación gradual de beneficios de acuerdo con la disponibilidad en materia de recursos financieros, físicos y humanos-Para el régimen subsidiado, aplicación del mecanismo de autorización de servicios igual al del régimen contributivo y garantía de pago.”*

<sup>16</sup> En la sentencia C-1199 de 2008 estableció: *“Si bien el término servicios sociales no aparece bajo ese mismo texto en ningún artículo de la Constitución Política, la Corte puede inferir el alcance de la expresión, entendiéndolo, como actividades de carácter permanente y habitual, desarrolladas por el Estado o bajo su coordinación o supervisión, destinadas a satisfacer necesidades de carácter general de la población, en particular aquellas relacionadas con los derechos a los que la Constitución les atribuye un carácter social, o cuya prestación origina gasto público social, como las relacionadas, a título meramente enunciativo, con la atención de necesidades en salud, educación y/o vivienda.”*

insuficiencia de recursos del presupuesto, sujeción de los giros del ADRES al Plan Anualizado de Caja, inconvenientes en la aplicación de las normas, dentro de los cuales señala la inadecuada interpretación de contenidos del Plan de Beneficios (*“glosa principalmente cuando se trata de contenidos condicionados o usos no registrados ante el INVIMA”*) o inobservancia de los plazos para el pago. Adicionalmente *“problemas específicos de insuficiencia de recursos en los entes territoriales para efectos de garantizar el pago en el régimen subsidiado”*.

En relación con la transparencia, la corrupción y el fraude al interior del SGSSS reconoció los avances obtenidos con la implementación del MIPRES, el observatorio de enfermedades huérfanas, el Sistema de Afiliación Transaccional y la depuración de datos con la Registraduría Nacional del Estado Civil y otras bases de datos oficiales.

Desaprobó la falta de actuación por parte del Gobierno Nacional en relación con la investigación y sanción de empresas que realizan afiliaciones irregulares al Sistema General de Seguridad Social, fraudes en incapacidades y prestaciones económicas (adulteraciones o invenciones de los documentos relacionados con incapacidades) y venta o destinación indebida de insumos y/o medicamentos entregados por las EPS a los usuarios.

Consideró que ante la baja cuantía que representa algunas actuaciones delictuosas, estas irregularidades muchas veces no son denunciadas y se quedan impunes, por lo que propone que se consignen sanciones de tipo administrativo por los órganos de control y vigilancia del sector, que tengan efectividad en materia de sanción, disuasión y prevención.

En relación con el cuestionario elevado a los peritos, esta organización respondió cada una de las preguntas y de ello se desprende lo siguiente:

Esbozó que el Ministerio ha adoptado medidas tendientes a obtener mayor información, lo que permite transparencia en los procesos y mejor control y que gracias a su implementación se han detectado anomalías en el *“diagnóstico y prescripción de algunos medicamentos”*.<sup>17</sup>

Anotó la necesidad de implementar normatividad con efecto disuasivo y no solo sancionatorio ante eventos de “microfraude”, en los cuales si bien se presenta un alto volumen de los mismos es posible que el monto de cada causa sea menor<sup>18</sup> y por eso a veces pasan por desapercibidos o no se investigan.

También reconoció que la desconfianza al interior de SGSSS conlleva a que los actores dentro del mismo soliciten más requisitos de los inicialmente requeridos, lo que obstaculiza el flujo de recursos y no contribuye a prevenir las prácticas defraudatorias.

En relación con el procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa consideró que en la primera de las dos etapas en la que se surte se han presentado problemas al considerar que, aun cuando las EPS se esfuercen para

---

<sup>17</sup> Afirmó que el diseño de políticas de control de precios de medicamentos y compras centralizadas contribuye con una mayor eficiencia en el manejo de los recursos y los salvaguardan de manera efectiva al interior del SGSSS.

<sup>18</sup> Un día de incapacidad, por ejemplo, en donde si bien por el estatuto anticorrupción la conducta puede tipificarse el desgaste del sistema es enorme y congestiona la rama judicial.

explicar al Fosyga el fundamento de apropiación de los recursos, en muchas ocasiones sin analizar los casos dicha entidad los remite ante la Superintendencia Nacional de Salud.<sup>19</sup>

Señaló por ejemplo que no es razonable que se apliquen auditorías posteriores a las EPS y se les solicite la devolución de recursos por inconsistencias con la información del afiliado contenida en la base de datos consultada (BDUA) si se supone que con anterioridad al pago se efectuó una validación de los datos en la misma base por parte del pagador. Indicó que *“si bien podría existir un margen de error explicable en algún problema puntual que se presentó, no debería ser un tema frecuente que genera toda una carga operativa para demostrar que el pago si era correcto”*.<sup>20</sup>

Mencionó que las auditorías previas al pago deben verificar todas las condiciones y requisitos de ley y a su vez, las que se efectúen de manera posterior solo deberían operar en casos excepcionales brindando seguridad jurídica y disminuyendo costos administrativos y operativos al sistema.

En relación con el tiempo previsto para que se surta el procedimiento de recobro, indicó que no es razonable que la EPS pague para después solicitar reembolso, y que dicho pago lo debería realizar directamente el FOSYGA al prestador o proveedor de servicios de salud, garantizando mayor eficiencia y oportunidad en el flujo de los recursos.

Concluyó que los plazos establecidos en la norma para la ejecución de las diferentes etapas del procedimiento de recobro no se cumplen.<sup>21</sup>

En relación con las glosas, advirtió que una vez objetadas, el auditor devuelve con nuevas glosas no contempladas en un primer momento, lo que genera dificultades a las EPS, toda vez que en esa etapa no existe mecanismo para que las entidades puedan objetar para explicar o soportar la no pertinencia de la nueva glosa.<sup>22</sup>

Por otro lado, resaltó como aspectos negativos del proceso de cobros: la desconfianza del Estado en la plataforma MIPRES<sup>23</sup>; costos adicionales por la

---

<sup>19</sup> Al respecto anotó: *“Por su parte, la Supersalud ha considerado de manera reiterada, que su función se limita a realizar el cobro de los recursos presuntamente apropiados sin justa causa, sin aceptar ningún tipo de explicación sobre la debida apropiación. De esta manera, el esfuerzo que realiza la EPS para justificar la apropiación resulta en muchas ocasiones frustrado, a pesar de que los recursos hayan sido apropiados con justa causa.”*

<sup>20</sup> Pág. 10 del informe.

<sup>21</sup> Señaló mora en el giro previo, que los montos del giro directo se han venido reduciendo, retrasos en el pago de excedente, que el procedimiento para objetar glosas presenta demoras convirtiéndose en una etapa del proceso que en la práctica no funciona adecuadamente, así por ejemplo, expuso que la respuesta por parte del Fosyga (hoy Adres) a la objeción, en la práctica demora entre 9 y 11 meses.

<sup>22</sup> Al respecto acotó que considera importante *“que quienes resuelven las objeciones a las glosas, sean auditores diferentes a los que realizaron la auditoría inicial, por cuanto si son los mismos, como en efecto ocurre, puede existir un sesgo para no aceptar los errores cometidos por el auditor en su labor inicial.”*

<sup>23</sup> La plataforma da credibilidad al Estado para el funcionamiento de la autorización de las prestaciones, no obstante es posible afirmar que al momento de tramitar el recobro, tanto el Ministerio de Salud y Protección Social como la ADRES, no confían en la plataforma y exigen requisitos para el recobro no previstos. Por ejemplo se exige copia del consentimiento informado que carece de sentido exigirlo como requisito para el recobro. También califica como incoherente desde cualquier punto de vista, que para prescribir la prestación a través de MIPRES baste el diligenciamiento del médico y de la junta en la plataforma, y que para el recobro se exija a la Empresa Promotora de Salud la copia física del Acta de la Junta Médica cuando se trata de prestaciones que precisan de la misma. *“Este documento es particularmente difícil de encontrar, porque la mayoría de las actas las conserva una IPS distinta a la que da el suministro, y afecta el recobro de un*

realización de Juntas de Profesionales; la regulación de los términos para anular prescripciones<sup>24</sup>; limitaciones que generan envejecimiento de cartera<sup>25</sup>.

Sobre las medidas de pago previo y giro directo señaló que han servido para mejorar el flujo de recursos pero no en su totalidad, por lo que propuso la eliminación del recobro, para que se efectúe un pago directo al proveedor y/o prestador del servicio de salud; la simplificación de los requisitos para el pago; mayor claridad sobre la disponibilidad presupuestal anual destinada a financiar estos servicios y el pago de recobros en el régimen subsidiado a través de la ADRES.

En concreto, sobre la medida de giro previo indico que ha mejorado el flujo de recursos, no obstante, como el pago no es por la totalidad del servicio que la EPS asumió, el mismo se torna insuficiente dentro de un esquema de flujo de caja, toda vez que se presenta demora para efectos del pago total de la deuda del Fosyga con la EPS.

Analizó que el procedimiento de giro directo mejora el flujo y permite destinar los recursos de la UPC al pago de los servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, sin embargo, al no tratarse de una medida obligatoria, gran parte de los prestadores no la han acogido por cuanto desconfían del estado como pagador.

Manifestó que para mejorar el flujo de recursos podría instaurarse el levantamiento automático de glosas ante errores de auditoría. También propuso la aplicación de filtros y mallas a MIPRES para garantizar un mejor control tanto de los planes de beneficios como de la pertinencia de la prescripción en aras de proteger a los afiliados.

Sobre los requisitos que consideró que deberían eliminarse del procedimiento de recobros para mejorar el flujo de recurso afirmó que algunos aspectos podrían ajustarse y otros eliminarse. Así, por ejemplo, anotó que el proceso debería surtirse de forma directa entre Adres y las IPS, sugirió eliminar la exigencia del acta en físico de las juntas médicas y también la de la entrega del consentimiento informado por no tener relación alguna con la obligación.

Por otra parte, Acemi consideró que no existen mecanismos conducentes para prevenir que los recursos de la UPC sean destinados a cubrir servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y recordó que persiste la preocupación en relación con la destinación de estos dineros para cubrir las deudas generadas por los servicios y tecnologías no contempladas en el Plan de Beneficios en Salud.

5. La Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud respondió los interrogantes planteados por esta Sala y manifestó a grandes rasgos que algunos actos administrativos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social no tuvieron en cuenta la expedición de la

---

*número importante de prestaciones tales como paños húmedos, suplementos nutricionales, y cremas, entre otras.*"

<sup>24</sup> Si no se controla de manera adecuada puede derivar en el suministro de servicios que no están financiados con cargo a la UPC.

<sup>25</sup> Como el hecho de que los recobros por prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud solo puedan tramitarse ante la Adres cuando supere cierto monto y el hecho de que la agrupación deba hacerse por cada paciente y este proceso pueda tardar meses quedando recobros sin poderse presentar. Exigir requisitos innecesarios. Los cambios en la malla de validación al final de cada mes interrumpe los periodos de radicación y obliga al reproceso de todo lo gestionado. La deficiente calidad de las auditorías conllevan a reprocesos y sobrecostos.

Ley Estatutaria 1751 de 2015, por lo cual los considera ilegales, como la Resolución 1328 expedida el 15 de agosto de 2016.

Criticó que algunas medidas adoptadas por el ente Ministerial hayan tardado hasta 4 años<sup>26</sup> para lograr su eficiencia. Señaló que el procedimiento de recobros quedó inaplicable desde la entrada en vigencia de la Ley Estatutaria al considerar que esta lo eliminó y por ende, solo es aplicable a las solicitudes de recobro pendientes y anteriores a dicha norma.

Señaló que el procedimiento de reintegro de recursos apropiados sin justa causa debería ejecutarse de manera inmediata y adicionalmente contener sanciones pero la norma no las contempla.

Afirmó que la Resolución 1328 de 2016 parte de la existencia de un listado de servicios que no se encuentran contemplados en un Plan de Beneficios y que pueden ser recobrados al Fosyga, no obstante, consideró que esto fue eliminado por la Ley Estatutaria mediante sus artículos 8 y 15 y por ende dicho acto administrativo es ilegal.

Manifestó que en la actualidad se vive una cartelización de las EPS para negar servicios y un incremento desmedido de los precios de los medicamentos para imponer los más altos en el mundo.

Sobre la calidad de los datos reportados, indicó que el MIPRES no ha sido suficiente para garantizar que la misma sea clara, completa, oportuna y fidedigna, por cuanto se ha orientado a los procesos no POS y de exclusiones cuando debería abarcar toda la información del SGSSS.

6. Por su parte, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) emitió respuesta a los interrogantes planteados desde el conocimiento, impacto y perspectiva de las IPS. A grandes rasgos, reconoció progreso en torno al flujo de recursos y señaló que las medidas de pago previo y giro directo han permitido que lleguen dineros a las IPS contribuyendo con la mitigación de la cartera hospitalaria.

Aseveró que el ajuste debe recaer sobre la estructura del SGSSS, otorgar incentivos a los prestadores de servicios de salud reconociéndoles la labor de administración y que se audite la gestión de prestador.

Indicó que una de las herramientas que podría promover la Corte es la creación de normas que conlleven a la publicidad de las actuaciones de los actores del sector salud como lo son las EPS, con la finalidad de dotar de mayor transparencia los procesos. Así mismo, estableció que *“evaluar la suficiencia y comportamiento de las frecuencias de usos que reportan las EPS puede ofrecer información valiosa sobre la suficiencia de los recursos del SGSSS, la apropiación y destinación de los mismos”*.

Manifestó que la cuantiosa cartera hospitalaria pone en evidencia la crítica situación del flujo de recursos al interior del SGSSS. Expuso que de un reporte de 163 IPS, a 31 de diciembre de 2017 se registra una deuda de \$ 8.5 billones aproximadamente y que la concentración de cartera en mora (mayor a 60 días) es del 60.8%.

---

<sup>26</sup> En relación con las medidas de giro directo y pago previo. Indicó que la primera medida fue dejada de lado por considerarse ineficiente.

Anotó que estos problemas han repercutido en el no pago oportuno de la nómina de los hospitales, derivando en la pérdida de recurso humano vía renuncia del personal por demoras en la retribución. Aseveró que un 22.8% de las instituciones reportantes ha tenido inconvenientes para realizar la cancelación oportuna de los salarios.

Explicó que de 114 IPS, el 75,4% ha entrado en mora con sus principales proveedores, frente al 24,6% que no ha sentido el impacto en el cumplimiento de sus obligaciones. De igual forma se recortaron programas de formación y capacitación.

Expuso que una de las fallas al interior del SGSSS lo comporta el régimen financiero impuesto desde el 2014 a las EPS. Resaltó la falta de adecuada vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y la ejemplarizó en la demora de 6 años en liquidar a la EPS Saludcoop, que dejó cuantiosas deudas al sector prestador cuya probabilidad de pago se encuentra en duda.

En cuanto a la información, consideró necesario crear mecanismos de cruce de reportes y de captura de datos que se entregan tanto por parte de las EPS como de las IPS así como hacer públicos algunos procedimientos.

7. La Organización Así Vamos en Salud también presentó sus observaciones al informe entregado por el Ente Ministerial en cumplimiento de la orden vigésimo cuarta, atendiendo cada uno de los interrogantes planteados.

De manera general, reconoce los logros obtenidos con la implementación de medidas por parte del Ministerio de Salud. Así por ejemplo, aseveró que con los mecanismos adoptados para la recuperación de recursos girados sin justa causa por el Fosyga, se logró la recuperación efectiva de dineros del SGSSS al igual que se iniciaron procesos penales derivados de la malversación de recursos.

Afirmó que desde la implementación de la Resolución 1479 de 2015 se ha elevado la deuda en menor proporción, lo que permite evidenciar que el mecanismo de recobro es efectivo y mejora el flujo de recursos.

Indicó que apoya la implementación de las medidas de giro previo, giro directo, saneamiento de cuentas de recobros glosados, regulación de precios de medicamentos y dispositivos médicos y la definición y aplicación de medidas administrativas y ajustes institucionales, toda vez que en su parecer permitieron garantizar la oportunidad en el flujo de recursos.

Para el mejoramiento de flujo de recursos recomendó avanzar en la implementación del MIPRES en el régimen subsidiado; en la implementación de giro directo en el contributivo; mejorar el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) teniendo en cuenta diferentes variables; depurar las bases de datos del Sistema de Identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales (SISBEN); priorizar el ajuste del proyecto de resolución de copagos de servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y avanzar en la actualización de los planes de beneficios y la delimitación de las tecnologías no incluidas en este plan.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Página 4 del informe. AZ XXIV- P folio 451.

Finalmente sugirió hacer seguimiento al indicador histórico de recobros anualmente, al porcentaje de recobros glosados, a los diferentes mecanismos de saneamiento de cuentas incluyendo los valores no aprobados en la auditoría integral de recobros, al impacto derivado de la actualización contenida en la Resolución 5592 de 2015, al número de sanciones impuestas por la Superintendencia de Salud<sup>28</sup> y al indicador de diferencias existentes entre las cuentas por pagar por parte de las ERP<sup>29</sup> y las cuentas por cobrar de las EBP<sup>30</sup>.

8. Por último, Gestarsalud remitió concepto mediante el cual expuso que se viene violentando de manera grave el debido proceso administrativo y constitucional, y el derecho de defensa de las Empresas Prestadoras de Salud, lo que apareja de suyo una vulneración a la garantía de los dineros del sistema de salud y a un correcto y legal flujo de dichos recursos.

Recordó que a través de concepto emitido por el Consejo de Estado<sup>31</sup> se resolvieron algunos interrogantes planteados por el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con el procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa en el proceso de giro y compensación, señalando que i) se están desconociendo los términos para hacer válidas las restituciones; ii) se está imputando un tipo de responsabilidad objetiva a las EPS sin verificar si actuó con culpa o dolo; y iii) que se está exigiendo el cobro de intereses moratorios sin que en momento alguno haya sido demostrado que las EPS actuaron con culpa.

Por otra parte, se refirió a la implementación de la Resolución 1479 de 2015 por parte de los entes territoriales los cuales asumieron el proceso de pago de las tecnologías no incluidas en los planes de beneficios del régimen subsidiado, implementando modelos propios y con tiempos que afectan el flujo de los recursos, adicionando a esto que no existe un ente auditor, vigilante y garante del proceso.

Como aspectos negativos resaltó el incumplimiento reiterado de los entes territoriales en la auditoría de recobros radicados y que estos no asuman ninguna responsabilidad frente al cumplimiento de los tiempos establecidos para el pago de las cuentas; que se presente suspensión de servicios por la red prestadora por falta de pago o glosas injustificadas impuestas por aquellos; que no haya unificación sobre el procedimiento de recobro permitiéndoles autonomía para definir criterios y tiempos de auditoría; que algunas IPS realicen cambios en los diagnósticos y códigos para poder formular, lo que se convierte en glosa en el momento que por auditoría se identifica la tecnología no POS y se intenta el recobro.

Finalmente, señaló que *“la definición de exclusiones poco o nada ha servido pues los Jueces de la República siguen ordenándolas en los fallos de tutela con cargo a los recursos de la UPC que después los Entes Territoriales glosan y niegan para pago.”*

---

<sup>28</sup> Por concepto de desconocimiento de la obligación de girar oportunamente las obligaciones causadas por actividades o medicamentos, a las instituciones prestadoras de servicios de salud, por investigaciones por presunto desconocimiento de la obligación de reportar oportunamente la información de facturas, recobros reclamaciones y novedades de pago relacionadas con la prestación de servicios de salud, y las facturas pagadas por giro directo-Circular Conjunta 0030 de 2013; las cuales deberían hipotéticamente bajar a medida que las IPS y EPS afianzan sus procesos de facturación, cobro, recobro, pago, y descarga de información contable posterior al pago.

<sup>29</sup> Entidades Responsables de Pago.

<sup>30</sup> Entidades Beneficiarias de Pago.

<sup>31</sup> Sala de Consulta y Servicio Civil (Rad: 11001-03-06-000-2014-00258-00), de fecha siete de diciembre de 2015.

Señaló que un procedimiento único estandarizado, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con la Superintendencia Nacional de Salud y las agrupaciones de departamentos, al ser sencillo, ágil e integral favorecería el flujo de recursos y las condiciones técnicas de auditoría para dicho proceso.

En relación con las situaciones que ponen en evidencia el deficiente flujo de recursos al interior del SGSSS, enlistó la voluminosa cartera de la EPS con las entidades territoriales y que estas últimas no efectúan los trámites necesarios para garantizar dicho flujo, lo que reduce notoriamente los dineros destinados a cubrir la prestación de servicios POS, al tenerlos en cuentas por cobrar de servicios no POS cuyo pago se ejecutará tardíamente en el mejor de los casos un año después y no a la EPS si no con una cesión de cartera a un hospital de la región, es decir, la EPS no recupera su dinero y, por el contrario, está financiando la prestación de servicios a cargo del ente territorial. En este mismo sentido, evidenció demora en los pagos de los recursos por la adopción de modelos por parte de los entes territoriales.

Reportó que a la fecha algunos entes territoriales no han cancelado durante el año 2017 ninguna de las cuentas presentadas por las EPS. Acotó que los tiempos de recepción de cuentas y pagos deberían ser los establecidas en la Ley 1122 artículo 13 literal d<sup>32</sup>, para optimizar el flujo de los recursos.

Indicó que en aras de mejorar el flujo de recursos, podría eliminarse el CTC en el régimen subsidiado e incluir la entrega de los servicios contenidos en el plan de beneficios vía prescripción MIPRES y centralizar el pago; eliminar la radicación de la cuenta para el cobro en la EPS cuando el asegurador no es el que debe asumir el pago; definir un único mecanismo de radicación, auditoría y pago para los entes territoriales; adoptar un único manual de recobros que aplique para los dos regímenes; eliminar los formatos MYT<sup>33</sup> cuando el servicio haya sido prestado por una IPS adicionando campos en los RIPS<sup>34</sup> con los datos que contiene en este momento el MYT de tal forma que solo sea exigible la factura y sus soportes con la base de los correspondientes archivos planos (RIPS).

Finalmente, recomendó establecer mecanismos reales de seguimiento por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para verificar la radicación de los cobros o recobros, el cumplimiento de la auditoría por parte del ente territorial y el pago de los recursos a los prestadores y la EPS y eliminar las mallas validadoras individuales no funcionales e implementar una malla única de validación no POS (procedimiento actual régimen contributivo).

---

<sup>32</sup> “Artículo 13o: Flujo y Protección de los recursos. Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

d. Las Entidades Promotoras de Salud **EPS** de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por **evento**, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial **en el caso del régimen subsidiado**. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura”

<sup>33</sup> Formato de recobros.

<sup>34</sup> Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.

## II. CONSIDERACIONES

1. En la valoración del cumplimiento de las órdenes emitidas por la Corte, el juez constitucional cumple una labor de monitoreo deferente con las competencias de las demás autoridades, y procura generar espacios de interacción y diálogo entre los diferentes actores del sistema de salud en aras de incluir en sus providencias los puntos de vista tanto del Gobierno Nacional como de la sociedad civil.

2. Con ocasión de lo anterior, se espera que las autoridades involucradas no se limiten únicamente a entregar informes periódicos sobre las actuaciones desplegadas sino que también demuestren que las acciones y medidas implementadas contribuyen verdaderamente a superar las problemáticas planteadas en la sentencia estructural.

Por este motivo, es importante que se pronuncien sobre los conceptos e intervenciones emitidos por parte de los diferentes actores del sistema de salud, con la finalidad de nutrir la reflexión y el diálogo en relación con la problemática que se pretende solucionar, que en el particular no es otra que la sostenibilidad financiera del SGSSS<sup>35</sup>.

3. En consecuencia, esta Sala de Seguimiento remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Fiscalía General de la Nación los documentos enunciados en el numeral tercero del acápite de antecedentes de esta providencia, para que envíen a esta Corte informe mediante el cual expongan sus consideraciones respecto de los puntos que aluden a sus funciones y competencias y respondan de manera concreta las siguientes preguntas en torno al contenido de los mismos:

### 3.1. Ministerio de Salud y Protección Social

3.1.1. ¿Cuál es el presupuesto de la Adres para la vigencia de 2018? ¿Considera que es suficiente para cubrir de forma adecuada las obligaciones en relación con la salud de la población, esto es, el pago de la prima del seguro público (UPC) como de los servicios no incluidos y que le corresponde financiar directamente?

3.1.2. ¿Con la eliminación de la contribución de las empresas al interior del sistema de financiación se vio afectado el régimen contributivo? Explique su respuesta. ¿Cómo se suplió el vacío ocasionado con la eliminación de esta fuente de financiamiento?

3.1.3. Atendiendo a lo afirmado por Acemi<sup>36</sup> en relación con insuficiencia de los recursos asignados para cubrir los servicios en salud, responda:

a) ¿Qué medidas ha implementado para que el pago por parte de la Adres<sup>37</sup> a las EPS no presente retrasos afectando seriamente el flujo de recursos? ¿En qué tiempo

---

<sup>35</sup> Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<sup>36</sup> Según Acemi, para cubrir los valores no financiados en la UPC se dispuso únicamente de \$1 billón de pesos, monto que en su parecer es insuficiente para garantizar el pago de los servicios en salud que ahora se prescriben por MIPRES o por tutela. Indicó que si la tendencia del monto de los recobros en el 2018 se mantiene, el presupuesto de la Adres debería ser de por lo menos \$3 billones adicionales para pagar los servicios que se prescriban durante el año. En consecuencia, mantener un adecuado flujo de recursos requiere de un mínimo de \$4.5 billones al año.

<sup>37</sup> Anteriormente Fosyga.

la Adres realiza los pagos a las EPS? Indique lo anterior señalando los tiempos en que se ha surtido ese proceso en cada semestre de 2016, 2017 y lo corrido de 2018.

b) ¿Cuál es el procedimiento aplicable para el reconocimiento y pago de los servicios en salud prestados en el régimen subsidiado? ¿Este procedimiento es estándar y por ende obligatorio a todas las entidades territoriales? ¿Los entes territoriales asumen alguna responsabilidad frente al cumplimiento de los tiempos previstos para el pago de las cuentas?<sup>38</sup>

c) ¿A qué valor asciende la deuda existente con ocasión de los servicios prestados no incluidos en el Plan de Beneficios tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado? Responda indicando la deuda correspondiente a 2016, 2017 y lo corrido de 2018 discriminadamente. ¿Existen y se han creado nuevas fuentes de financiación dirigidas exclusivamente a saldar estas deudas?

3.1.4. Indique si se han implementado acciones dirigidas a generar fuentes de financiamiento de los servicios de carácter social o si los mismos se financian con la UPC.<sup>39</sup>

3.1.5. En relación a lo manifestado por Acemi<sup>40</sup> ¿qué actuaciones ha desplegado el Ministerio de Salud para prevenir y sancionar la comisión de actuaciones irregulares que por su baja cuantía muchas veces no son denunciadas?

3.1.6. Acemi aseveró que la desconfianza al interior del SGSSS conlleva a que los actores del sistema soliciten al interior del procedimiento de recobro más requisitos de los inicialmente requeridos. ¿qué mecanismo ha implementado para disminuir esta desconfianza?

3.1.7. ¿Se han realizado estudios que permitan concluir que los pagos por los servicios prestados en salud por parte de las IPS no pueden efectuarse directamente a dichas entidades por la Adres? Ilustre su respuesta.

3.1.8. Señalé qué porcentaje del presupuesto del SGSSS se destina al pago de giros directos y giros previos desde la implementación de dichos mecanismos, discriminando por año hasta la fecha.

3.1.9. ¿Las objeciones a los recobros son tramitadas por la misma persona que glosó la solicitud? Explique la razón. ¿Qué medidas ha implementado para dotar de mayor transparencia este proceso y adicionalmente evitar la imposición de glosas no contempladas en la norma?

<sup>38</sup> Teniendo en cuenta entre otras, la afirmación de Gestarsalud según la cual “no existe unificación sobre el procedimiento de recobro o cobro en lo operativo por cuanto existe autonomía de los Entes Territoriales para definir criterios y tiempos de auditoría lo que origina que se inventen fechas, trámites, soportes, y validaciones que enlentecen el proceso de cobro o recobro o llegan a impedirlo y constituyen una barrera para el pago al prestador o al asegurador.”

<sup>39</sup> Acemi aseveró que los servicios sociales otorgados mediante tutela se están financiando con los recursos de la salud y ello puede constituir una desviación del objetivo principal de los mismos. Estimó que si bien existen grupos que requieren de atención especial por sus particulares condiciones de salud, estos demandan recursos que deberían asignarse de manera exclusiva para los mismos sin afectar los directamente destinados a la salud general de la población.

<sup>40</sup> Acemi afirmó que con ocasión de la baja cuantía que representa la comisión de algunas actuaciones irregulares al interior del sistema de salud, muchas veces las mismas no son denunciadas y los actos quedan impunes, ante lo cual propuso la creación de sanciones de tipo administrativo por parte de los órganos de control y vigilancia del sector salud.

3.1.10. ¿Qué acciones ha desplegado para evitar que los cambios en la malla de validación afecten los procesos de recobros ya iniciados, interrumpen los periodos de radicación y obliguen al reproceso de todo lo gestionado?

3.1.11. Pronúnciese en relación con la siguiente afirmación emitida por Acemi: *“si bien es cierto, tal como lo señala el Ministerio de Salud y Protección Social, esta serie de medidas permitieron otorgar flujo de recursos por valor de \$989 mil millones, resulta preocupante que más \$1.369 millones que superan el 58% de los recursos solicitados, no fue pagado a las EPS. Ello obedeció entre otras, a que durante estos procesos de recobros se aplicaron glosas a las EPS que no habían sido aplicadas en los procesos iniciales, y no se estableció un mecanismo para poder subsanarlas.”*

3.1.12. ¿Ha creado mecanismos para prevenir que los recursos de la UPC sean destinados a cubrir servicios no incluidos en el Plan de Beneficios? ¿Qué otras actuaciones ha desplegado para corregir esta situación? Argumente su respuesta.

3.1.13. ¿A junio de 2018 a cuánto asciende la cartera adeudada a las IPS con ocasión de la prestación de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de Salud?<sup>41</sup> Indique el valor adeudado por cada año que relacione y el total del monto adeudado a las IPS.

3.1.14. Indique, discriminando por semestre desde el 2016 hasta junio de 2018, ¿cuánto tiempo está empleando la administración para iniciar el procedimiento de reintegro de los recursos de salud apropiados sin justa causa?

### **3.2. Ministerio de Hacienda y de Crédito Público**

3.2.1. En relación con lo expuesto por Acemi, quien señaló que para mantener un adecuado flujo de recursos se requiere un mínimo de \$4.5 billones al año, ¿cuál es el presupuesto actual de la Adres para garantizar el pago de los servicios en salud que se presten durante 2018? ¿cuál fue el de los años 2016 y 2017? ¿Considera que es suficiente? ¿Qué actuaciones ha desplegado para conseguir nuevas fuentes de recursos? Explique su respuesta.

3.2.2. ¿Ha implementado mecanismos efectivos para modificar los recursos del Sistema General de Participaciones que se transfieren a los entes territoriales, cuando se incrementa la demanda de servicios, medicamentos y tecnologías en salud excluidos del Plan de Beneficios en el régimen subsidiado, como ocurre por ejemplo cuando aumenta el desplazamiento forzado en una región o cuando por cualquier circunstancia los recursos del sistema general de participaciones son inferiores al monto requerido para cubrir los servicios de salud excluidos del Plan de Beneficios en Salud de los usuarios del régimen subsidiado?

### **3.3. Superintendencia Nacional de Salud**

3.3.1. ¿Qué actuaciones ha desplegado en relación con los *“fraudes en incapacidades y prestaciones económicas, adulteraciones o invenciones de los*

---

<sup>41</sup> Cfr. Concepto radicado el 17 de mayo de 2018. La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) manifestó que la cuantiosa cartera hospitalaria pone en evidencia la crítica situación del flujo de recursos al interior del SGSSS. Expuso que de un reporte de 163 IPS, a 31 de diciembre de 2017 se registra una deuda de \$8.5 billones aproximadamente y que la concentración de cartera en mora (mayor a 60 días) es del 60.8%.

*documentos relacionados con incapacidades*<sup>42</sup> que se evidencian al interior del sistema de recobros?

3.3.2. ¿Ha desplegado actuaciones tendientes a investigar eventos que por ser de mínima cuantía no son denunciados? ¿Qué resultados se han obtenido?<sup>43</sup>

3.3.3. ¿Qué medidas ha adoptado para garantizar el debido proceso de los actores de salud?<sup>44</sup> En concreto, el procedimiento de reintegro de recursos apropiados sin justa causa, ¿la Adres escucha los argumentos presentados por las EPS para el fundamento de apropiación de dichos dineros? Cómo se surte este proceso? ¿Hay lineamientos fijados para ello?

### **3.4. Fiscalía General de la Nación**

3.4.1. Indique si ha iniciado investigaciones en relación con “*fraudes en incapacidades y prestaciones económicas, adulteraciones o invenciones de los documentos relacionados con incapacidades*”. De ser afirmativa la respuesta, discrimine por año cuántas investigaciones por estos hechos ha iniciado desde 2008 hasta la fecha.

3.4.2. Acemi aseguró que se sigue presentando “*venta o destinación indebida de insumos y/o medicamentos entregados por las EPS a los usuarios, en donde después de realizar procesos de auditoria se evidencia que, por ejemplo, el usuario vende o regala los medicamentos, o incluso en algunos casos se ha detectado que venden los insumos tales como sillas de ruedas.*” Señale si se han iniciado investigaciones con ocasión de estas prácticas, indicando cuántas se han surtido desde el año 2012 y concluyendo brevemente cómo se fallaron y la incidencia económica de la decisión.

4. Finalmente, esta Sala solicitará a todas las autoridades referidas que remitan los documentos pertinentes, tanto en físico como en medio magnético. De igual forma, se les pedirá que el citado informe tenga como sustento fáctico datos claros, precisos y pertinentes en relación con la orden que se analiza.

En mérito de lo expuesto,

### **III. RESUELVE:**

**Primero.-** Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Fiscalía General de la Nación que se pronuncien dentro de los seis (6) días siguientes contados a partir de la notificación de este auto, respecto de los puntos que aluden a sus funciones y competencias contenidos en los documentos presentados por los peritos constitucionales, relacionados en el numeral 3 de los antecedentes y

<sup>42</sup> En el escrito allegado por Acemi, afirma que siguen presentándose tales eventos al interior del SGSSS y se evidencia inactividad ante los mismos por parte del Gobierno Nacional

<sup>43</sup> Acemi señaló que con ocasión de la baja cuantía que representa la comisión de algunas actuaciones irregulares al interior del SGSSS, muchas veces las mismas no son denunciadas y los actos quedan impunes, ante lo cual propuso la creación de sanciones de tipo administrativo por parte de los órganos de control y vigilancia del sector salud.

<sup>44</sup> Se observa que Acemi consideró que en la primera de las dos etapas en la que se surte el procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa se han presentado problemas al considerar que aun cuando las EPS se esfuerzan para explicar al Fosyga el fundamento de apropiación de los recursos, en muchas ocasiones sin analizar los casos los remite ante la Superintendencia Nacional de Salud.

respondan las preguntas formuladas en el acápite 3° de la parte considerativa de este proveído.

**Segundo.-**Solicitar a todas las autoridades enunciadas que remitan los documentos pertinentes, tanto en físico como en medio magnético. De igual forma, que el citado informe tenga como sustento fáctico datos claros, precisos y pertinentes en relación con la orden que se analiza de conformidad con lo expuesto en el numeral cuarto (4°) de la parte considerativa.

**Tercero.-** Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones pertinentes, adjuntando copia de este auto y la documentación descrita en el numeral tercero de los antecedentes de esta decisión.

Cúmplase,

**JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS**  
**Magistrado Sustanciador**

**MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ**  
**Secretaria General**