

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



## CORTE CONSTITUCIONAL

### AUTO 668 de 2018

**Asunto:** Convocatoria a audiencia pública en el marco del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008.

**Magistrado Sustanciador:**  
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D. C., diez (10) de octubre de dos mil dieciocho (2018).

La Sala Plena de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus competencias constitucionales, legales y reglamentarias, en particular las señaladas en el literal p) del artículo 5<sup>1</sup> y el artículo 67<sup>2</sup> del Acuerdo 02 de 2015<sup>3</sup>, profiere el presente Auto con fundamento en las siguientes,

### I. CONSIDERACIONES

#### **Panorama general de la Sentencia T-760 de 2008**

1. La Sala Segunda de Revisión de esta Corporación profirió la Sentencia T-760 de 2008 como resultado del estudio de 22 acciones de tutela, en las que evidenció obstáculos al goce efectivo del derecho a la salud, ocasionados por fallas recurrentes y estructurales en el sistema de salud.

Los diferentes problemas identificados se encontraban circunscritos a las problemáticas: i) zonas grises en las coberturas del entonces plan obligatorio de salud (POS)<sup>4</sup> de los regímenes contributivo y subsidiado, que servían de justificación para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) negaran servicios incluidos en este; ii) diferencias entre los beneficios del plan de los regímenes contributivo y del subsidiado; iii) falta de reglamentación sobre el acceso a los servicios no incluidos, requeridos con necesidad por los usuarios del sistema; iv) demoras y obstáculos en el procedimiento de recobros que

---

<sup>1</sup> “Funciones. Compete a la Sala Plena de la Corte Constitucional (...) p. Decidir sobre la convocatoria a audiencias públicas y fijar su fecha, hora y lugar.”

<sup>2</sup> “La Sala Plena de la Corte, a solicitud de cualquier Magistrado, por mayoría de los asistentes y teniendo en cuenta los antecedentes del acto objeto de juzgamiento constitucional y la importancia y complejidad de los temas, convocará a audiencia pública a las personas que deban intervenir en ellas de acuerdo con la ley y fijará su fecha, hora y lugar. Las citaciones a las personas y la organización de la audiencia corresponderá al Magistrado sustanciador.”

<sup>3</sup> Por medio del cual se unifica y actualiza el Reglamento de la Corte Constitucional.

<sup>4</sup> Hoy Plan de Beneficios en Salud (PBS).

impedían a las EPS recibir el reembolso por el entonces Fosyga<sup>5</sup> y las entidades territoriales respecto de los dineros cancelados con ocasión de la prestación de servicios no incluidos en el plan; v) falta de información de los usuarios del sistema respecto de sus derechos, deberes y del desempeño de las EPS; y vi) desconocimiento de la universalidad y del plazo establecido para alcanzarla.

2. Con el propósito de superar las dificultades mencionadas y teniendo como fuentes normativas además de la Constitución, las leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007 y la jurisprudencia constitucional sobre el derecho a la salud, esta Corporación impartió 16 órdenes generales con tendencia correctiva a fin de que el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo de Seguridad Social en Salud, el entonces administrador Fiduciario del Fosyga y el Consejo Superior de la Judicatura, adoptaran las medidas necesarias y urgentes que permitieran superar los problemas y garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud. Esta decisión también comprometió a la Procuraduría General de la Nación, a la Defensoría del Pueblo, al Comité de Verificación creado por el Consejo de Estado y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

3. Las órdenes generales se agrupan en 6 ejes temáticos para su mayor comprensión:

3.1 *Precisión, actualización, unificación y acceso a planes de beneficios.* En este grupo se encuentran los mandatos relacionados con: 1) garantizar a toda la población el acceso a los servicios de salud<sup>6</sup>; 2) actualizar de forma integral el entonces POS<sup>7</sup> y hacerlo de forma periódica<sup>8</sup>; 3) crear un registro de servicios negados alimentado por la información de las EPS<sup>9</sup>; 4) crear un ranking de EPS e IPS<sup>10</sup>; 5) unificar el plan de los dos regímenes para los menores de edad<sup>11</sup> y demás grupos etarios<sup>12</sup>; 6) crear un mecanismo de autorización directa de medicamentos, tratamientos y tecnologías para que los trámites administrativos no continúen siendo una barrera de acceso<sup>13</sup>.

3.2 *Sostenibilidad financiera y flujo de recursos.* Las ordenes tienen como propósito: 1) asegurar el flujo de recursos al interior del sistema y su sostenibilidad financiera<sup>14</sup>; 2) eliminar las causales de glosas denominadas “fallo de tutela” y “principio activo POS”<sup>15</sup>, dando trámite al pago de los recobros represados a septiembre de 2008<sup>16</sup>; y 3) rediseñar el procedimiento de recobro<sup>17</sup>.

---

<sup>5</sup> Hoy Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

<sup>6</sup> Orden décimo sexta.

<sup>7</sup> Orden décimo séptima.

<sup>8</sup> Orden décimo octava.

<sup>9</sup> Orden décimo novena.

<sup>10</sup> Orden vigésima.

<sup>11</sup> Orden vigésima primera.

<sup>12</sup> Orden vigésimo segunda.

<sup>13</sup> Orden vigésima tercera.

<sup>14</sup> Orden vigésimo cuarta.

<sup>15</sup> Orden vigésimo quinta.

<sup>16</sup> Orden vigésimo sexta.

<sup>17</sup> Orden vigésima séptima.

3.3 Las 4 directrices restantes tienen como finalidad: 1) la reglamentación de las cartas de derechos y obligaciones de los usuarios, y de desempeño de las EPS<sup>18</sup>; 2) garantizar la cobertura universal y sostenible de los servicios<sup>19</sup>; 3) medir el número de las tutelas<sup>20</sup>; y 4) difundir la sentencia entre los funcionarios judiciales<sup>21</sup>.

4. El 1° de abril de 2009, por decisión de la Sala Plena, se integró la Sala Especial de Seguimiento para verificar el cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, mediante la supervisión las políticas públicas en el sector salud con el objeto de comprobar los resultados logrados en el sistema.

En desarrollo de sus funciones la Sala Especial de Seguimiento ha sostenido que realiza una intervención excepcional y residual a través de una supervisión activa, constructiva y respetuosa de las competencias gubernamentales, que, lejos de interferir en el diseño de las políticas públicas en salud, busca generar soluciones oportunas y eficaces para aproximarse a la superación definitiva del déficit (obstáculos y bloqueos) que se presentan en materia de salud<sup>22</sup>. El mantenimiento de sus competencias encuentra justificación constitucional en la persistencia de riesgos y afectaciones sobre el goce efectivo del derecho a la salud, no obstante los avances alcanzados y el tiempo del que se ha dispuesto para observar los mandatos generales.

5. A partir del momento de su creación, la Sala Especial de Seguimiento se ha encargado del estudio de las diferentes órdenes generales. Observemos en términos generales el estado actual de cumplimiento de cada una de ellas<sup>23</sup>:

Orden	16. Acceso a los servicios de salud.
Alcance	Superar las fallas en la regulación de los planes de beneficios con el propósito de asegurar que sus contenidos sean precisos, actualizados y unificados para los dos regímenes. Garantizar el acceso a los servicios de salud sin que las EPS e IPS nieguen los servicios.
Nivel de valoración	Actualmente está siendo objeto de estudio. Su acatamiento se encuentra supeditado al cumplimiento de las demás órdenes pertenecientes al grupo actualización, unificación y acceso oportuno a los planes (17 a 23).

Órdenes	Órdenes 17 actualización integral del entonces POS y 18 actualización periódica del plan.
Alcance	Orden 17 actualizar integralmente el plan garantizando la participación de la comunidad médica y de los usuarios del sistema. Orden 18 actualizar el plan en forma periódica (cada 2 años).
Valoraciones	Auto 226 de 2011 creó parámetros de cumplimiento y analizó las modificaciones efectuadas al plan.

<sup>18</sup> Orden vigésimo octava.

<sup>19</sup> Orden vigésima novena.

<sup>20</sup> Orden trigésima.

<sup>21</sup> Orden trigésima segunda.

<sup>22</sup> En la Sentencia T-080 de 2018 se manifestó que “*el rol del juez constitucional, sin embargo, no debe ser pasivo. En efecto, ante un legislador y una administración inoperantes en materia de derechos sociales fundamentales, el juez está llamado a actuar como garante de los derechos constitucionales. Más aún, si se trata de derechos sociales llamados a satisfacer necesidades básicas radicales o sus titulares son personas en situación de vulnerabilidad, el margen de configuración y acción de los órganos competentes en esta materia se ve reducido y, por consiguiente, los deberes y facultades del juez constitucional, son correlativamente ampliados*”.

<sup>23</sup> Para una mayor comprensión y profundización del estado actual de las órdenes generales, podrá consultarse el expediente a través de la Secretaría General de la Corte Constitucional.

<b>Nivel de valoración</b>	Valoración conjunta: Auto 410 de 5 de septiembre de 2016 declaró nivel de cumplimiento medio. Orden 17 la actualización integral del plan no contó con una participación efectiva de la comunidad médica ni de los usuarios del sistema. Orden 18 las actualizaciones periódicas no cumplieron los tiempos señalados.
----------------------------	---

<b>Orden</b>	<b>19. Registro de negación de servicios.</b>
<b>Alcance</b>	Crear un registro de los servicios negados por las EPS, con el propósito de conocer las razones de la negativa y evitar que servicios incluidos en el plan de beneficios sean denegados por estas entidades.
<b>Nivel de valoración</b>	Mediante Auto 411 de 16 de septiembre de 2015 se declaró nivel de cumplimiento bajo porque, entre otras razones, la regulación expedida por el Ministerio no fue suficiente; adicionalmente, el registro de servicios negados no era preciso y confiable, no existía claridad respecto de los servicios que comúnmente se negaban ni las razones de la negativa, tampoco sobre cuáles se encontraban incluidos en el plan, ni de las EPS que más se abstenían de autorizar.

<b>Orden</b>	<b>20. Ranking de EPS e IPS.</b>
<b>Alcance</b>	Identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia niegan los servicios de salud incluidos en el POS, así como las medidas adoptadas frente a ellas por la negación de los servicios.
<b>Valoraciones anteriores</b>	Auto 260 de 2012 declaró el cumplimiento parcial.
<b>Nivel de valoración</b>	El Auto 591 de 12 de diciembre de 2016 declaró nivel de cumplimiento bajo para IPS y medio para EPS. Los fundamentos, entre otros, fueron: <b>IPS:</b> no existe un verdadero ranking; el presentado no permitía conocer los mejores y peores prestadores de salud. Se tenía una herramienta que se limita a realizar un ejercicio de comparación, sin embargo, el mismo era complejo para la verificación por parte de los usuarios. <b>EPS:</b> las mejoras no fueron significativas si bien se siguieron los criterios que se habían establecidos. La Corte considero necesario establecer cuáles EPS niegan los servicios con mayor frecuencia. Finalmente, se determinó que no se contaba con un mecanismo para poner el ranking a disposición del público.

<b>Órdenes</b>	<b>Ordenes 21 unificación del POS menores y 22 unificación gradual y sostenible del plan de beneficios para toda la población.</b>
<b>Alcance</b>	Garantizar que los menores de edad accedan a los mismos servicios de salud, independientemente del régimen en que se encuentren (21) y la unificación gradual y sostenible del plan de beneficios para toda la población, lo que implica la equiparación de la UPC de ambos regímenes (22).
<b>Valoraciones anteriores</b>	Auto 342A de 2009 incumplimiento parcial; Auto 262 de 2012 incumplimiento parcial.
<b>Nivel de valoración</b>	El Auto 411 de 2016 declaró nivel de cumplimiento medio. Aun cuando mejoraron las fuentes y el recaudo de la información para la fijación de la UPC en el régimen contributivo, los datos siguieron siendo insuficientes para el régimen subsidiado. Se identificó la necesidad de que el Ministerio estableciera una UPC para ambos regímenes que fuera suficiente para financiar el sistema de exclusiones.

<b>Orden</b>	<b>23. Creación de un mecanismo directo de autorización de servicios no cubiertos por el plan de beneficios.</b>
<b>Alcance</b>	Establecer un trámite interno para que la respectiva EPS autorice directamente tanto los servicios de salud no incluidos en el plan como los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del mismo.
<b>Nivel de valoración</b>	Mediante Auto 001 de 13 de enero de 2017, declaró nivel de cumplimiento bajo. No se acreditaron resultados y avances reales de la implementación de los mecanismos de autorización directa, toda vez que la Resolución 1328 de 2016 no incluyó el régimen subsidiado en el que persistía el trámite del entonces CTC para la autorización de servicios no incluidos o excluidos del plan.

<b>Orden</b>	<b>24. Sostenibilidad financiera y flujo de recursos al interior del sistema.</b>
<b>Alcance</b>	Asegurar un flujo de recursos ágil, suficiente y oportuno al interior del sistema de recobros de manera que se garantice la sostenibilidad financiera del sistema. Conjurar la grave y constante práctica de corrupción al interior del sistema, salvaguardar, recuperar los recursos malversados en el sector y controlar los sobrecostos de medicamentos.

<b>Nivel de valoración</b>	Auto 263 de 16 de noviembre de 2012, declaró el incumplimiento parcial. Se constataron prácticas defraudatorias que afectaban las finanzas del sistema y el flujo de recursos, entre otras, por la destinación indebida de los dineros de la salud, la malversación y los sobrecostos de medicamentos. La persistencia de la falla estructural imposibilita la solvencia de los prestadores y promotores y, por tanto, impacta negativamente en el acceso a los servicios por parte de los usuarios.
----------------------------	--

<b>Orden</b>	<b>25. Levantamiento de glosas “principio activo en POS” y “fallo de tutela”.</b>
<b>Alcance</b>	Remoción de las glosas "principio activo en POS" y "fallo de tutela", las cuales constituían obstáculos impuestos por el Fosyga para no tramitar y pagar las solicitudes de recobro de las EPS.
<b>Última valoración</b>	Auto 186 de 3 de abril de 2018, cumplimiento general, cesó el seguimiento.
<b>Fundamento del nivel de cumplimiento</b>	Los motivos de glosa “principio activo en POS” y “fallo de tutela” fueron retirados del ordenamiento legal, y los recobros que habían sido glosados con esas causales fueron tramitados.

<b>Orden</b>	<b>26. Recobros atrasados.</b>
<b>Alcance</b>	Tramitar los recobros represados y sin gestión por el entonces Fosyga a 30 de septiembre de 2008, de manera que las solicitudes fueran estudiadas y las que resultaran aprobadas recibieran el pago correspondiente.
<b>Última valoración</b>	Auto 112 de 2016 declaró el nivel de cumplimiento alto y suspendió el seguimiento de la orden. La supervisión fue entregada a la Procuraduría General.
<b>Fundamento del nivel de cumplimiento</b>	La Sala constató que el 70% de los recobros atrasados a 30 de septiembre de 2008 se tramitaron efectivamente, por lo que concluyó la existencia de avances significativos que permitieron suponer la superación de la falla estructural en un tiempo razonable.

<b>Orden</b>	<b>27. Rediseño del sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro.</b>
<b>Alcance</b>	Rediseñar el procedimiento de recobro que permita que las solicitudes sean tramitadas y resueltas de manera ágil y oportuna, favoreciendo el flujo de recursos.
<b>Valoraciones anteriores</b>	Auto 263 de 2012 declaró el incumplimiento general de la orden.
<b>Nivel de valoración</b>	En Auto 071 de 19 de febrero de 2016 fue declarado nivel de cumplimiento bajo. De los 31 parámetros establecidos para el cumplimiento solo 8 fueron acatados en su totalidad, inclusive sobre varios de estos no se aportó la información que acreditara su cumplimiento por el regulador.

<b>Orden</b>	<b>28. Carta de derechos y deberes del paciente, y de desempeño de las E.P.S.</b>
<b>Alcance</b>	Los usuarios del sistema de salud deben conocer los derechos y deberes de los pacientes, así como el desempeño de las diferentes EPS, en aras de ejercer su derecho a la libre elección.
<b>Nivel de valoración</b>	Mediante Auto 264 de 16 de noviembre de 2012 se declaró el cumplimiento parcial de la orden.

<b>Orden</b>	<b>29. Cobertura universal.</b>
<b>Alcance</b>	Asegurar la cobertura universal sostenible del sistema para beneficio de la población.
<b>Nivel de valoración</b>	El acatamiento del mandato supone que toda la comunidad residente en el país se encuentre afiliada al sistema de salud o de no estarlo se garantice que en caso de necesitarlo dispondrá de cobertura y los servicios serán prestados atendiendo a los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. La declaración de cumplimiento de esta orden dependerá del acatamiento del mandato 16.

<b>Orden</b>	<b>30. Medición de acciones de tutela.</b>
<b>Alcance</b>	Conocer el número de tutelas que resuelven los problemas jurídicos de la sentencia de seguimiento, con el fin de conocer si persisten las problemáticas estructurales y funcionales advertidas, y si se presenta una reducción en las acciones presentadas.
<b>Nivel de valoración</b>	Mediante Auto 590 de 12 de diciembre 2016 se declaró el nivel de cumplimiento bajo dado que i) no existe una política de gestión al interior de la entidad para crear una base de datos que permita la construcción de los informes de medición; ii) persiste la problemática estructural y funcional advertida; iii) no se evidenció una reducción en la presentación de las

	tutelas ni se logró determinar su comportamiento respecto de problemas jurídicos desarrollados y su resolución; y iv) no han sido creados los indicadores de goce efectivo del derecho para evaluar la gestión de los actores del sistema.
--	--

<b>Orden</b>	<b>32. Difusión de la Sentencia T-760 de 2008.</b>
<b>Alcance</b>	Divulgar el contenido de la Sentencia T-760 de 2008 entre los jueces de la República, así como los autos de seguimiento y los informes que dan cumplimiento a cada una de las órdenes.
<b>Nivel de valoración</b>	Auto 144 del 19 de julio de 2011, declaró el nivel de cumplimiento bajo de la orden. El Consejo Superior de la Judicatura: (i) no difundió de manera eficiente el contenido de la sentencia; (ii) no implementó mecanismos más amplios para darle publicidad a la sentencia y a los autos de seguimiento entre funcionarios y empleados de la rama judicial; (iii) no planteó formulas efectivas que logran extender la divulgación a un grupo poblacional más amplio, y (iv) no presentó el informe bimensual sobre la ejecución, análisis y medición de cada una de las actividades necesarias para difundir la decisión y los alcances del derecho a la salud.

<b>Orden</b>	<b>Caso focalizado del Chocó. Órdenes 16 y 29</b>
<b>Alcance</b>	Verificación desde la evidencia social (eficacia del derecho) de las condiciones de acceso a los servicios de salud en el Hospital Departamental San Francisco de Asís, nivel II Sisbén. Auto 413 de 2015.
<b>Valoraciones anteriores</b>	Autos 056, 282 y 314 de 2016, declararon el incumplimiento de las órdenes impartidas.
<b>Nivel de valoración</b>	Auto 039 de 2017 declaró nivel de cumplimiento bajo ante la persistencia de los problemas estructurales del Hospital Departamental y la ausencia de medidas oportunas y efectivas que garanticen las condiciones mínimas de calidad, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad del servicio de salud a la población.

6. Con posterioridad a la emisión de los autos de verificación que declaran cumplimientos parciales se han recibido en la Sala Especial de Seguimiento diversos reportes provenientes de las entidades responsables del acatamiento de las órdenes<sup>24</sup>, entre los que se encuentran recientemente los allegados con ocasión del Auto de 5 de julio de 2018, que requirió del Gobierno nacional un informe transversal de cumplimiento de los mandatos generales dada la finalización del periodo presidencial 2014-2018.

7. También es preciso advertir que transcurridos 10 años desde que fue proferida la Sentencia T-760 de 2008, si bien no se han alcanzado la totalidad de las metas propuestas se pueden evidenciar avances representativos que han repercutido favorablemente en las condiciones de la prestación de servicios de salud a la población, pudiendo enunciarse, entre otros, los siguientes haberes: a) actualizaciones periódicas realizadas al plan de beneficios y la expedición de resoluciones sobre exclusiones, b) la unificación de los planes de beneficios entre los regímenes contributivo y subsidiado para los menores de edad y otros grupos etarios, c) el incremento del valor de la UPC del régimen subsidiado, d) el pago de los recobros represados con antelación a la sentencia, e) la eliminación de algunas causales de glosas en el proceso de recobro que obstaculizaban el flujo de los recursos del sistema, f) la disposición del ranking de desempeño de las EPS, g) disposición en EPS e IPS de la carta de derechos y deberes de los pacientes, y h) el control a los precios de los medicamentos.

Así mismo, la Sala Especial de Seguimiento en la búsqueda de generar espacios de reflexión, participación y de aproximación a la realidad social, ha celebrado

<sup>24</sup> De igual manera, se han recepcionado distintos actos administrativos expedidos por las autoridades responsables en virtud de los autos de valoración de la Sala Especial de Seguimiento.

3 audiencias públicas (dos en Bogotá<sup>25</sup> y la tercera en Quibdó<sup>26</sup> respecto del caso focalizado Hospital San Francisco de Asís Nivel II del Sisbén), numerosas sesiones técnicas con los responsables de la política pública, grupos de acompañamiento y peritos constitucionales voluntarios, inspecciones judiciales, entre otras.

8. La Corte también tendrá en cuenta la Sentencia **C-313 de 2014**, que revisó la hoy Ley Estatutaria en salud 1751 de 2015.

### **Citación a audiencia pública**

9. Atendiendo el tiempo transcurrido desde cuando se profirió la decisión y con el propósito de avanzar de manera más oportuna y efectiva en la superación de los obstáculos al goce efectivo del derecho a la salud, la Sala Plena de la Corte Constitucional encontró indispensable autorizar la celebración de una audiencia pública que permita evidenciar la problemática persistente y estructural con la pretensión de encontrar soluciones inmediatas, sustanciales y definitivas por las autoridades responsables, a partir del papel actual que cumplen los tribunales constitucionales en la implementación de las políticas públicas.

Para ello se cimentará en la información recopilada del Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General, la Contraloría General, la Fiscalía General, los grupos de acompañamiento y los peritos constitucionales voluntarios, entre otros.

La Corte, como ha sido su práctica constitucional, busca propiciar espacios de diálogo y reflexión permanente entre los distintos actores y responsables del sistema de salud (proceso participativo), además de contar con el concepto de académicos, expertos y peritos sobre la materia, que le permitan disponer de mayores elementos de juicio para avanzar en la construcción dialógica de soluciones coherentes y sostenibles<sup>27</sup>, que desde el empoderamiento ciudadano y la buena gobernanza, lleven a cristalizar decididamente las órdenes generales.

10. Con tal propósito, se señalarán los principales ejes temáticos (acceso, sostenibilidad financiera y universalización) en torno a los cuales se desarrollará la audiencia pública, definidos atendiendo los problemas transversales y situaciones complejas de bloqueos institucionales o prácticas inconstitucionales que de acuerdo con las diferentes valoraciones realizadas impidan avanzar en niveles de salud y vida sanos. Al Gobierno nacional corresponde, en primer lugar, presentar alternativas de superación de los obstáculos y toma de decisiones, así como coordinar las acciones de implementación, evaluación y consolidación efectiva.

### **Acceso a los servicios de salud**

#### **Ministerio de Salud**

---

<sup>25</sup> Auto 110 de 2011, órdenes 16, 17, 18, 21 y 22 y Auto 078 de 2012, órdenes 24 y 27.

<sup>26</sup> Auto 047 de 2015, órdenes 16 y 29.

<sup>27</sup> Punto de equilibrio: actuación idónea, mantenimiento de resultados y avance sostenible.

a) ¿En la actualidad los servicios y tecnologías en salud que reciben los usuarios del sistema atienden desde la normatividad y la realidad social, a los parámetros de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad y calidad<sup>28</sup>?

b) ¿Cuáles son las especialidades médicas en las que se evidencian mayores barreras para el acceso oportuno y efectivo<sup>29</sup>? ¿Indique las medidas adoptadas e implementadas para superarlas y los resultados a la fecha obtenidos?

c) Además de la normatividad expedida<sup>30</sup>, ¿qué mecanismos se han adoptado e implementado para evaluar la oportunidad y calidad de los servicios de salud? Igualmente debe exponer ¿cuáles son los resultados de dicho proceso así como las acciones tomadas para mejorar las condiciones en que son ofrecidos los servicios?

d) ¿Cuál es la justificación para que, a pesar de lo manifestado en la Sentencia C-313 de 2014<sup>31</sup>, se implementara un PBS en el que existen un listado taxativo de servicios y tecnologías cubiertas con cargo a la UPC<sup>32</sup> y un listado de exclusiones del plan de beneficios<sup>33</sup>?

e) ¿Se presentan diferencias en los requisitos para la prescripción y el tiempo de dispensación del servicio dependiendo de si pertenecen a los mecanismos de protección individual o colectiva? En caso afirmativo ¿señale a qué se debe esa distinción y las acciones adoptadas para disminuirla?

f) En informe de 12 de julio de 2018<sup>34</sup> el Ministerio de Salud señaló que para la vigencia actual los ingresos que se esperaban percibir no eran suficientes para financiar la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado. De este modo, indicar ¿qué medidas a corto (2018), mediano y largo plazo (2019) ha adoptado para garantizar la suficiencia para el pago de la prima de aseguramiento para la garantía del acceso efectivo a los servicios de salud?

## **Superintendencia de Salud**

a) ¿En qué radican las principales peticiones, quejas y reclamos de los usuarios del sistema relacionadas con la falta de disponibilidad, accesibilidad,

---

<sup>28</sup> Observación General 14 del Consejo del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

<sup>29</sup> El 19 de mayo de 2017 la Defensoría del Pueblo señaló que persisten problemáticas relacionadas con la “*falta de oportunidad en la prestación de servicios médicos, en especial en citas con especialistas, lo que ocasiona demora en el diagnóstico y/o afecta la continuidad en la atención*” Cfr. Az Orden XIX, folio 5856.

<sup>30</sup> Resolución 0256 de 2016, por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

<sup>31</sup> En el considerando jurídico 5.2.8.3 se indicó: “*Para la Corte, la definición de exclusiones resulta congruente con un concepto de servicios de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituyen en regla y las exclusiones en la excepción. Si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas.*”

<sup>32</sup> Resolución 5269 de 2017, “*por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).*”

<sup>33</sup> Resolución 5267 de 2017, “*por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.*”

<sup>34</sup> Cfr. AZ Orden 24 P, folios 514 a 541.

aceptabilidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud? Indique las EPS e IPS frente a las cuales se reciben el mayor número de ellas, las investigaciones adelantadas, el estado de las mismas y las sanciones impuestas.

b) ¿Cuáles son las especialidades médicas por las que los usuarios presentan el mayor número de quejas relacionadas con la falta de oportunidad y continuidad para acceder a los servicios de salud?

c) ¿Cuáles son las medidas tomadas frente a las EPS que han negado o dilatado la prestación de servicios de salud cubiertos por el PBS<sup>35</sup> independientemente del mecanismo de protección al que pertenecen<sup>36</sup>? Señale las sanciones impuestas por este motivo.

d) ¿Qué acciones ha adoptado frente a las EPS del régimen contributivo que se niegan a autorizar oportunamente los servicios de salud requeridos para tratar las enfermedades de alto costo y catastróficas<sup>37</sup>? Señale cuáles han sido los resultados de las mismas.

### **Defensoría del Pueblo**

a) ¿Cuáles son las barreras que esa entidad ha identificado para que los servicios de salud sean prestados bajo los parámetros de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad y calidad, respecto a la población general y a los grupos vulnerables? Si cuenta con información estadística sobre esta problemática, informe los resultados de la misma.

b) ¿Cuáles son las especialidades médicas que por falta de oferta generan barreras en el acceso oportuno a los servicios en salud? Indique si las acciones adoptadas por el Ministerio de Salud para superarlas han impactado positivamente la problemática.

c) ¿La atención a los usuarios del sistema de salud que requieren servicios de urgencias, es prestada bajo los parámetros de oportunidad, disponibilidad y calidad?

d) ¿La forma como el Ministerio de Salud implementó el Plan de Beneficios<sup>38</sup>, genera obstáculos en el goce efectivo del derecho a la salud y diferencias en los requisitos exigidos para la prescripción y el tiempo de espera para el suministro? En caso afirmativo señale en qué consisten esas barreras.

---

<sup>35</sup> En el informe de 31 de enero de 2018 el Ministerio de Salud (orden 30) señaló que bajo la categoría “solicitud de servicio de salud POS, que no ha sido negado pero está demorado”, se presentaron en el año 2017, 1764 tutelas en el régimen contributivo y 1442 en el subsidiado que equivale al 43,2% de todas las tutelas presentadas en esa anualidad.

<sup>36</sup> Protección colectiva o individual.

<sup>37</sup> Cfr. AZ orden XVI-G, folio 2716. Informe de 9 de agosto de 2018, en el que la Superintendencia expresamente señaló: “se define que el 66% de las entidades del Régimen Contributivo se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo. (...) Para la Corporación, el derecho fundamental a la salud tiene como punto de partida la inclusión de todos los servicios y tecnologías y que las limitaciones al derecho deben estar plenamente determinadas, de lo contrario, se hace nugatoria la realización efectiva del mismo.”

<sup>38</sup> A través de los mecanismos de protección colectiva e individual.

## **Procuraduría General**

- a) ¿Cuáles son los obstáculos identificados que persisten en materia de acceso a la salud e impiden a los usuarios recibir la prestación de los servicios con calidad, oportunidad, disponibilidad y accesibilidad?
- b) ¿Las medidas implementadas por el Ministerio de Salud para eliminar las dificultades en materia de acceso oportuno y con calidad en urgencias y los servicios de medicina especializada han sido conducentes<sup>39</sup>?
- c) ¿Con la implementación de los mecanismos de protección colectiva e individual se está garantizando a los usuarios el acceso efectivo a los servicios de salud o se siguen evidenciando obstáculos que hacen nugatorio el goce del derecho?
- d) Manifieste si la insuficiencia de recursos para financiar la UPC en los regímenes contributivo y subsidiado<sup>40</sup> está impidiendo a los usuarios acceder a los servicios de salud bajo estándares de calidad, oportunidad, accesibilidad y disponibilidad. En caso afirmativo, indique las acciones desplegadas para garantizar la prestación efectiva del servicio.
- e) ¿Cuál ha sido el seguimiento que ha realizado la Procuraduría frente a las acciones adelantadas por el Ministerio de Salud para la actualización del plan de beneficios en Salud? y ¿A partir de sus competencias disciplinarias, cuáles han sido las acciones adoptadas respecto a los responsables de la política pública en salud, la supervisión y las EPS e IPS que han incurrido en prácticas violatorias del derecho a la salud?

## **Asociación de Pacientes de Alto Costo de la Nueva E.P.S.**

- a) ¿Cuáles son las principales barreras que enfrentan los usuarios del sistema al requerir la prestación de servicios de salud? Si la asociación cuenta con información estadística, informe sobre ella.
- b) ¿Los mecanismos de protección individual y colectiva determinados por el Ministerio de Salud cumplen con el contenido de un plan de beneficios excluyente conforme a lo dispuesto en la Sentencia C-313 de 2014?
- c) ¿Se han evidenciado obstáculos en el goce efectivo del derecho a la salud con ocasión de la implementación de los mecanismos de protección colectiva e individual? En caso afirmativo indique en qué consiste dicha afectación.
- d) ¿Se está garantizando a los pacientes con enfermedades de alto costo, crónicas y huérfanas, la accesibilidad, continuidad, oportunidad y disponibilidad en la prestación de los servicios de salud? En caso negativo manifieste en qué consisten las principales dificultades.

---

<sup>39</sup> Abordan acciones en torno a los requerimientos propios de la orden –Auto 411 de 2015.

<sup>40</sup> Informe de 12 de julio de 2018 del Ministerio de Salud. *Cfr.* AZ Orden 24 P, folios 514 a 541.

## **Así Vamos en Salud**

- a) ¿Cuáles son las barreras que impiden la prestación de servicios y tecnologías en salud bajo los parámetros de disponibilidad, accesibilidad, oportunidad y calidad?
- b) ¿En su criterio los mecanismos de protección individual y colectiva determinados por el Ministerio de Salud cumplen con el contenido de un plan de beneficios excluyente conforme a lo dispuesto en la Sentencia C-313 de 2014?
- c) ¿Los mecanismos de protección colectiva e individual implementados por el Ministerio da lugar a que persistan las llamadas “zonas grises” o “lagunas”, que conllevan a la limitación del goce efectivo del derecho a la salud? En caso afirmativo enuncie las razones.
- d) ¿La forma como el Ministerio de Salud implementó el plan de beneficios<sup>41</sup>, genera obstáculos en el goce efectivo del derecho a la salud y diferencias en cuanto a los requisitos exigidos para la prescripción y el tiempo de espera para el suministro? En caso afirmativo señale en qué consisten esas barreras.

## **Universidad Nacional**

- a) ¿Cuáles son las barreras que impiden que los servicios y tecnologías en salud se presten bajo parámetros de disponibilidad, accesibilidad, oportunidad y calidad?
- b) En su criterio los mecanismos de protección individual y colectiva determinados por el Ministerio de Salud cumplen con el contenido de un plan de beneficios excluyente conforme a lo dispuesto en la Sentencia C-313 de 2014.
- c) Bajo el plan de beneficios implementado en atención a la Ley 1751 de 2015, ¿los mecanismos de protección colectiva e individual generan obstáculos en el goce efectivo del derecho de salud? En caso afirmativo señale en qué consisten.

## **Sostenibilidad financiera y flujo adecuado de recursos**

### **Ministerio de Salud**

- a) La Corte identificó<sup>42</sup> que dineros provenientes de la UPC han sido destinados para gastos diferentes a las prestaciones del PBS en ambos regímenes, lo que ha derivado en la desviación de los recursos de la salud<sup>43</sup>. Señale las acciones que ha adoptado o planeado implementar para erradicar, controlar y recuperar los

<sup>41</sup> Mecanismos de protección colectiva e individual.

<sup>42</sup> Auto 263 de 2012, orden vigésima cuarta.

<sup>43</sup> En los reportes entregados por la Contraloría y la Fiscalía General se evidencia que los dineros provenientes de la UPC se siguen desviando al efectuarse pagos como: i) publicidad, ii) apoyo de escuelas de formación deportiva, iii) patrocinios de reinados de belleza, iv) servicios y tecnologías en salud no PBS, v) doble afiliación y vi) afiliación de fallecidos, entre otros.

recursos malversados y dilapidados del sistema, y hacer cumplir la prohibición de dar a la UPC una destinación diferente a la establecida en la ley. Adicionalmente, deberá indicar a cuánto asciende el monto recuperado.

b) ¿Qué mejoras ha introducido a las bases de datos y a los procedimientos de cruce de información entre los actores del sector salud<sup>44</sup> para controlar: i) la afiliación en el régimen subsidiado de personas con capacidad de pago, ii) pagos dobles de UPC por un mismo afiliado, y iii) pagos de UPC por personas fallecidas?<sup>45</sup> Además debe señalar cuánto dinero le cuesta anualmente al SGSSS cada uno de los eventos enunciados, qué medidas y denuncias ha presentado y los resultados obtenidos.

c) ¿Qué incidencia ha tenido en la cantidad de solicitudes de recobros radicadas, la implementación de los mecanismos de protección colectiva e individual? Explique su respuesta e indique el número de solicitudes presentadas por cada año en el periodo 2010-2018 en los dos regímenes, especificando los valores globales reclamados.

d) En relación con las medidas de saneamiento de la Ley 1797 de 2016<sup>46</sup> ¿Qué impacto han tenido la depuración y conciliación permanente de las cuentas? Indique el estado actual de la cartera por cobrar de las EPS e IPS y los mecanismos implementados para mejorar su rotación.

e) ¿A qué valor ascienden los montos recobrados durante cada año desde el 2015 y hasta lo corrido del 2018? Atendiendo a este registro histórico, informe la estimación real de los recursos que requiere el SGSSS para cubrir los valores recobrados por prestación de servicios no PBS en la vigencia 2019.

## **Ministerio de Hacienda**

a) Mediante reporte de fecha 12 de julio de 2018<sup>47</sup> el Ministerio de Salud informó que los ingresos que se esperan percibir para la vigencia 2018 no son suficientes para financiar las tecnologías en salud no cubiertas por el PBS con cargo a la UPC del régimen contributivo y que existe un faltante de \$2 billones<sup>48</sup> que el Ministerio de Hacienda se comprometió a resolver. En atención a ello, indique las medidas que ha adoptado para conseguir los recursos que faltan para la vigencia actual, su resultado y la forma como a pesar de ella se está realizando el pago de la UPC.

b) En concepto de 11 de mayo de 2018 ACEMI informó que el presupuesto de la ADRES deberá disponer de recursos adicionales para el pago de los recobros

---

<sup>44</sup> En el Auto 263 de 2012 la Corte determinó que una de las formas de malversación de recursos del SGSSS se presenta por deficiencias en el sistema de información y las bases de datos que lo soportan.

<sup>45</sup> Según la ADRES (septiembre de 2018), la afiliación de “colados” en el régimen subsidiado (RS) que cuentan con capacidad de pago, le cuesta anualmente al sistema alrededor de 155.420 millones de pesos. <https://www.adres.gov.co/Todas-Las-Noticias/Term/19/colados>

<sup>46</sup> “Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.”

<sup>47</sup> Cfr. AZ Orden 24 P, folios 514 a 541.

<sup>48</sup> Para cubrir la UPC y los servicios no incluidos.

pendientes<sup>49</sup>. Atendiendo a esta afirmación, exponga si el presupuesto del sector salud para la vigencia 2019 contempla recursos suficientes para pagar la deuda de cobros pendientes que se tiene con las EPS.

c) ¿Cuál es el presupuesto total del SGSSS que se destinará a la vigencia de 2019 para las necesidades de los servicios no cubiertos por la UPC?

## **ADRES**

a) ¿Cuáles son los tiempos en que se surten cada una de las etapas del procedimiento de cobros, el lapso que tarda en ser tramitada una solicitud cuando es glosada y cuando no, así como aquel que transcurre desde el momento en que la ADRES aprueba la solicitud y la EPS recibe el pago?

b) En materia de cobros, ¿a qué valor ascienden los dineros pagados a las EPS sin justa causa<sup>50</sup>, malversados y dilapidados por cada año desde el 2015 hasta lo corrido del 2018? Señale el porcentaje recuperado, el tiempo empleado y las medidas implementadas para controlar y cobrar estos dineros<sup>51</sup>.

c) En atención a lo expuesto por ACEMI el 11 de mayo de 2018<sup>52</sup>, exponga ¿cuánto dinero debe el SGSSS a las EPS por concepto de cobros de servicios y tecnologías en salud no PBS en ambos regímenes y si existe algún plan de pago para el cumplimiento de estas obligaciones? ¿Qué acciones está desplegando para girar oportunamente estos recursos a las EPS?

d) ¿La ADRES está realizando en forma oportuna los giros previos a las EPS y los giros directos a las IPS?

e) ¿Qué controles ejerce la ADRES para propender por una correcta distribución del giro directo y evitar que las EPS contraten directamente o a través de terceros con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud<sup>53</sup>?

## **Contraloría General**

a) Exponga en un cuadro por año desde 2012 hasta lo corrido de 2018, en relación con la gestión fiscal sobre los recursos de la salud: i) cuántos fallos de responsabilidad ha proferido, ii) cuántas personas o funcionarios fueron

---

<sup>49</sup> “Si se acepta que el monto de los cobros del 2018 mantiene la tendencia (\$4 billones) el presupuesto de la ADRES debería disponer de por lo menos \$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 cobros 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.”

<sup>50</sup> Pagos por personas que se encuentran afiliadas dos veces, cobros de supuestos servicios prestados a personas fallecidas y/o no afiliadas, así como por servicios no prestados.

<sup>51</sup> Numeral quinto del Auto 263 de 2012.

<sup>52</sup> Ver nota al pie número 43.

<sup>53</sup> Artículo 15 de la Ley 1122 de 2007. “Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.”

declaradas responsables, iii) a qué valor ascienden los montos involucrados en las investigaciones, iv) cuánto dinero se ordenó devolver, v) qué valores han sido recuperados y vi) cuáles son las principales causas que han dado origen a la declaración de responsabilidad fiscal.

b) ¿Cuál es el porcentaje procesos que se inician por denuncia y por informe de auditoría?

c) ¿Cuánto dinero ha perdido el sistema de salud con ocasión de la corrupción desde el 2012 hasta el presente año? Indique el valor discriminado por año.

d) ¿Cuál es el monto total de los recursos a recuperar que se encuentran en procesos de cobro coactivo, a cuántos asuntos corresponde y qué porcentaje de ese dinero es recuperable?

e) ¿Qué actuaciones ha desplegado para perseguir de forma directa el patrimonio individual de los accionistas y administradores de las EPS e IPS que han incurrido en maniobras fraudulentas y que han originado un daño patrimonial a los recursos de la salud?

f) En relación con los denominados carteles en materia de la salud indique: i) cuántos han sido desmantelados desde el año 2012 hasta la fecha y qué áreas han sido afectadas, ii) qué monto involucró cada hallazgo, iii) cuánto dinero se ha recuperado, y iv) cuáles fueron reportados a la Fiscalía y a la Procuraduría para iniciar las investigaciones.

### **Fiscalía General**

a) En un cuadro discriminado por año desde el 2012 hasta la fecha, respecto a las investigaciones penales relacionadas con el sector salud indique: i) Si posee la información, cuántos fallos condenatorios se han proferido, ii) cuántas personas fueron declaradas penalmente responsables, iii) a qué valor ascienden los montos involucrados en esas investigaciones, iv) cuánto dinero se ordenó devolver, v) cuánto ha sido recuperado y vi) cuáles son las principales causas que han dado origen a la responsabilidad penal.

b) ¿Qué investigaciones ha iniciado en relación con las presuntas faltas penales por irregularidades y prácticas defraudatorias, malversación de recursos, falsedades documentales, dilapidación de fondos, sobrecostos en medicamentos y corrupción que afectan al sector salud y qué resultados se han obtenido?

c) ¿Cuántas acciones penales ha promovido por el delito de fraude a resolución judicial, con ocasión de los descatos a tutelas dictadas por los jueces de la república?

### **ACEMI Y GESTARSALUD**

a) ¿En cuánto tiempo se tramita una solicitud de recobro desde la radicación hasta la aprobación, tanto en el evento de ser glosada como de no presentar

observaciones, y cuál es el tiempo que transcurre entre su aprobación y el pago a la EPS?

b) ¿Cuál es la deuda actual que el SGSSS tiene con las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado por prestación de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por la UPC y cuántas de estas entidades se encuentran en proceso de liquidación o intervención?

c) ¿Cuál es el valor de la deuda que tienen las EPS de ambos regímenes con las IPS y la edad de dicha cartera?

d) En relación con el procedimiento de recobros ¿qué cambios y avances han representado para las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado la implementación de las medidas de giro previo y directo?

e) Respecto de las medidas de saneamiento introducidas por la Ley 1797 de 2016<sup>54</sup> ¿qué impacto ha tenido la depuración y conciliación permanente de las cuentas y cuáles son los tiempos en los que se efectúa el pago?

### **ACHC y ACESI**

a) ¿Cuál es el valor de la deuda que tienen las EPS de ambos regímenes con las IPS y cómo afecta a los hospitales y clínicas del país? ¿Cuántas IPS se encuentran en proceso de liquidación o intervención?

b) ¿Qué impacto ha tenido para las clínicas y hospitales las medidas de saneamiento introducidas por la Ley 1797 de 2016<sup>55</sup>? ¿Qué resultados se han obtenido de la depuración y conciliación permanente de las cuentas y cuáles son los tiempos en los que se efectúa el pago?

c) ¿Qué resultados ha arrojado la implementación de la medida de giro directo en las IPS?

d) ¿Se han presentado incumplimientos en la oportunidad o porcentaje de los giros previos y directos que deben realizarse en los regímenes contributivo y subsidiado?

e) ¿Las EPS están cumpliendo con el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007<sup>56</sup> en relación con la prohibición de no contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud? ¿Al realizar el giro directo se ha superado el límite de integración vertical por las EPS?

### **Cobertura universal**

---

<sup>54</sup> “Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.”

<sup>55</sup> “Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.”

<sup>56</sup> “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”

## Ministerio de Salud

a) ¿Cuáles son los componentes que se deben garantizar para alcanzar la cobertura universal en salud?

b) De acuerdo con los informes entregados por el Ministerio de Salud<sup>57</sup> la tasa media de afiliación a nivel nacional es de 94.38%; en atención a ello ¿es posible avanzar decididamente hacia una vinculación al sistema del 100%? En caso negativo exponga las razones que lo impiden.

c) ¿Qué medidas han sido implementadas con el fin de superar las deficiencias de acceso a los servicios de salud en zonas con dispersión geográfica<sup>58</sup> relacionadas con la oferta de servicios, la infraestructura hospitalaria<sup>59</sup> y personal médico y asistencial? Indique los resultados de las mismas.

d) ¿Existen desigualdades en las condiciones de acceso a los servicios de salud<sup>60</sup> entre los usuarios que habitan en centros urbanos circunscritos al modelo tradicional de atención y aquellos que residen en zonas geográficamente dispersas<sup>61</sup>?

e) Informe los resultados de la Política Integral de Atención en Salud<sup>62</sup> y el Modelo de Atención Integral en Salud<sup>63</sup>, diferenciando los generados por el plan piloto implementado en el departamento de Guainía<sup>64</sup>.

f) ¿Cuál es la relación población - oferta de servicios en salud a nivel nacional y departamental respecto de camas hospitalarias, médicos, servicios de enfermería, quirófanos, urgencias y ambulancias, para los esquemas de atención tradicional y las zonas geográficamente dispersas?

g) ¿Qué medidas fueron implementadas para solucionar los problemas de acceso a los servicios de salud identificados en el departamento del Chocó? Precise los resultados obtenidos.

## Defensoría del Pueblo

a) ¿Cuáles son resultados de la implementación del PAIS y el MIAS en todo el territorio nacional?

---

<sup>57</sup> Cfr. AZ Orden XXIX - B, folios 1776-1784. oficio SIAF 95136 de 18 de julio de 2018, mediante el cual el Ministerio de Salud envió respuesta al auto transversal del 5 de julio de 2018.

<sup>58</sup> Amazonas, Caquetá, Chocó, Guainía, Guaviare, La Guajira, Putumayo, San Andrés, Vaupés y Vichada.

<sup>59</sup> Ambulancias adecuadas para cualquier tipo de terreno y entidades prestadoras de servicios de salud, entre otros.

<sup>60</sup> Transporte, infraestructura hospitalaria, oferta de servicios médicos, especialistas, etc.

<sup>61</sup> Tal como se ha evidenciado en las sentencias T-302/17 y T-080/18, entre otras.

<sup>62</sup> (PAIS)

<sup>63</sup> (MIAS)

<sup>64</sup> 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”

b) Desde la experiencia en los territorios, ¿qué tan relevante es la problemática de acceso a los servicios de salud ocasionada por las restricciones de la infraestructura hospitalaria, las dificultades de transporte y la baja oferta y calidad de los servicios de salud, en los centros urbanos donde aplica el modelo tradicional de atención y en las zonas geográficamente dispersas?

c) ¿Considera que los indicadores de protección específica y detección temprana del riesgo aplicados a nivel nacional evidencian el aumento del acceso efectivo a los servicios de salud y permiten evaluar las gestiones realizadas por el Gobierno nacional para garantizar de la cobertura universal?

d) ¿Atendiendo las condiciones actuales de prestación de los servicios de salud, considera que Colombia ha alcanzado la cobertura universal en salud?

### **Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y para la Reforma Estructural a la Salud**

a) ¿En las zonas geográficamente dispersas se han evidenciado avances o retrocesos en la superación de las dificultades generadas por las condiciones de transporte, infraestructura hospitalaria y oferta de servicios habilitados?

b) ¿La implementación del PAIS y el MIAS ha presentado avances en la universalización? Indique su concepto sobre la ampliación del MIAS a otras zonas de país.

c) ¿Cuáles son las causas que dificultan la prestación de los servicios de salud con calidad, efectividad, eficiencia y oportunidad, especialmente para las poblaciones que se encuentran en regiones apartadas del país?

d) ¿Los indicadores de protección específica y detección temprana del riesgo aplicados a nivel nacional son efectivos para evaluar la cobertura en salud?

e) ¿Considera que en Colombia se garantiza la cobertura universal en salud a todos los habitantes del territorio nacional? En caso contrario, señale que actuaciones concretas se deberían implementar para avanzar en ella.

### **DeJusticia**

a) ¿Qué componentes esenciales debe atender el Estado para garantizar una cobertura universal sostenible en salud?

b) Desde la evidencia social, ¿cuáles son los problemas y necesidades en materia de acceso a los servicios de salud de quienes habitan en zonas geográficamente dispersas, atendiendo de igual manera el enfoque étnico diferencial?

c) ¿Cuáles son las conclusiones de la visita del grupo de investigadores de DeJusticia al departamento de la Guajira en materia de acceso a los servicios de salud?

d) ¿Teniendo en cuenta el trabajo realizado en terreno y verificando las condiciones actuales de la prestación de los servicios de salud, considera que actualmente se garantiza la cobertura en salud a los habitantes del territorio nacional?

### **Organización Mundial de la Salud (OMS)**

a) ¿Para la OMS cuáles son los componentes para que un país como Colombia cuente con una cobertura universal en salud?

b) ¿Cuáles son los estándares internacionales para la relación población - oferta de servicios en salud<sup>65</sup> y cuál es el promedio en países con características similares a Colombia<sup>66</sup>?

c) ¿Las condiciones en que se desarrolla la prestación de los servicios en salud en Colombia y los resultados acreditados por el Gobierno nacional permiten concluir que se ha alcanzado la cobertura universal en salud?

d) ¿Cuáles son las recomendaciones de la OMS para que Colombia avance en la garantía de una cobertura universal de los servicios en salud?

e) ¿Cuáles son las recomendaciones de la OMS para la materialización de la cobertura universal en salud en las zonas geográficamente dispersas?

### **Supremo Tribunal Federal de Brasil**

11. Bajo un espacio adicional de reflexión la Corte indagará sobre experiencias internacionales por tribunales constitucionales en materia de seguimiento a políticas públicas sobre derechos sanitarios, particularmente en orden a conocer el alcance de sus competencias, el tiempo de su intervención, la legitimidad de las decisiones y la garantía efectiva de los derechos constitucionales.

### **Participantes e invitados a la audiencia**

12. Con el propósito de desarrollar la audiencia pública se extenderán las siguientes invitaciones de acuerdo a cada uno de los temas propuestos. En su selección fue considerada la participación de i) las entidades responsables del cumplimiento de los asuntos, los entes de control y la Fiscalía General, grupos de apoyo al seguimiento y los peritos constitucionales, y ii) el conocimiento y experiencia de académicos y expertos sobre la materia.

<b>Participantes</b>
Juan Pablo Uribe Restrepo- Ministro de Salud y Protección Social
Alberto Carrasquilla Barrera - Ministro de Hacienda y Crédito Público
Fabio Aristizabal Ángel - Superintendente Nacional de Salud

<sup>65</sup> Aplicados a número de camas, personal médico, servicios de enfermería, quirófanos, urgencias, ambulancias, entre otros.

<sup>66</sup> Población, diversidad étnica, cultural y geográfica.

Carlos Mario Ramírez - Director General de la ADRES
Fernando Carrillo Flórez- Procurador general de la Nación.
Carlos Felipe Córdoba Larrarte - Contralor General de la República
Néstor Humberto Martínez Neira - Fiscal General de la Nación
Carlos Alfonso Negret Mosquera - Defensor del Pueblo
Néstor Álvarez- Presidente Asociación de Pacientes de Alto Costo de la Nueva E.P.S.
Augusto Galán Sarmiento - Director Observatorio Así Vamos en Salud
Mario Hernández - Universidad Nacional de Colombia
Gustavo Morales Cobo - Presidente de ACEMI
Elisa Torrenegra - Directora Ejecutiva Gestarsalud
Juan Carlos Giraldo Valencia - Director General de la ACHC
Olga Lucía Zuluaga Rodríguez - Directora Ejecutiva de la ACESI
Pedro Santana Rodríguez - Vocero CSR
César Rodríguez Garavito – Director De Justicia
Organización Mundial de la Salud
Supremo Tribunal Federal de Brasil

Cada uno de los participantes deberá presentar un resumen escrito de su intervención ante la Secretaria General de la Corte dentro de los tres (3) días siguientes a la celebración de la audiencia<sup>67</sup>. Para el efecto, el expediente del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 se encontrará a disposición en la Secretaría General de la Corte.

13. Adicionalmente, se **invitará** a los voceros por las comisiones séptimas constitucionales permanentes del Senado de la República y la Cámara de Representantes, y a las siguientes instituciones y organizaciones a través de sus representantes o quienes designen:

- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). .
- Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo (AFIDRO).
- Asociación Médica Sindical (ASMEDAS Nacional).
- Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar ASOCAJAS.
- Asociación Nacional de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud y la Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia – Anthoc- Chocó.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Central Unitaria de Trabajadores (CUT).
- Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP).
- Confederación Colombiana de Consumidores.
- Confederación General del Trabajo (CGT).
- Federación Colombiana de Municipios.
- Federación Nacional de Departamentos.
- Fundación IFARMA.
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
- Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social.
- Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX) y Postgrados en Administración de Salud.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

<sup>67</sup> Artículo 72 del Reglamento Interno de la Corte.

- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
- Universidad CES, Grupo de Investigación Observatorio de la Salud Pública.
- Universidad de Antioquia -Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública-.
- Universidad de Caldas, Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados.
- Universidad de Cartagena, Vicerrectoría de Investigaciones.
- Universidad de los Andes, Programa de Justicia Global y Derechos Humanos.
- Universidad de Nariño, Centro de Investigaciones Socio jurídicas y Centro de Estudios en Salud (CESUN).
- Universidad del Cauca, Vicerrectoría de Investigación.
- Universidad del Magdalena, Vicerrectoría de Investigación.
- Universidad del Norte, Dirección de Investigaciones y Proyectos (DIP) y Centro de Estudios Regionales (CERES).
- Universidad del Tolima, Dirección de Investigaciones.
- Universidad del Valle, Escuela de Salud Pública.
- Universidad Industrial de Santander (UIS), Grupo de Investigación en Demografía, Salud Pública y Sistemas de Salud (GUINDESS).
- Universidad Surcolombiana, Vicerrectoría de Investigación y Proyección Social.

Es preciso advertir a las instituciones y organizaciones enunciadas que su presencia en la Sala de Audiencia del Palacio de Justicia será en calidad de asistentes, no obstante, podrán expresar sus opiniones por escrito y en medio magnético ante la Secretaría General de la Corte Constitucional dentro de los tres (3) días siguientes a la celebración de la misma.

## **Metodología**

14. La audiencia pública se desarrollará en cuatro secciones, cada una correspondiente a un eje temático. En ellas el tiempo de intervención de los participantes estará limitado entre 10 y 15 minutos, de acuerdo con el tiempo asignado en la agenda.

Los intervinientes deberán permanecer en la audiencia hasta el momento en que finalice la sección en la que participan, con el propósito de que absuelvan preguntas específicas de los Magistrados e incluso puedan intercambiar opiniones con los demás invitados al panel con posterioridad a las intervenciones.

## **Agenda**

15. La audiencia pública se desarrollará siguiendo la programación que se expone a continuación:

<b>Instalación</b>	
Magistrado Ponente José Fernando Reyes Cuartas	8:00-8:15 a.m.
<b>Acceso a los servicios de salud</b>	
Juan Pablo Uribe Restrepo- Ministro de Salud y Protección Social	8:15-8:30 a.m.
Fabio Aristizabal Ángel - Superintendente Nacional de Salud	8:30-8:45 a.m.

Carlos Alfonso Negret Mosquera - Defensor del Pueblo	8:45-9:00 a.m.
Fernando Carrillo Flórez - Procurador General de la Nación	9:00-9:15 a.m.
Néstor Álvarez- Presidente Asociación de Pacientes de Alto Costo de la Nueva E.P.S.	9:15-9:30 a.m.
Augusto Galán Sarmiento - Director Observatorio Así Vamos en Salud	9:30-9:45 a.m.
Mario Hernández- Universidad Nacional	9:45-10:00 a.m.
Espacio para Preguntas	10:00 -10:20 a.m.
Receso	10:20-10:30 a.m.
<b>Sostenibilidad financiera y flujo adecuado de recursos</b>	
Juan Pablo Uribe Restrepo- Ministro de Salud y Protección Social	10:30 - 10:45 a.m.
Alberto Carrasquilla Barrera - Ministro de Hacienda y Crédito Público	10:45-11:00 a.m.
Carlos Mario Ramírez - Director General de la ADRES	11:00-11:15 a.m.
Carlos Felipe Córdoba Larrarte - Contralor General de la República	11:15- 11:30 a.m.
Néstor Humberto Martínez Neira - Fiscal General de la Nación	11:30-11:45 a.m.
Gustavo Morales Cobo - Presidente de ACEMI	11:45-11:55 a.m.
Elisa Torrenegra - Directora Ejecutiva Gestarsalud	11:55-12:05 m.
Juan Carlos Giraldo Valencia - Director General de la ACHC	12:05-12:15 m.
Olga Lucía Zuluaga Rodríguez - Directora Ejecutiva ACESI	12:15-12:25 m.
Espacio para Preguntas	12:25-12:45 m.
<b>Cobertura universal</b>	
Juan Pablo Uribe Restrepo- Ministro de Salud y Protección Social	2:15-2:30 p.m.
Carlos Alfonso Negret Mosquera - Defensor del Pueblo	2:30-2:45 p.m.
Pedro Santana Rodríguez - Vocero CSR	2:45-3:00 p.m.
César Rodríguez – Director DeJusticia	3:00-3:15 p.m.
Organización Mundial de la Salud	3:15-3:30 p.m.
Espacio para Preguntas	3:30-3:45 p.m.
<b>Supremo Tribunal Federal de Brasil</b>	
(por confirmar)	3:45-4:15 p.m.
<b>Cierre</b>	
Presidente Corte Constitucional Alejandro Linares Cantillo	4:15-4:45 p.m.

En mérito de lo expuesto, la Sala Plena de la Corte Constitucional,

## II. RESUELVE:

Primero.- **CITAR** a **AUDIENCIA PÚBLICA** en el marco del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, el día 6 de diciembre de 2018 a las 8:00 a.m. en la Sala de Audiencias de la Corte Suprema de Justicia.

Segundo.- **CITAR** al Ministro de Salud y Protección Social, al Ministro de Hacienda y Crédito Público, al Procurador General de la Nación, al Contralor General de la República, al Fiscal General de la Nación, al Superintendente Nacional de Salud y al Director General de la ADRES, quienes deberán responder los cuestionamientos planteados en el numeral 10 de este auto. Informar a los citados que la intervención es indelegable.

Tercero.- **CITAR** a la Asociación de Pacientes de Alto Costo de la Nueva EPS, al Observatorio Así Vamos en Salud, a la Universidad Nacional de Colombia, a la Asociación de Empresas de Medicina Integral – ACEMI, a la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud de Colombia - Gestarsalud,

a la Asociación de Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos- ACESI, a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas-ACHC, a la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y para la Reforma Estructural a la Salud- CSR, a la Organización Mundial de la Salud, a DeJusticia y al Tribunal Constitucional de Brasil; para que respondan los interrogantes formulados en el numeral 10 de esta providencia. Cada uno de los participantes deberá allegar a la Secretaría General de la Corte Constitucional el resumen escrito de su participación a más tardar el 11 de diciembre de 2018.

Cuarto.- **INVITAR** como **ASISTENTES** a las instituciones y organizaciones enlistadas en el numeral 13 de los considerandos de esta providencia. Cada uno de los invitados podrá allegar a la Secretaría General de la Corte Constitucional el resumen escrito de su participación a más tardar el 11 de diciembre de 2018.

Quinto.- **PONER A DISPOSICIÓN** el expediente del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 para su consulta y fotocopia por los citados e invitados a la audiencia pública.

Sexto.- **DISPONER** que se informe a la ciudadanía la realización de la audiencia mediante invitación pública en la página web de la Corte Constitucional. La asistencia requerirá la inscripción previa en dicha página que deberá ser realizada a más tardar el 28 de noviembre de 2018.

Séptimo.- **PUBLICAR** el presente auto en la página web de la Corte Constitucional. Así mismo, **SOLICITAR** a las jefaturas de prensa y sistemas de esta Corporación disponer lo pertinente para la trasmisión de la audiencia pública por Radio Televisión Nacional de Colombia vía *streaming*.

Octavo.- Proceda la Secretaría General de la Corte Constitucional a comunicar la presente decisión, adjuntando copia de la misma.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

ALEJANDRO LINARES CANTILLO  
Presidente

CARLOS BERNAL PULIDO  
Magistrado

DIANA FAJARDO RIVERA  
Magistrada

LUIS GUILERRMO GUERRERO PÉREZ  
Magistrado

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO  
Magistrado

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO  
Magistrada

CRISTINA PARDO SCHLESINGER  
Magistrada

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS  
Magistrado

ALBERTO ROJAS RÍOS  
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ  
Secretaria General