

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

Referencia: Seguimiento a la orden vigésimo séptima de la sentencia T-760 de 2008.

Asunto: Solicitud de información y decreto de pruebas.

Magistrado Sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

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

El Magistrado en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente auto, con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación emitió diferentes órdenes con la finalidad de que las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud¹ adoptaran las medidas necesarias para corregir las fallas estructurales identificadas al interior del mismo con ocasión del análisis de los casos concretos acumulados en esa providencia.

2. Consideró que el SGSSS no puede cubrir las demandas médicas de la población si no cuenta con los recursos suficientes, y por ende, encontró de suma importancia corregir los problemas de financiación de los servicios médicos no incluidos y excluidos del catálogo de beneficios, pero requeridos con necesidad.

3. Así las cosas, profirió la orden vigésima séptima en la que dispuso que el ente ministerial debía modificar o rediseñar el procedimiento de recobros, mediante el cual las aseguradoras obtienen reembolsos de los dineros pagados por servicios no incluidos en el POS², con la finalidad de que el mismo funcionara en condiciones de oportunidad y eficiencia, contribuyendo así con un mejor flujo de recursos. El mandato en mención reza:

“Vigésimo séptimo.– Ordenar al Ministerio de Protección Social que tome las medidas necesarias para que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcione de manera eficiente, y que el Fosyga desembolse

¹ SGSSS.

² Expresión derogada por el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Hoy se habla de Plan de Beneficios en Salud (PBS).

prontamente los dineros concernientes a las solicitudes de recobro. El Ministerio de Protección Social podrá definir el tipo de medidas necesarias.

El Ministerio de Protección Social también podrá rediseñar el sistema de recobro de la manera que considere más adecuada, teniendo en cuenta: (i) la garantía del flujo oportuno y efectivo de recursos para financiar los servicios de salud, (ii) la definición de un trámite ágil y claro para auditar las solicitudes de recobro sin que el tiempo que dure el auditaje obstaculice el flujo de los recursos (iii) la transparencia en la asignación de los recursos del Fosyga y (iv) la asignación de los recursos para la atención eficiente de las necesidades y prioridades de la salud.

(...).”

4. Mediante auto 263 de 2012, esta Sala emitió la primera valoración de la orden, declaró el incumplimiento general de la misma y solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social que rediseñara el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, a través de una norma unificada y señalando todos los requisitos y pasos para que se surtiera el mismo, derogando las demás regulaciones vigentes sobre la materia.³

Lo anterior, al concluir que la Resolución 3099 de 2008 no fue expedida en cumplimiento del mandato impartido en la orden vigésimo séptima de la sentencia estructural, toda vez que a la fecha de la publicación de esta aún no se conocían las órdenes emitidas en dicha providencia.⁴

De igual forma, dispuso en el numeral noveno de la parte resolutive que todas las entidades a las que les impartió órdenes en esa providencia, informaran trimestralmente los avances y resultados obtenidos en su acatamiento.

5. A través de auto 075 de 2014⁵ este Tribunal solicitó al Ministerio que informara los resultados de la implementación del nuevo sistema de recobros en atención a lo dispuesto en el auto 263 de 2012, en respuesta a lo cual, el 25 de abril de 2014⁶, atendió a los interrogantes planteados concluyendo avances a

³ “Tercero. ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social que, en el término de tres (03) meses contados a partir de la comunicación de esta providencia, REDISEÑE el Sistema de Verificación, Control y Pago de las Solicitudes de Recobro, mediante la expedición de una norma unificada que subsuma todos los requisitos y trámites del mismo, y que derogue las múltiples regulaciones vigentes sobre la materia, con obligatoria observancia de los lineamientos expuestos en el núm 3.9. de la parte motiva de la presente providencia, sin perjuicio de los demás criterios que considere necesarios para el cumplimiento de la orden vigésimo séptima de la Sentencia T-760 de 2008.”

⁴ Cfr. Pág 23 del auto 071 de 2016. El auto de la segunda valoración expone nuevamente que la sentencia T-760 de 2008 fue expedida el 31 de julio de esa anualidad pero comunicada por la Secretaría General de esta Corporación el 27 de agosto siguiente.

⁵ Proferido el 1º de abril de 2014. Cfr. AZ Orden XXVII-H, folios 44 a 47.

⁶ Cfr. AZ Orden XXVII-H, folios 48 a 59. Cabe aclarar que posteriormente mediante auto 365 de 2014 la Sala estudió el informe allegado por el Ministerio de Salud el 25 de abril de 2014 (Cfr. AZ Orden XXVII- H folios 48 a 59), en el que encontró imprecisiones a las respuestas entregadas a los interrogantes planteados en el auto 075 de 2014, por lo cual requirió al ente regulador para que respondiera nuevamente las preguntas formuladas en esa providencia, con ocasión de lo cual remitió informe de fecha 12 de diciembre de 2014 (Cfr. AZ Orden XXVII- H folios 118 a 124). Esta Sala encontró por ejemplo que “el simple hecho de que una solicitud haya sido aprobada no necesariamente puede inferirse que la misma haya sido pagada”. Observó que en el campo referido a “valores no pagados” fueron incluidos los mismos montos de la columna “glosados” que habían sido solicitados por aparte y no deberían confundirse con aquellos. Indicó que en la respuesta 3.3 “no fueron incluidos los datos referidos al periodo comprendido entre enero y marzo de 2014 y el Ministerio aseveró que remitirá dicha

partir de la expedición de la Resolución 458 de 2013⁷ aun cuando la misma no hubiese sido puesta en marcha⁸, al considerar, según señaló, que sirvió de base para la expedición de la Resolución 5395 de 2013⁹.

6. Una vez allegada la información requerida, a través de auto 187 de 2014, la Sala la remitió a los peritos constitucionales voluntarios para que se pronunciaran y absolvieran algunas dudas, con ocasión de lo cual fueron entregados documentos por parte de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR)¹⁰; de Gestarsalud¹¹; de Acemi¹²; Asocajas a través de correo electrónico¹³ y finalmente por la Federación Médica Colombiana¹⁴.

En general, los reportes recibidos en esta Corporación, convergieron en que el Ministerio desplegó diferentes actuaciones tendientes a mejorar las fallas advertidas en el funcionamiento del sistema de recobros, y que si bien ponen en evidencia avances en materia de flujo de recursos, también se observa que el ente gubernamental centró sus acciones en la modificación del sistema de recobros del régimen contributivo dejando de lado el subsidiado. Adicionalmente, que si bien adoptó algunas medidas para mejorar dicha falencia¹⁵, las mismas son insuficientes para superar las faltas de liquidez y la capacidad financiera que requieren las EPS para prestar servicios de salud no POS.¹⁶

7. Posteriormente, después de 7 años de proferida la sentencia T-769 de 2008, en auto 071 de 2016 de fecha 19 de febrero¹⁷, la Sala declaró el nivel de cumplimiento bajo de la orden vigésimo séptima y resolvió:

“(…)

Segundo: Ordenar al Ministro de Salud y Protección Social que, en el término de tres (03) meses contados a partir de la comunicación de esta providencia, rediseñe de manera oportuna, profunda y efectiva el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, con obligatoria observancia de los lineamientos expuestos en el considerando 3.9 del Auto 263 de 2012 y en los apartados 4.2.3. a 4.2.5. de la presente providencia.

información entre mayo y junio” de esa anualidad. En la pregunta 3.5 señaló que “las variables contestadas bajo las denominaciones “en trámite” y “N.A.”, en el periodo 1º de enero a 15 de marzo de 2014 no fueron explicadas, tampoco se precisó cuándo se allegaría esa información a la Corte, ni se obtuvieron resultados cuantitativos ciertos”

⁷ “Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones.”

⁸ Toda vez que fue derogada.

⁹ “Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones.”

¹⁰ Cfr. AZ Orden XXVII-H, folios 63 a 67. El 14 de julio de 2014.

¹¹ Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud. Cfr. AZ Orden XXVII-H, folios 68 a 78.

¹² Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. Cfr. AZ Orden XXVII-H, folios 79 a 95. Documento de fecha 15 de julio de 2014.

¹³ Cfr. AZ Orden XXVII-H, folios 106 a 109. Información recibida el 15 de julio de 2014.

¹⁴ Cfr. AZ Orden XXVII-H, folios 110 a 113. Allegó información el 21 de julio de 2014.

¹⁵ Flujo de recursos.

¹⁶ Información extraída del auto 071 de 2016 mediante el cual se valoró con cumplimiento bajo el acatamiento de la orden vigésimo séptima. Actualmente se habla de servicios no incluidos en la Plan de Beneficios en Salud.

¹⁷ Notificado el 23 de febrero de 2016.

Tercero: Poner en conocimiento del señor Presidente de la República la persistencia en el bajo nivel de cumplimiento de la orden vigésima séptima de la Sentencia T-760 de 2008.

Cuarto: Ordenar al Procurador General de la Nación que acompañe y vigile el cumplimiento de la disposición contenida en el ordinal segundo de este auto.

Quinto: Dar traslado a la Procuraduría General de la Nación del expediente de supervisión del presente mandato, a fin de que investigue y determine los posibles responsables disciplinariamente por la inobservancia de lo ordenado en el Auto 263 de 2012.

Sexto: Dar traslado a la Contraloría General de la República del expediente de supervisión del presente mandato, a fin de que indague sobre la posible comisión de faltas administrativas que hayan podido dar lugar a un eventual detrimento patrimonial en las arcas del Estado, a raíz del incumplimiento de los lineamientos impartidos en el Auto 263 de 2012.”

En este proveído, la Sala estableció que el Ministerio acogió 8 de 31 parámetros trazados en el auto 263 de 2012 para efectuar el rediseño del sistema de recobros, que acató 4 de manera parcial e inobservó 4 más. En relación con los 15 lineamientos restantes, no advirtió información en el expediente ni en las normas expedidas para el cumplimiento de la orden emitida. Adicionalmente, encontró que el ente ministerial no allegó justificación sobre la imposibilidad o inconveniencia de aplicar en el rediseño los parámetros exigidos por esta Corporación.

La relación de los parámetros planteados en el auto 263 de 2012 que fueron acatados, los que no y los que se cumplieron parcialmente es la siguiente:¹⁸

PARÁMETROS	INCLUSIÓN EN LA RESOLUCIÓN 5395/13
“Considerando 3.9.1. En relación con la clarificación de contenidos del POS”	
i. Contemplar medidas unificadoras de la interpretación del contenido del POS, por parte de los diferentes actores del sistema y los operadores jurídicos en el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro.	NO
ii. Incorporar pautas a seguir en caso de recobro de un servicio perteneciente a la denominada “zona gris”.	SÍ
“Considerando 3.9.2. En relación con la garantía del flujo oportuno y efectivo de recursos para financiar los servicios de salud”	
i. Tener en cuenta criterios de garantía, suficiencia y oportunidad en el flujo de recursos.	NO
ii. Prever medidas tendientes a evitar la falta de pago o retraso en el mismo.	SÍ
iii. Comprender mecanismos para prevenir que los recursos de la UPC sean destinados a cubrir gastos no POS.	SÍ
iv. Asegurar la sostenibilidad fiscal y financiera del sistema de recobros.	NO
“Considerando 3.9.3. En relación con la definición de un procedimiento claro, preciso y ágil en la verificación, control y pago de las solicitudes de recobros”	

¹⁸ Cfr. pág. 66 del auto 071 de 2016. Se adjunta el cuadro textual.

i. Evaluar la posibilidad de unificar el sistema de recobro, el pagador y los instrumentos de recobro para régimen contributivo y subsidiado, con base en estudios y argumentos suficientemente sólidos, teniendo en cuenta que desde la entrada en vigencia del Acuerdo 032 de 2012 el catálogo de beneficios para ambos regímenes se encuentra unificado.	NO
ii. Definir claramente las funciones y responsabilidades de las diferentes entidades gubernamentales y regulatorias encargadas de la modificación o rediseño del sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobros.	Parcialmente
iii. Garantizar la agilidad, claridad y precisión en el procedimiento de las solicitudes de recobro con etapas temporalmente definidas.	Parcialmente
iv. Establecer mecanismos ágiles de control anterior a la ejecución de los recursos, de tal forma que las auditorías se trabajen mancomunadamente por los organismos encargados por el Ministerio de Salud y la Contraloría General de la República.	NO
v. Comprender la definición de un trámite ágil y claro para auditar cada solicitud de recobro sin que el tiempo que dure el auditaje obstaculice el flujo de los recursos.	SÍ
vi. Unificar la multiplicidad de regulación sobre la materia, reduciendo sustancialmente la proliferación normativa.	NO
vii. Justificar la necesidad y pertinencia de cada uno de los requisitos exigidos en el procedimiento de recobro.	NO
viii. Eliminar los requisitos inocuos y la posibilidad de imponer glosas inconsistentes o infundadas.	NO
ix. Contemplar un periodo de transición para que el Fosyga o la entidad responsable se adapte a los cambios y se eviten traumatismos.	NO
x. Unificar términos de trámites, auditorías y fechas de pago.	Parcialmente
xi. Incluir procedimientos de auditoría integral.	Parcialmente
xii. Adoptar mecanismos de control, seguimiento y gestión del sistema de recobros.	SÍ
xiii. Garantizar el debido proceso de los actores del sistema ante la negativa, rechazo o inadmisión de la solicitud de recobro.	SÍ
xiv. Establecer mecanismos administrativos idóneos de solución de controversias y glosas entre las entidades recobrantes y el órgano pagador.	SÍ
xv. Contemplar mecanismos para la identificación de la red de prestadores.	NO
xvi. Adelantar acciones para difundir y socializar reglamentación del procedimiento de recobro todos actores del sistema.	NO
“Considerando 3.9.4. En relación con la transparencia en la asignación de los recursos del Fosyga”	
i. Obtener la depuración en línea de todas las bases de datos.	NO
ii. Conocer población efectiva asegurada y su capacidad de pago.	NO
iii. Garantizar la disminución de fenómenos defraudatorios del sistema como la evasión y la elusión.	NO
iv. Incluir mecanismos destinados a fortalecer el direccionamiento, control y monitoreo de los recursos a cargo del Gobierno Nacional.	NO
v. Adoptar el control de precios de recobros, encaminadas a disminuir los sobrecostos en los mismos.	SÍ
“Considerando 3.9.5. En relación con la asignación de los recursos para la atención eficiente de las necesidades y prioridades de la salud”	
i. Determinar las fuentes de financiación para los servicios no POS, así como para la asignación y giro de dichos recursos.	NO
ii. Analizar la suficiencia de los recursos destinados a cubrir los recobros por prestaciones no POS de ambos regímenes.	NO
iii. Prevenir la parálisis del procedimiento de recobros ante el déficit presupuestal de los entes territoriales.	NO
iv. Incorporar la determinación de la sentencia C-252/10 en relación con el pago residual a cargo del Fosyga frente a los recobros del régimen subsidiado.	NO

8. En respuesta a dicho proveído, el Ministerio allegó documentación¹⁹ sobre el cumplimiento de los mandatos vigésimo cuarto y vigésimo séptimo en los que inicialmente hizo referencia a las acciones adelantadas por dicha entidad, encaminadas al cumplimiento de las órdenes impartidas.

¹⁹ Informes radicados el 18 y 29 de marzo de 2016, AZ orden XXVII-H, folios 125-172 y 173-220.

9. Mediante comunicación electrónica radicada el 15 de marzo de 2016 el Director de la Cartera de Salud solicitó que se convocara a una sesión técnica destinada a entregar la información sobre los parámetros de cumplimiento de la orden en estudio trazados en el auto 263 de 2012 y valorados en el 071 de 2016²⁰, la cual se llevó a cabo el 18 de marzo de 2016 y en la que acreditó algunas acciones tendientes a lograr la declaratoria de cumplimiento del mandato. Seguidamente, el 20 de abril de la misma anualidad, comunicó la expedición de la nueva regulación sobre el sistema de recobros (Resolución 1382 de 2016).²¹

10. La información referida fue remitida por esta Sala al grupo de peritos constitucionales voluntarios mediante auto 217 de 2016,²² para poder recopilar conceptos y opiniones de la sociedad civil y contar con suficientes insumos para emitir la valoración del mandato en cuestión. De igual manera, les pidió que se pronunciaran sobre la Resolución 1328 de 2016. Por último, recomendó al Ministerio de Salud, generar los indicadores de goce efectivo de que trata el artículo 7 de la Ley 1751 de 2015, de manera que se optimizara y facilitara el recaudo de los resultados de la implementación del procedimiento de recobro adoptado en la Resolución.

11. Posteriormente, en respuesta de lo descrito en el numeral anterior, se recibió documentación por parte de Gestarsalud²³, Acemi²⁴, Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud²⁵ y Universidad Nacional de Colombia²⁶, la cual coincide en la indicación de que Ministerio de Salud y Protección Social no ha dado cumplimiento a la totalidad de los parámetros establecidos en el auto 263 de 2012 y valorados en el auto 071 de 2016.

12. Gestarsalud remitió informe a través del cual reconoció los avances logrados en la materia por el Ministerio de Salud y a su vez expuso los argumentos para afirmar el incumplimiento de la unificación del sistema de recobros exigido en la orden veintisiete por parte de dicho ente gubernamental.

En primer lugar, se refirió a la clarificación del contenido del POS, en virtud de lo cual señaló que *“los avances en la cobertura integral de la prestación de los servicios de salud para resolver los problemas de salud de la población, resultan pertinentes y de gran beneficio para materializar la garantía del derecho fundamental a la salud de los afiliados al Sistema, y en este sentido se reconocen los esfuerzos institucionales del Ministerio de Salud y Protección Social que desde el año 2011 ha venido desarrollando la actualización integral del Plan de Beneficios definida por Ley.”*

²⁰ Cfr. Auto 217 de 2016. Pág. 1.

²¹ Cfr. Auto 217 de 2016.

²² Cfr. AZ Orden XXVII- H folio 222-224.

²³ Cfr. AZ Orden XXVII- H folio 227-375. Informe de fecha 14 de junio de 2016.

²⁴ Cfr. AZ Orden XXVII- H folio 362-375. Informe de fecha 17 de junio de 2016.

²⁵ Cfr. AZ Orden XXVII- H folio 376-391. Informe de fecha 20 de junio de 2016.

²⁶ Cfr. AZ Orden XXVII- H folio 392-395. Informe de fecha 27 de junio de 2016.

No obstante, indicó que no se conocen los estudios de impacto de la UPC de 448 tecnologías que el Ministerio a través de la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas ha venido expidiendo para resolver las "zonas grises" y, por esta vía, las divergencias recurrentes, tal como se evidencia en el documento del Ministerio.

Informó que es necesario que el Ministerio de Salud despliegue acciones dirigidas a fortalecer el trabajo mancomunado con las asociaciones científicas y demás agrupaciones de profesionales, con la finalidad de mejorar la autonomía médica enmarcada en principios de la ética y la razonabilidad técnica; con consciencia del uso racional de los recursos.

Así mismo señaló que la actividad médica debe orientarse, modularse y monitorearse por el regulador con base en documentos científicos basados en las guías de práctica clínica, con lo que se permite certificar la evaluación de los profesionales de la salud. Adicionalmente, recalcó la importancia de certificar la suficiencia de profesionales de base idóneos, de especialistas y de tecnología.

Recordó la necesidad de trabajar de la mano de la rama judicial con la finalidad de lograr que las decisiones de tutela de los jueces tengan razonabilidad técnica y no desconozcan la argumentación de costo efectividad que presenta la EPS sobre *"algunas tecnologías no POS que existiendo opciones terapéuticas en el POS son ordenadas mediante tutela."*

En segundo lugar se refirió a la garantía del flujo oportuno y efectivo de recursos para financiar los servicios de salud señalando que si bien el Ministerio implementó algunas medidas como: i) la presentación de los recobros sin la constancia previa de pago de la factura de venta; y ii) el establecimiento del giro directo a los proveedores, solo fueron aplicadas para el régimen contributivo. Aunque estas medidas permiten agilizar el procedimiento y la presentación de cuentas, y mejorar el flujo de recursos, la implementación no fue equitativa por cuanto se generaron diferencias considerativas en ambos regímenes, toda vez que la exigencia de pago previo de la factura para presentación de los recobros en el régimen subsidiado estuvo vigente durante 3 años más²⁷.

Expuso que con ocasión de lo anterior las EPS del RS²⁸ se vieron imposibilitadas para radicar y presentar reclamaciones por la prestación de servicios no POS demandas por los usuarios, prescritos y pagados por la red de servicios de salud pública y privada por valor de \$304.123 millones de pesos, lo que equivale al 33% de la cartera total a la fecha de presentación del informe, por concepto de servicios no POS a cargo de las entidades departamentales y/o distritales.

Afirmó que el ente ministerial se equivoca al señalar que ha adoptado medidas para *"asegurar la sostenibilidad fiscal y financiera del sistema de recobros"*, debido a la ausencia de los recursos necesarios para cumplir con la obligatoriedad de pago previo como requisito para la presentación y reclamación del recobro en

²⁷ Hasta la expedición de la Resolución 1479 de 2015

²⁸ Régimen subsidiado.

las entidades departamentales; “*añadido a la cartera de las cuentas radicadas que ascienden a más de \$529.525 millones de pesos, han generado para las EPS asociadas en Gestarsalud; más de 800 Mil Millones de Pesos, con una morosidad superior a los 360 días.*”

Así mismo, manifestó que a la fecha existía una cartera no POS radicada sin pago alguno:²⁹

EPS	Cartera no pos (radicada) corte enero 2016 (3)
AMBUQ	\$ 17.210.815.221
ASMETSALUD	\$ 47.678.434.848
CAFESALUD	\$ 84.109.743.157
CAJACOPI	\$ 12.978.032.114
COOSALUD	\$ 106.541.828.625
ECOOPSOS	\$ 8.972.679.923
EMSSANAR	\$ 205.052.472.306
SALUD VIDA	\$ 46.981.343.995
TOTAL	\$ 529.525.350.189

De igual forma, hizo referencia a la existencia de una cartera no POS radicada³⁰ y otra no radicada pero que ha conducido a las EPS a presentar una pérdida acumulada superior a los \$814,929 millones:³¹

Nombre Pagador	Cartera Radicada	% PAR	Suma de 0-60	Suma de 61-120	Suma de 121-180	Suma de >181
Secretaria Salud Dptal Valle	\$184.178.403.515	39%	\$44.370.155.028	\$29.106.892.140	\$38.823.552,28	\$71.877.804.064
Consorsio Sapp	\$66.454.237.930	14%	\$ 6,364.171.878	\$2.296.969.773	\$2.390.886.628	\$55.402.209.651
Distrito Cartagena	\$30.845.348.312	7%	\$671.919.129	\$735.597.434	\$1.647.351.871	\$27.790.479.878
Instituto Departamental de Salud de Nariño	\$23.999.678.007	5%	\$8.013.673.647	\$3.889.586.637	\$3.748.490.006	\$8.347.927.717
Secretaria Salud Dptal Cauca	\$17.923.209.579	4%	\$6.277.721.269	\$2.902.039.510	\$2.183.312.153	\$6.560.136.066
Secretaria de Salud Dptal del Cesar	\$14.232.760.718	3%	\$1.705.181.429	\$1.394.096.852	\$3.282.650.516	\$7.850.831.921
Secretaria Secc de Salud y Protección Social de Antioquia	\$12.332.947.864	3%	\$1.258.517.072	\$598.525.401	\$2.565.005.866	\$7.910.899.524
Dirección Territorial de Salud de Caldas	\$10.355.768.403	2%	\$428.822.490	\$530.459.977	\$2.100.355.800	\$7.296.130.136
Secretaria de Salud de Santander	\$10.145.347.445	2%	\$938.002.279	\$1.753.598.016	\$1.420.585.783	\$6.033.161.367
Secretaria de Salud Dptal de Bolívar	\$8.782.865.686	2%	\$2.376.923.205	\$131.283.827	\$2.883.719.882	\$3.390.938.772
Totales Paretto (80% de Cartera)	\$379.250.567.457,67	80%				

²⁹ Página 14 del informe. AZ XVII-H folio 240.

³⁰ Cobros que se han presentado.

³¹ Página 15 del informe. AZ XVII-H folio 241.

Cartera no Pos-no radicada

Nombre Pagador	Cartera Radicada	% PAR	Suma de 0-60	Suma de 61-120	Suma de 121-180	Suma de >181
Secretaria de Salud Departamental Del Valle	\$51.641.941.806	22,14%	\$6.668.305,71	\$91.012.509	\$349.557.463	\$44.533.066.126
Consortio Sapp	\$22.666.345.972	9,72%	\$4.534.657.209	\$238.633.336	\$40.970.199	\$17.852.085.228
Secretaria de Salud Departamental del Cesar	\$16.994.496.190	7,28%	\$4.583.117.269	\$46.973.705	\$338.919.311	\$12.025.485.905
Gobernacion del Cauca	\$15.584.486.559	6,68%	\$ 8,692.535.245	\$	\$	\$6.891.951.314
Secretaria Salud Departamental de Santander	\$13.258.676.175	5,68%	\$5.091.164.383	\$	\$	\$8.167.511.792
Secretaria De Salud Departamental del Atlantico	\$10.709.239.830	4,59%	\$6.012.560.546	\$527.448.013	\$840.857.239	\$3.328.374.032
Distrito de Barranquilla	\$10.565.266.269	4,53%	\$1.082.615	\$51.715.730	\$185.249.941	\$10.327.217.983
Instituto de Salud de Nariño	\$9.893.216.833	4,24%	\$3.934.091.363	\$2.149.697.936	\$1.466.933.693	\$2.342.493.841
Gobernación e Risaralda	\$9.522.243.768	4,08%	\$9.522.243.768	\$	\$	\$
Gobernación del Tolima	\$8.411.326.216	3,61%	\$4.286.444.779	\$17.284.626	\$16.975.541	\$4.090.621.270
Secretaria de Salud de Norte de Santander	\$7.771.270.190	3,33%	\$66.501.310	\$87.890.646	\$40.373.450	\$7.576.504.784
Secretaria de Salud Departamental de Bolivar	\$7.035.524.902	3,02%	\$4.388.881.959	\$9.367.336	\$313.099.552	\$2.324.176.055
Dirección Territorial de Salud de Caldas	\$6.970.847.845	2,99%	\$4.388.729.167	\$	\$	\$ 2,582.118.678
Totales Pareto (80% de Cartera)	\$191.024.882.554,48	82,00%				

Expuso que más del 60% de los activos corrientes de las EPS se han representado en cartera por cobrar de servicios no POS a las entidades departamentales y distritales, las cuales manifiestan no contar con los recursos suficientes para cubrir esos pagos; lo que conlleva a calificar esta cartera como de "difícil recuperación" y, en consecuencia, generar provisiones que demandan la

inversión de capital líquido para cubrir el defecto patrimonial, con el que no cuentan estas entidades. Señaló que tan solo 13 de 38 EPS pudieron cumplir con el *patrimonio técnico adecuado* de las cuales solo 5 son del régimen subsidiado³².

Así mismo, manifestó no estar de acuerdo con la afirmación del Ministerio sobre la imposibilidad de unificar el pagador en ambos regímenes, por cuanto considera que dicha función debería estar en cabeza de un mismo encargado, y de igual manera, que los departamentos y distritos encargarse de girar los recursos para el pago de los servicios no POS con un único procedimiento establecido por dicha entidad y para la reclamación y auditoría.

En relación con la definición de un procedimiento claro, preciso y ágil en la verificación, control y pago de solicitudes de recobros insistió en la discriminación negativa contra el RS toda vez que el RC ya cuenta con un “*único modelo para la reclamación, presentación y pago de los recobros generados por la demanda de servicios NO POS*”, mientras que aquel no, por lo que las EPS de RS continúan presentando dificultades para recobrar los dineros invertidos en la prestación de los servicios de salud no POS.

13. Acemi halló en relación con la clarificación de contenido del POS, falencias en la regulación del trámite de divergencias recurrentes y en las prestaciones que no son de salud.

En relación con la garantía del flujo oportuno y efectivo de recursos para financiar los servicios de salud, indicó que la efectividad de la medida de giro directo al proveedor disminuye, toda vez que “*el proveedor puede acogerse de manera voluntaria, tal como se expone a continuación*”. En este sentido, indicó que debería ser obligatorio para los proveedores “*facturar directamente al FOSYGA y si es del caso dentro de un proceso de transición mientras se ajustan sus procesos, debe ser obligatorio acogerse al giro directo del FOSYGA*”.

Así mismo, manifestó que la efectividad de mecanismos de saneamiento debería ser mayor, por cuanto el reconocimiento de algunos valores queda sometido a instancias judiciales causando un enorme perjuicio a las EPS.

Sobre el procedimiento claro, preciso y ágil en la verificación, control y pago de solicitudes de recobro resaltó la importancia de unificar los procedimientos en los dos regímenes, lo que adicionalmente contribuiría a la seguridad jurídica, considerando que para ello se encuentra facultado el Ministerio de Salud y Protección Social.

De igual manera, reportó inconsistencias en el modo de contar el término para presentar las solicitudes de recobro, por cuanto el artículo 46 de la Resolución 1328 de 2016 no reconoce la aplicación del precedente jurisprudencial según el cual el término se cuenta desde cuando la entidad recobrante está efectivamente en posibilidad de presentar su reclamación.

³² Señaló que esta información fue extraída del “*Informe de Seguimiento Indicadores de Permanencia Decreto 2702 de 2014*”. Página 17 del informe. AZ XVII-H folio 243.

También se refirió al impacto de la actualización del POS y consideró que una alternativa para que las definiciones del mismo sean *“coherentes con los recursos y la garantía de financiación del sistema consistiría en establecer guías clínicas en las cuales se defina cuál es el tipo de insumo que cubrirá el SGSSS en cada caso en particular, atendiendo las necesidades del usuario”*. De este modo, propone un proceso de autoregulación de las sociedades médicas en virtud del cual se cree una conciencia de que los recursos son limitados. En este mismo sentido señaló:

“Por otra parte el país debe considerar la posibilidad de establecer como criterio que el sistema cubrirá aquellos servicios, insumos dispositivos que resuelvan el problema de salud al menor costo posible y que "comodidades" adicionales sean financiadas con cargo a los mismos usuarios según sus preferencias y su disposición a pagar. Ello implicaría como en el caso de los audífonos que si los dos tipos de audífonos resuelven muy bien el problema de audición, el sistema sólo pagará el de menor valor. Si el paciente desea que además este no se vea, será su elección y su disposición a pagar el valor adicional el que determine si usa el de mayor valor.”

Recalcó el problema que se presenta con la prescripción de ciertos servicios como las terapias ABA que en algunas ocasiones las EPS consideran no POS pero el Ministerio las categoriza como POS y, por ello, rechaza su reconocimiento a las EPS. De este modo, afirma que la falta de regulación en relación con estos servicios, frente a los cuales se generan varias interpretaciones, ha permitido que los mismos se prescriban sin control generando pérdidas al SGSSS. Finalmente, precisó:

“El Ministerio considera que este parámetro si se ha cumplido, no sólo porque se resolvió la denominada zona gris a través del mecanismo de divergencias divergentes, sino también porque las actualizaciones al plan de beneficios se han realizado de manera Integral, adoptando reglas generales de interpretación y aplicación que han Impactado en el proceso de recobros tal y como se evidencio con la descripción realizada. Consideramos que los instrumentos generados por el Ministerio son buenos pero no son suficientes y estas aclaraciones tienen que verse reflejadas en instrumentos que permitan obtener los mejores resultados por cada peso invertido.”

Posteriormente, hizo algunos comentarios sobre la Resolución 1328 de 2016. En concreto manifestó que dicho acto administrativo es positivo por cuanto los procesos que define cumplen desde el punto de vista formal, con *“la disminución de trámites al ciudadano y la incorporación en una sola norma de los procesos que a futuro deben ser implementados en el régimen contributivo para el acceso, goce y financiación de los servicios de salud que no se encuentran incluidos en el plan de beneficios.”*

Señaló que la norma no introduce cambios en relación con el esquema que regía con anterioridad contenido en la Resolución 5395 de 2013, por cuanto mantiene en cabeza de las EPS una responsabilidad financiera que es del Estado, toda vez

que asigna a dichas entidades la obligación de pago a los proveedores y prestadores de las prestaciones y servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, cuando en realidad solo se encuentran obligadas a la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC. Adicionalmente, agregó que no existe reconocimiento de utilidad ni de gasto administrativo por el crédito otorgado para el pago a los prestadores o proveedores lo que incide en el flujo de recursos de dichas entidades.

También expuso que a través de las glosas se niega el pago de un alto porcentaje de recobros que presentan las EPS, lo que compromete su liquidez y les impide cumplir con sus obligaciones frente a los proveedores y prestadores que si se encuentran incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Afirmó que en los casos de movilidad el usuario se verá afectado con ocasión de las diferencias que persisten entre los dos regímenes considerando que los procesos son diferentes en cada uno *“y las exigencias para la financiación del servicio, las EPS e IPS van a tener problemas para el reconocimiento y pago de los servicios que debieron suministrar en nombre de la Nación o del ente territorial.”*

Mencionó que con ocasión de la prescripción directa por los médicos, pertenezcan o no a la red sin mayor control, se puede generar un riesgo legal más alto para las EPS sin que estas tengan posibilidad de gestionarlo, ya que el Ministerio no hace validaciones en relación con la pertinencia o seguridad para el paciente y ordena a la EPS su suministro prohibiéndoles solicitar información adicional al profesional que prescribió. Al respecto, recordó que la jurisprudencia establece que la culpa del médico derivada de una prescripción errónea vincula a la EPS que organiza y autoriza la prestación del servicio.

Por otra parte, se refirió al artículo 15 de la Resolución desaprobando que la norma no obligue a la conformación de juntas de profesionales de la salud al interior de la IPS, las cuales permitirían la prescripción de los servicios excluidos y los que señale el Ministerio de Salud. Adicionalmente, considera complejo que la misma exija que para la conformación de aquellas, uno de los tres médicos sea par del que prescribe.

Señaló que la disposición tiene una falencia en relación con la exigencia de emplear la Codificación Única de Procedimientos (CUPS), teniendo en cuenta que muchos servicios y buena parte de las exclusiones no se encuentran en dicha codificación razón por la que se hace necesaria la intervención de una mesa de ayuda que al complicar el proceso, conduce a que los usuarios sigan acudiendo a la tutela.

Afirmó en relación con el control *“de los presupuestos bajo los cuales el médico tratante debe efectuar la prescripción es responsabilidad del Ministerio de Salud, de manera que la EPS no tendrá responsabilidad sobre ello y dicha situación debería reflejarse en materia de glosas. No obstante, en este sentido la resolución no representa ningún avance, pues la EPS debe responder por los*

errores de validación del Ministerio y los errores del médico tratante, con la correspondiente afectación financiera, pues el servicio ya se suministró, la EPS debe pagar por dicho servicio y el FOSYGA no va a reembolsar. En este sentido quien debe presentar el cobro es el proveedor del servicio de salud, quien además cuando se trata de una persona diferente del prescriptor, debe tener la garantía de pago, con la simple asignación de número que hace el Ministerio de Salud y Protección Social.”

También indicó que no son claras las responsabilidades del Ministerio en relación con la validación previa, ya que debería encargarse de cruzar información con la “Registraduría”³³, validar en qué EPS se encuentra el usuario y si el servicio se halla incluido en el “plan”³⁴. Asimismo, realizar algunas validaciones sobre la pertinencia del tratamiento prescrito.

De igual manera, evidenció dificultades con los medicamentos autorizados por el INVIMA, con la prescripción por los médicos para que no ordenen servicios POS pero con nomenclaturas diferentes o que no correspondan a paquetes mixtos POS y no POS. Encontró que tampoco se precisa la creación o no de un mecanismo administrativo para validar la prestación de servicios que no son entendidos como de salud.

Así mismo, se refiere al artículo 14 del acto administrativo referido³⁵ y desapruueba que el mismo permita la prescripción de tecnologías por otros medios diferentes al aplicativo, por cuanto siempre debería emplearse esta herramienta sin excepción.

Consideró que la Resolución 1328 de 2016 no es precisa en relación con los siguientes aspectos:

“¿Cuáles son los mecanismos expeditos para la comunicación entre las EPS y las IPS en casos de no existir accesibilidad?”

¿Cuál es el valor agregado frente a que la EPS deba validar y notificar al Ministerio?”

¿Por qué no realiza la gestión directamente la IPS?”

¿Cuál es el medio y los mecanismos para el reporte de las inconsistencias frente a la accesibilidad por parte de la EPS o de la IPS al Ministerio?”

¿Cómo se obtendría el número de prescripción que luego sirve de soporte para el reconocimiento y pago de los recobros, en caso de utilizarse aplicativos diferentes al del Ministerio?”

³³ Acemi no aclara cuál Registraduría aunque se infiere que Nacional del Estado Civil.

³⁴ No especifica cuál. Se infiere que hace referencia al Plan de Beneficios en Salud.

³⁵ Resolución 1328 de 2016.

Finalmente, se refirió a que el artículo 18 de la norma dispone que la decisión de la junta se comunica a la EPS por el medio más expedito, no obstante, la disposición no define:

“El plazo para reportar y no define los medios expeditos.

No precisa a cargo de quien corre la responsabilidad cuando no se realiza la junta estando conformada en la IPS.

No se precisa si la comunicación será un soporte para acceder al recobro.

La comunicación debería incluirse como parte del módulo o sistema prescriptor, pues de lo contrario queda completamente desarticulado.

La norma no precisa, entre otras, si la decisión se reporta como soporte del recobro, ni define la ruta y/o estándar del proceso de comunicación.”

14. Por su parte, la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud, señaló en relación con la clarificación del contenido del POS que el mecanismo de divergencias recurrentes es *“una forma perversa ya que es manipulado para provecho de las denominadas zonas grises”*, por lo que se trata de una herramienta sin criterios que no elimina ni disminuye los recobros *“formalizando una vía inadecuada para resolver los pagos”*.

Por esta misma línea, indicó que de la información entregada por el Ministerio de Salud en relación con las actualizaciones del POS, no es posible determinar la cantidad de unidades que afectó cada renovación por lo que no se evidencia el impacto de *“a cuántas personas favorece las medidas y cuánto se disminuyó en barreras administrativas para el goce del derecho a la salud”*.

Respecto a la garantía del flujo oportuno y efectivo de recursos para financiar los servicios de salud resaltó la dificultad para analizar este punto, bajo el argumento de que el Ministerio de Salud *“no habla de días de cartera del Fosyga con las EPS e IPS, la variable de tiempo que transcurre entre radicado un recobro y aprobación de este tampoco se muestra lo que no permite ver si las medidas tomadas conducen a más rápido tiempo de pago”*. También indicó que la información entregada no permite evidenciar cuántos días de cartera disminuye el giro directo de recobros, por lo que no se puede ver si la medida mejoró o no el flujo de recursos. Consideró que la información entregada tampoco era suficiente para conocer cómo afecta este aspecto dicha medida.

En relación con la orden de asegurar la sostenibilidad fiscal y financiera del sistema de recobros consideró que el ente ministerial no entregó información suficiente para pronunciarse al respecto y, adicionalmente, tampoco hizo referencia a las medidas que ha adoptado con base en los hallazgos que la auditoría del Fosyga arroja.

Sobre la definición de un procedimiento claro, preciso y ágil en la verificación, control y pago de las solicitudes de recobros y la unificación del sistema de recobros para los dos regímenes, expuso que la Resolución 1479 de 2015³⁶ en lugar de unificar expuso a la población a una vulneración del derecho a la salud por cuanto los departamentos “*pobres*” no tienen con qué cubrir la demanda de servicios no POS, por lo que consideró necesaria la unificación de la fuente de pago en el Fosyga y que este recolecte los dineros correspondientes con los entes territoriales.

También manifestó que el Director de la Política Pública en Salud no remitió información pertinente y suficiente en relación con el funcionamiento del régimen subsidiado, los hallazgos irregulares al interior del proceso, la unificación de la multiplicidad de regulación en la materia, los tiempos en que deben cumplirse las etapas del procedimiento de recobro y los mecanismos para la identificación de la red de prestadores.

Respecto a la transparencia en la asignación de los recursos del Fosyga también encontró pocos avances e información remitida por el Ministerio de Salud en materia de fidelidad y precisión de la información al interior de la BDUA³⁷ en comparación con el sistema anterior, respecto del número de personas efectivamente aseguradas, los estudios a partir de los cuales se pueda medir la capacidad de pago de los usuarios, los mecanismos adoptados para garantizar la disminución de fenómenos defraudatorios del sistema como la evasión y la elusión, y de las normas concretas con las que se da cumplimiento a la orden de incluir mecanismos destinados a fortalecer el direccionamiento, control y monitoreo de los recursos a cargo del Gobierno nacional.

Por último, en relación con la asignación de los recursos para la atención eficiente de las necesidades y prioridades de la salud recalcó la falta de estudios para establecer el monto que debería ser girado a los departamentos para cubrir la cartera de este sector e indicó que el Ministerio no informa la situación real de los entes territoriales para establecer si el presupuesto es suficiente o no, al igual que omite proyectar el comportamiento de lo “*no POS subsidiado para mirar si los recursos alcanzan o se tiene que buscar*”.

15. Por su parte, la Universidad Nacional de Colombia resaltó que algunas notas externas del Ministerio de Salud representan un avance importante en materia de clarificación del POS y que deben tenerse en cuenta. Adicionalmente, que si bien es cierto que se presentan constantes cambios e innovaciones en tecnología como plantea el ente ministerial, no lo es menos que dicha entidad debe regular la materia atendiendo a políticas públicas y no desde el escenario exclusivo del comportamiento del mercado, para que no sea este último el que determine el proceder de los prestadores y de los profesionales de la salud, en vista de lograr en un primer momento el pago de tecnología impuesta por algunos actores vía no POS y en segundo lugar su incorporación en el POS.

³⁶ Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado.

³⁷ Base de Datos Única de Afiliados.

También se refirió a las acciones para difundir y socializar reglamentación del procedimiento de recobro a todos los actores del sistema, y acotó que si bien se trata de medidas necesarias que el Ministerio ha implementado frente a EPS y EOC, el parámetro planteado por la Corte involucraba a todos los actores del sistema de salud, por lo que, en su parecer, es necesario extender tales acciones a estos últimos.

16. Finalmente, esta Sala evidencia que el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1885 de 2018 por medio de la cual establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y dicta otras disposiciones.

II. CONSIDERACIONES

1. Con el objetivo de efectuar el seguimiento de los mandatos impartidos en la sentencia estructural y posteriormente en los autos 263 de 2012 y 071 de 2016, esta Sala evaluará las medidas adoptadas por las autoridades encargadas dirigidas al rediseño de un sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro más eficiente y oportuno. Para ello estudiará principalmente la información presentada por las mismas y que reposa en el expediente.

2. De igual forma, se considerarán los conceptos remitidos por los peritos constitucionales voluntarios y los grupos de seguimiento³⁸ que acompañan el proceso de la referencia, que den cuenta de las actuaciones promovidas por dichas autoridades.

3. Lo anterior, derivado de la función que tiene esta Corporación a su cargo de velar por el acatamiento de las órdenes que imparte³⁹ en el caso en estudio respecto a la sentencia T-760 de 2008.

4. Conforme a lo expuesto y comoquiera que la labor de esta Sala se dirige a verificar las acciones desplegadas por parte del Ministerio de Salud en relación con rediseño del sistema de verificación, control y pago de recobros de conformidad con los parámetros solicitados en el auto 263 de 2012 y posteriormente valorados en el 071 de 2016, y que las demás autoridades involucradas hayan acatado los mandatos que les fueron impartidos en dichas providencias, se les pedirá que respondan los siguientes interrogantes, por cuanto el acervo probatorio que reposa en el expediente se halla desactualizado, toda

³⁸ Cfr. Auto 120 de 2011, auto 147 de 2011, auto 386 de 2014 y auto 119 de 2015. En estos autos 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.

³⁹ Obligación que incluso encuentra respaldo en el ámbito internacional. Cfr. Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 25-2, literal c). “(...) c). a garantizar el cumplimiento, por las autoridades competentes, de toda decisión en que se haya estimado procedente el recurso”.

vez que la mayoría de los últimos reportes en relación con las actuaciones desplegadas para el acatamiento de la orden datan del año 2016.⁴⁰

4.1. Ministerio de Salud y Protección Social

“Considerando 3.9.1. En relación con la clarificación de contenidos del POS”

4.1.1. ¿Qué acciones ha desplegado para lograr la clarificación de la interpretación del contenido del POS, por parte de los diferentes actores del sistema y los operadores jurídicos en el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro?

4.1.2. Explique qué pautas han de seguirse cuando se presenten casos de recobro de un servicio perteneciente a la denominada *zona gris*⁴¹. ¿A la fecha aún se presentan casos de recobros de servicios pertenecientes a la denominada *zona gris*?

“Considerando 3.9.2. En relación con la garantía del flujo oportuno y efectivo de recursos para financiar los servicios de salud”

4.1.3. ¿Qué medidas han influido directamente en la mejora del flujo de recursos al interior del procedimiento de recobro? Explique su respuesta.

4.1.4. En relación con la destinación de los recursos de la UPC ¿qué mecanismos se han implementado para garantizar que los recursos destinados a la prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud, con ocasión de una orden de tutela dictada en primera instancia, sean reconocidos a la EPS, cuando en segunda instancia la decisión es revocada y el servicio ya se ha prestado?

4.1.5. ¿Qué acciones ha desplegado para garantizar la sostenibilidad fiscal y financiera del sistema de recobros?

“Considerando 3.9.3. En relación con la definición de un procedimiento claro, preciso y ágil en la verificación, control y pago de las solicitudes de recobros”

4.1.6. Señale de manera breve y concreta, qué medidas ha implementado para mejorar el sistema de recobros en relación con cada uno de los parámetros exigidos para su rediseño en el auto 263 de 2012 y valorados en el auto 071 de 2016 y que fueron inobservados, según se evidencia en el cuadro transcrito en el numeral séptimo de los antecedentes, indicando frente a cada uno cómo fue acogido o por qué fue incumplido. También debe señalarse a través de qué medida se evidencia su aplicación, justificando la respuesta.

⁴⁰ Esta Sala no desconoce que las entidades involucradas remitieron informes en cumplimiento de las órdenes emitidas en el auto 263 de 2012 en relación con los mandatos vigésimo cuarto y vigésimo séptimo de la sentencia estructural, no obstante, se observa que la mayoría de ellos se centran en aspectos relacionados con el acatamiento de la orden vigésimo cuarta y no en el rediseño del sistema de recobros.

⁴¹ Se denomina zona gris a la falta de claridad en relación con la cobertura de medicamentos y tratamientos incluidos en el POS, hoy Plan de Beneficios en Salud.

4.1.7. ¿Qué resultados ha arrojado la implementación del procedimiento de verificación, control y pago de recobros contenido en la Resolución 1328 de 2016 en materia de agilidad, oportunidad y flujo de recursos, durante el periodo comprendido entre el 1° de junio de 2016 y el 1 de junio de 2018? Informe los obstáculos que se han presentado y las medidas implementadas para superarlos.

4.1.5. En relación con el procedimiento de recobros anterior, exponga si el actual se ejecuta en menos tiempo, comparando el número de días requerido para surtir dicho proceso en cada trimestre a partir del 2017 hasta junio de 2018. En consecuencia, ilustre cuál es el tiempo promedio que en la práctica tarda el Adres desde la presentación de la solicitud hasta que efectivamente se hace el pago a la entidad respectiva.

4.1.8. El manual de auditoría integral de recobros por servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC no se encuentra incluido en la norma contentiva del actual procedimiento de recobros? Argumente el sentido de su respuesta.

4.1.9. ¿Explique el procedimiento que rige actualmente el sistema de recobros en el régimen subsidiado y señale si opera de manera estándar para todas las entidades territoriales?

4.1.10. ¿Se han elaborado estudios técnicos en relación con la equiparación de los procedimientos de recobro del régimen contributivo y del subsidiado? De existir, haga una breve síntesis de los resultados obtenidos con los mismos y explique si actualmente dichos procedimientos al interior de cada régimen convergen en algún aspecto, señalando cuáles. De no existir, argumente las razones por las que no han sido elaborados dichos estudios, teniendo en cuenta que el auto 071 de 2016 hizo mención al respecto.

4.1.11. ¿Qué medidas se han implementado para agilizar la presentación y aprobación de las solicitudes de recobro por parte de las entidades recobrantes, en procura de un procedimiento más ágil y expedito?

4.1.12. ¿Qué requisitos han sido suprimidos del proceso de auditoría integral para dotar el procedimiento de recobro de mayor agilidad y eficiencia? Justifique su respuesta.

4.1.13. ¿Qué incidencia tiene exigir el envío de información al SISMED para aprobar la solicitud de recobro?

4.1.14. ¿Qué regulación se ha proferido para controlar y evitar la imposición de glosas no contempladas en la ley? Explique su respuesta.

4.1.15. ¿Cómo funciona el actual aplicativo web para surtir la etapa de pre radicación? ¿Cómo se garantiza que no presente errores, especialmente en la recepción de imágenes? ¿Se han adoptado medidas para aumentar su confiabilidad? Explique sus respuestas.

4.1.16. ¿Ha implementado mecanismos de control previo a la ejecución de los recursos del SGSSS dirigidos a que las autoridades estatales trabajen mancomunadamente en los procesos de auditoría? Informe los obstáculos que se han presentado y las medidas implementadas para superarlos.

4.1.17. ¿Qué obstáculos identifica que no permiten superar completamente la falla estructural que aflige al sistema de verificación, control y pago de solicitudes de recobros? ¿A qué factores obedecen los mismos? ¿Qué medidas ha implementado para superarlos y cuáles han sido los resultados de estas?

“Considerando 3.9.4. En relación con la transparencia en la asignación de los recursos del Fosyga”

4.1.18. ¿Qué medidas ha implementado para obtener la depuración en línea de todas las bases de datos? ¿qué logros ha obtenido?

4.1.19. ¿A junio de 2018 cuáles son las cifras sobre población efectivamente asegurada? ¿Qué estudios se han elaborado para determinar su capacidad de pago y qué resultados han arrojado?

4.1.20. ¿Qué medidas ha implementado para garantizar la disminución de fenómenos defraudatorios del sistema como la evasión y la elusión?

4.1.21. ¿Qué mecanismos y herramientas ha creado para fortalecer el direccionamiento, control y monitoreo de los recursos a cargo del Gobierno Nacional?

4.1.22. ¿Qué medidas ha adoptado para controlar los precios de recobros, encaminadas a disminuir los sobrecostos en los mismos?

“Considerando 3.9.5. En relación con la asignación de los recursos para la atención eficiente de las necesidades y prioridades de la salud”

4.1.23. ¿Existen estudios dirigidos a analizar la posibilidad de implementar nuevas fuentes de financiación en el sector salud para cubrir la prestación de servicios sociales? ¿qué resultados arrojan? Con ocasión de los mismos ¿se han establecidos fuentes exclusivas de financiación de estos servicios? Se ha expedido normatividad dirigida a regular la prestación de los mismos?

4.1.24. ¿Qué herramientas ha creado y puesto en marcha dirigidas a garantizar la asignación de los recursos para la atención eficiente de las necesidades y prioridades de la salud?

4.1.25. ¿Qué estudios ha realizado para analizar la suficiencia de los recursos destinados a cubrir los recobros por prestaciones no POS de ambos regímenes?

4.1.26. ¿Qué mecanismos ha desarrollado e implementado para prevenir la parálisis del procedimiento de recobros ante el déficit presupuestal de los entes territoriales? ¿Qué resultados se han obtenido?

4.1.27. ¿Qué acciones ha desplegado para cumplir con el requerimiento de incorporar la determinación de la sentencia C-252/10 en relación con el pago residual a cargo del Fosyga frente a los recobros del régimen subsidiado?

Finalmente, indique:

4.1.28. De las situaciones expuestas a continuación, ¿Cuáles se siguen presentando al interior del sistema de recobros y qué tipo de medidas correctivas ha adoptado para superarlas definitivamente? Explique su respuesta.

- a. Reconocimiento y pago de solicitudes de recobro de servicios incluidos en el plan obligatorio de salud.
- b. Destinación de los recursos de la UPC⁴² para cubrir gastos no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud. En relación con este punto, de ser afirmativa la respuesta, indique qué medidas preventivas y correctivas ha adoptado para que las EPS y las EOC⁴³ administren adecuadamente la UPC y hagan un correcto uso de los recursos asignados al sector salud.
- c. Inconsistencias entre la base de datos magnética y los soportes físicos de las solicitudes de recobro.
- d. Servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud pagados por sumas mayores a los valores máximos de recobro determinados por el Gobierno Nacional.
- e. Incongruencias en las fechas de prestación de los servicios de salud.
- f. Reconocimiento y pago de recobros por servicios ordenados a usuarios fallecidos.
- g. Reconocimiento y pago de recobros ya pagados con anterioridad.
- h. Exigencia de requisitos adicionales a los establecidos en el procedimiento de recobro. De considerar que se siguen presentando este tipo de exigencias, enumérelas y explique la razón por las cuales ocurre.
- i. Diferencia entre el número de medicamentos recobrados y el número de unidades vendidas por los laboratorios según el SISMED. Explique su respuesta.

⁴² Unidad de Pago por Capitación.

⁴³ Entidades Obligadas a Compensar.

- j. Corrupción y malversaciones de recursos al interior del sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro.

4.2. Ministerio de Hacienda y Crédito Público

4.2.1. ¿Qué herramientas ha implementado para garantizar la asignación de los recursos destinados a la atención eficiente de las necesidades y prioridades de la salud?

4.2.2. ¿Los recursos asignados desde el año 2008 a la fecha al sector salud para atender los servicios no incluidos en el plan de beneficios pero que se requieren con necesidad, han sido suficientes para cubrir las demandas en salud de la población? Justifique su respuesta.

4.3. Contraloría General de la República

4.3.1. A partir de las quejas, investigaciones y otras actuaciones cuyo conocimiento ha asumido, ¿qué hallazgos ha evidenciado al interior del sistema de verificación, control y pago de solicitudes de recobros y que alertas ha emitido?

4.3.2. En relación con la pregunta anterior ¿Cuántas investigaciones ha adelantado en las vigencias de 2016, 2017 y lo corrido del año 2018 relacionadas con presuntas irregularidades cometidas al interior del sistema de recobros, en qué estado se encuentran y cuáles han sido sus resultados? ¿Qué recomendaciones ha emitido?

4.4. Superintendencia Nacional de Salud

4.4.1. ¿Ha encontrado irregularidades en el sistema de recobros? Explique su respuesta. De ser afirmativa, indique qué acciones podrían implementarse para superar las mismas.

4.4.2. ¿Qué denuncias ha recibido en relación con las presuntas irregularidades que se presentan al interior del sistema de recobros y qué actuaciones ha desplegado al respecto? ¿Qué resultados se han obtenido?

4.4.3. ¿Ha realizado visitas al Fosyga que pongan en evidencia la comisión de irregularidades al interior del sistema de recobros? De ser afirmativa la respuesta, indique las acciones que ha implementado al respecto y los resultados obtenidos.

4.4.4. ¿Ha creado mecanismos preventivos para evitar la fuga de recursos al interior del sistema de recobros? ¿Qué resultados arroja su implementación? Explique su respuesta.

4.4.5. ¿Qué actuaciones ha iniciado o considera iniciar en virtud de sus competencias de inspección, vigilancia y control frente a los hallazgos a que se refieren las preguntas anteriores? Indique el estado actual de las mismas.

4.5. Procuraduría General de la Nación

4.5.1. ¿Ha adelantado investigaciones relacionadas con presuntas irregularidades cometidas al interior del sistema de recobros? De ser afirmativa la respuesta, ¿en qué estado se encuentran y cuáles han sido los resultados arrojados?

4.5.2. Con base en las quejas, investigaciones y demás hechos puestos en su conocimiento, ¿Cuáles considera que son los obstáculos al interior del sistema de recobros y qué medidas podrían implementarse para erradicarlos?

4.6. Fiscalía General de la Nación

4.6.1. Atendiendo a que los recursos asignados al sector salud, revisten el carácter de parafiscales y, por ende, su naturaleza es pública ¿Indique cuántas investigaciones ha adelantado desde la emisión de la sentencia T-760 de 2008 con ocasión de presuntas irregularidades cometidas en el trámite de recobro? Informe en qué estado se encuentran y qué resultados se han obtenido a la fecha.

4.6.2. ¿Cuántas investigaciones ha iniciado desde la expedición de la sentencia T-760 de 2008 hasta la fecha por presuntos delitos asociados con el sistema de recobros?

4.7. Defensoría del Pueblo

4.7.1. ¿Identifica problemas en el actual sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro que puedan afectar el goce efectivo del derecho a la salud de la población colombiana? Argumente su respuesta. ¿Qué mecanismos considera que podrían emplearse para erradicar los mismos?

5. Adicionalmente, esta Corte requerirá al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la Contraloría General de la República, a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Procuraduría General de la Nación, a la Fiscalía General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo para que alleguen un informe consolidado con corte a junio 15 de 2018 que contenga los avances y resultados obtenidos en relación con el rediseño del sistema de recobros, a partir de enero de 2016 hasta el 15 de junio de 2018, con ocasión de las órdenes que les fueron impartidas en los autos 263 de 2012 y 071 de 2016 relacionadas con el mandato vigésimo séptimo de la sentencia T-760 de 2008.

6. Así mismo, retomando que mediante auto 217 de 2016 pidió al Director de la Cartera de Salud que *“desde el mismo momento de entrada en vigencia del nuevo acto administrativo, [generara] los indicadores de goce efectivo de que trata el artículo 7 de la Ley 1751 de 15, de manera que [facilitara] y [optimizara] el recaudo de los resultados de la implementación del*

procedimiento de recobro adoptado en la Resolución 1382 de 2016”, se le exhortará para que exponga los avances obtenidos en la materia.

7. También solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud que, en cuanto publique el *“Informe de Seguimiento Indicadores de Permanencia”* para EPS vigencia 2017, se sirva remitir una copia del mismo a esta Sala.

8. En atención a lo anterior, se solicitará a todas las autoridades referidas que remitan los documentos pertinentes para demostrar los avances y logros alcanzados respecto de la solicitud objeto del presente auto, tanto en físico como en medio magnético. De igual forma, se les pedirá que el citado informe y las respuestas a los interrogantes planteados tengan como sustento fáctico datos claros, precisos y pertinentes en relación con la orden que se analiza.

9. Finalmente, recordará a las autoridades que los reportes solicitados no las exime de seguir cumpliendo con la obligación de entregar la información precisada en los autos 263 de 2012 y 071 de 2016.

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 Contraloría General de la República, a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Procuraduría General de la Nación, a la Fiscalía General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo que, en el término de diez (10) días hábiles contados a partir de la notificación del presente proveído, remitan a esta Sala respuesta a los interrogantes planteados en el numeral cuarto (4º) de la parte considerativa.

Segundo.- Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la Contraloría General de la República, a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Procuraduría General de la Nación, a la Fiscalía General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo que, en el término de diez (10) días hábiles contados a partir de la notificación del presente proveído, remitan a esta Sala, un único informe en los términos del numeral quinto (5º) de la parte considerativa del mismo.

Tercero.- Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social que exponga los avances obtenidos en relación con lo expuesto en el numeral sexto (6º) de la parte considerativa de esta providencia.

Cuarto.- Solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud que en cuanto publique el *“Informe de Seguimiento de Indicadores de Permanencia”* para EPS vigencia 2017 se sirva enviar una copia del mismo a esta Sala.

Quinto.- Solicitar a todas las autoridades involucradas que remitan los documentos pertinentes para demostrar los avances y logros alcanzados respecto de las solicitudes objeto del presente auto, tanto en físico como en medio

magnético. De igual forma, que el informe solicitado y las respuestas a los interrogantes planteados tengan como sustento fáctico datos claros, precisos y pertinentes en relación con la orden que se analiza.

Sexto.- Recordar a las autoridades enunciadas en el numeral segundo de este aparte que los reportes solicitados no las exime de seguir cumpliendo con la obligación de entregar la información precisada en los autos 263 de 2012 y 071 de 2016.

Séptimo.- Proceda la Secretaría General de esta Corporación a comunicar la presente decisión adjuntando copia de la misma.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado Sustanciador

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General