

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

AUTO 099 de 2014

Referencia: Seguimiento al cumplimiento de la orden vigésima novena de la Sentencia T-760 de 2008.

Asunto: Solicitud de información adicional y traslado de las observaciones de los Peritos Constitucionales Voluntarios al Ministerio de Salud y Protección Social.

Magistrado Sustanciador:
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D. C., once (11) de abril de dos mil catorce (2014).

El Magistrado Sustanciador, 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 tomó una serie de decisiones dirigidas a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de que adoptaran las medidas necesarias para corregir las fallas de regulación identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados en dicha providencia.

2. Del estudio de tales asuntos, se evidenciaron diversos problemas generales que dieron origen a un conjunto de mandatos judiciales de naturaleza correctiva. Particularmente, respecto al ordinal vigésimo noveno de la parte resolutive de la citada decisión, la Corte dispuso:

“Vigésimo noveno.- Ordenar al Ministerio de Protección Social que adopte las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la fecha fijada por la Ley –antes de enero de 2010–. En caso de que alcanzar esta meta sea imposible, deberán ser explicadas las razones del incumplimiento y fijarse una nueva meta, debidamente justificada”.

3. Esta orden buscó no solo el cumplimiento del plazo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1122 de 2007¹ sino también consolidar la ampliación de la cobertura en salud. De igual forma, que la prestación del servicio fuera efectiva, oportuna y en condiciones dignas, especialmente para aquellas personas que se han visto afectadas por los defectos de la política pública.

4. En desarrollo de la supervisión efectuada al citado numeral, la Sala Especial de Seguimiento ha proferido las siguientes providencias:

4.1. El Auto de 13 de julio de 2009, en el que se ordenó al entonces Ministerio de la Protección Social que remitiera un plan y cronograma detallado sobre el cumplimiento de la orden. Así mismo, recordó que la Ley 1122 había determinado que la fecha para que se alcanzara la cobertura universal vencía en enero de 2010.

4.2. El Auto 109 de 2010, mediante el cual se dispuso que el ente ministerial allegara: *i*) un informe sobre el cumplimiento de cada una de las actividades que componían el cronograma presentado, tendiente a lograr la cobertura universal, relacionando cada uno de los municipios en donde se presentaron problemas y especificando cómo se superaron los mismos; y *ii*) la relación de las medidas normativas y materiales, así como de las variables adoptadas para medir la efectividad de las mismas, en aras a mitigar los efectos de la movilidad entre municipios o la territorialidad del aseguramiento y registrar los nacimientos y las defunciones.

4.3. El Auto 068 de 2012, a través del cual esta Corporación expresó su preocupación porque para ese momento habían transcurrido más de 10 años desde el vencimiento del término fijado por la Ley 100 de 1993² para lograr la cobertura universal, pese a que el Ministerio contó con los recursos para tal fin. Resaltó el hecho de no haberse estipulado un nuevo término para alcanzar la universalización en la Ley 1438 de 2011 ni en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. Igualmente, se advirtió que la cobertura universal del aseguramiento no se agota con la afiliación al sistema y la entrega de un carné, sino que además era necesario garantizar el acceso con calidad, eficacia y oportunidad a los servicios de salud.

4.4. El Auto 133A de 2012, con el cual se convocó a los Peritos Constitucionales Voluntarios para que se pronunciaran sobre una serie de interrogantes relacionados con la suficiencia de las actividades propuestas en el cronograma allegado por el Ministerio para alcanzar la universalización.

¹ La Ley 1122 entró en vigencia en enero de 2007 y en el artículo 9° estableció lo siguiente: “(...) El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema (...)”.

² Ley 100 de 1993, artículo 162, inciso 1°: “El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001”.

5. En respuesta a las providencias adoptadas por la Sala de Seguimiento, el Ministerio de Salud y Protección Social ha presentado los siguientes informes:

5.1. El 10 de diciembre de 2008 reportó las acciones gubernamentales que para el momento se encontraban en ejecución y aquellas iniciadas por mandato de la Corte Constitucional, tales como: brindar información a los usuarios, actualizar la información, y desarrollar los procesos y procedimientos tendientes a garantizar la afiliación al sistema así como los derechos derivados de ella. De igual forma, presentó una propuesta para dar cumplimiento a la orden en comento. En ese informe indicó que desarrollaría un plan detallado para alcanzar la cobertura universal sostenible, el cual debía:

- “- *Incluir la identificación y afiliación de todas las personas empleadas que no se encontraran afiliadas al régimen contributivo.*
- *Desarrollar subsidios para la afiliación de las personas pertenecientes a los estratos medios, que estando por encima de los límites de ingresos del régimen subsidiado, tenían dificultad para pagar la cotización plena al contributivo.*
- *Identificar e incluir en las bases de datos y afiliar al régimen subsidiado a todas las personas de bajos recursos en las condiciones que fija la ley*”³.

5.2. El 15 de julio de 2009, relacionó los logros alcanzados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en los últimos 15 años. Afirmó, con base en indicadores respecto a los temas de cobertura, financiamiento y uso de servicios, haberse consolidado importantes aportes en la construcción de los resultados del sistema, como son “*las condiciones de salud, la protección financiera y la equidad en cada uno de estos aspectos*”⁴.

5.2.1. En tal sentido, respecto a la afiliación precisó que la misma había aumentado de manera significativa, progresiva, equitativa y sostenida, de manera que, entre 1993 y 2008, la cobertura en aseguramiento pasó del 23,7% al 86,0%, porcentaje que se vio reflejado en el incremento de 12.700.000 personas afiliadas⁵.

5.2.2. Aseguró que dicho crecimiento se focalizó especialmente en las poblaciones más vulnerables, las de menores ingresos y los habitantes de las zonas rurales. Así mismo, indicó que se priorizó en la afiliación de personas en situación de desplazamiento (1.301.549 [85%] para el mes de abril de 2009).

5.3. El 31 de julio de 2009, el ente ministerial presentó el plan para alcanzar la cobertura universal del aseguramiento así como el respectivo cronograma de actividades para el período agosto-diciembre de 2009 y resaltó que fenómenos como la movilidad entre municipios, los nacimientos y las defunciones impedían alcanzar el 100% de cobertura en la población asegurable. De igual forma, definió tres líneas generales de acción, a saber:

³ Cfr. AZ-orden XXIX, folios 2-10.

⁴ Cfr. AZ-orden XXIX, folio 19.

⁵ *Ibidem*.

“las dos primeras orientadas a la obtención, de una parte, de la cobertura universal de la población pobre y vulnerable identificada en los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales, y de otra, de la población del nivel III del SISBEN y la población que cuenta con alguna capacidad de pago. La tercera línea de acción compone las actividades encaminadas a garantizar la sostenibilidad financiera de la universalización”⁶.

5.4. El 29 de junio de 2010 señaló que, para ese momento, se debía reconocer que había universalización, toda vez que el país se encontraba asegurado en un 90% en salud desde la perspectiva de la población identificada en los niveles I y II del SISBEN⁷. Ello, con fundamento en el concepto de cobertura universal contenido en el artículo 9 de la Ley 1122 de 2007⁸.

5.4.1. Igualmente, indicó que teniendo en cuenta que para el 2010 se contaba con los recursos apropiados para asegurar la afiliación de la totalidad de los 24 millones de personas elegibles, los esfuerzos se centraron en definir mecanismos para que en la operación del régimen subsidiado se viabilizara el aseguramiento y se buscaran alternativas para complementar las medidas existentes. Así mismo, reglamentó algunos métodos para la consolidación de la universalización y, en tal sentido, expidió el Decreto 1964 de 2010⁹ y la Resolución 2042 del mismo año¹⁰.

5.4.2. Con relación a las acciones realizadas en aras de cumplir la orden vigésima novena, precisó que aunque no fueron rigurosamente las señaladas en el informe entregado el 31 de julio de 2009, los resultados obtenidos con los esfuerzos normativos mencionados así como con la transformación de los recursos, han sido favorables, lo que demostró el dinamismo del sistema y la necesidad de crear las reglas para desarrollar su finalidad y ajustarse a la situación cambiante.

5.4.3. Respecto a las medidas adoptadas para mitigar los efectos de la movilidad entre los municipios citó el Acuerdo 415 de 2009, a través del cual se generaron cambios tales como: *i*) el nuevo procedimiento establecido para buscar la continuidad en el aseguramiento y en la prestación de los servicios de salud; y *ii*) las disposiciones de afiliación de los niños recién nacidos con padres afiliados o no afiliados.

5.4.4. Junto a ello, manifestó que el Gobierno Nacional expidió una serie de medidas que buscaban garantizar un funcionamiento ágil, eficiente y

⁶ Cfr. AZ-orden XXIX, folios 60 y 61.

⁷ Cfr. AZ-orden XXIX, folio 80.

⁸ Este precepto establece: *“El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema (...)”*.

⁹ *“Por el cual se reglamenta el contrato electrónico para el aseguramiento del régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones”*.

¹⁰ *“Por la cual se fijan los mecanismos .y condiciones para consolidar la universalización de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud”*.

transparente del régimen subsidiado, las cuales eran parte de una estrategia de cambio en la operación del mismo¹¹.

5.5. El 25 de abril de 2012, el Ministerio refirió que en ejecución de las actividades del programa y cronograma se expedieron actos administrativos en los que se materializaron diferentes actividades que dieron lugar al mejoramiento del proceso de afiliación para la población pobre y vulnerable en las entidades territoriales. Igualmente, precisó que se modificó el concepto de cupos del régimen subsidiado y se sustituyó por el de personas identificadas en la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA-, lo cual generó que la cobertura en salud no estuviera determinada por el número de cupos financiados sino por la medición de las sujetos que se encuentran plenamente identificados, facilitando su seguimiento en la prestación de los servicios.

5.5.1. Aunado a lo anterior, indicó que la Ley 1438 de 2011 marcó una variación significativa en la administración del régimen subsidiado, generando una nueva dinámica tanto en la operación como en el flujo de recursos. En tal sentido, mencionó que dicha disposición *“reemplazó el proceso de contratación territorial del aseguramiento que incluía un número de afiliados limitado a una vigencia contractual, dando paso a un esquema de afiliación abierto y en el que no existe restricción presupuestal por el ente territorial, permitiendo que el ciudadano que acredite su condición de beneficiario del subsidio, acceda inmediatamente”*¹².

5.5.2. Anotó que la universalización, a que hizo referencia en el informe presentado el 29 de junio de 2010, se enmarcó en las disposiciones contenidas en la Ley 1122 de 2007, en virtud de la cual esta figura se entendía como *“la cobertura universal sostenible de aseguramiento en los niveles I, II al 90% y III, una vez logrado este porcentaje de cobertura, por lo que se estimó que se había alcanzado tal universalización bajo el entendido que se tenía cobertura del 90% para la población identificada en los niveles I y II del Sisben”*¹³.

5.5.3. En lo referente a los recursos con los que contaba el Ministerio para la elaboración del programa y cronograma, explicó que en términos de cobertura universal ésta se encontraba financiada plenamente, de manera que al cierre de 2012 se previó la disponibilidad de recursos para financiar un total estimado de 23.539.650 (97.8%) personas en el régimen subsidiado, representando un aumento con relación a 2011. Así, precisó que el total de afiliados en el

¹¹ Tales medidas fueron dictadas en los decretos 1964 de 2010 *“Por el cual se reglamenta el contrato electrónico para el aseguramiento del régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones”*, 1965 de 2010 *“Por el cual se dictan disposiciones para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”*, y en las resoluciones 1982 de 2010 *“Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sector Salud”* y 2028 de 2010 *“Por la cual se efectúa una asignación de recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA Subproyecto Subsidio a la Demanda Régimen Subsidiado para financiar la continuidad de la población afiliada al Régimen Subsidiado durante el período comprendido entre el 1° de Junio de 2010 y el 31 de Julio de 2010 y durante el período comprendido entre el 1° de Junio de 2010 y el 31 de Diciembre de 2010 a las entidades territoriales en prueba piloto de unificación”*.

¹² Cfr. AZ-orden XXIX, folio 180.

¹³ Cfr. AZ-orden XXIX, folio 182.

mencionado régimen sería, para el 2013 de 24.075.023 (99.2%) personas y para 2014 de 24.215.182 (99.7%)¹⁴.

5.5.4. Además, indicó que “[d]entro de las proyecciones de afiliación que este Ministerio ha contemplado, debe precisarse que alcanzar una cobertura efectiva del 100% de la población resultaba operativamente imposible, teniendo en cuenta que aspectos tales como, la movilidad de las personas entre regímenes, población que no tiene un lugar de residencia habitual (habitantes de la calle o personas víctimas del desplazamiento forzado), cambios en la condición socioeconómica de la población que determinen el acceso a un subsidio, entre otras razones operativas”¹⁵. En esa medida precisó que para 2014 existiría población no asegurada correspondiente a un 0.3% (128.259 personas) del total de habitantes del país.

5.5.5. Con relación a las razones del por qué no se ha alcanzado la cobertura universal, adujo que el incremento presentado en cuanto al gasto total del régimen subsidiado se justifica con el presupuesto en salud destinado al aseguramiento de la población pobre y vulnerable, el cual creció significativamente en 2011 respecto a 2010, obteniendo una variación del 21%. A juicio del Ministerio, este cambio se explicaba por el número mayor de personas que accedieron al subsidio y a los ajustes del valor de la unidad de pago por capitación tanto por variaciones de precios como por unificación de los planes de beneficios para la población de los grupos etáricos de 12 a 18 años y de 60 años y más.

5.5.6. Indicó que el diseño financiero planteado en las leyes 1393 de 2010¹⁶ y 1438 de 2011¹⁷ era sostenible, de manera que los recursos estaban previstos en las distintas fuentes fiscales tanto territoriales como nacionales y parafiscales. Igualmente, señaló que con base en el comportamiento histórico de las variables de ambos regímenes, las pautas macroeconómicas y las fuentes de uso de los dos modelos, desarrolló junto con la Cartera de Hacienda y Crédito Público, los escenarios económicos que permitieron establecer los recursos necesarios para garantizar la universalización del aseguramiento y la unificación de los planes de beneficios.

5.5.7. Finalmente, en lo referente a los indicadores que serían implementados para tener datos exactos sobre la cobertura universal del aseguramiento, señaló que el utilizado y que se seguiría empleando, era el de cobertura en salud, a través del cual “se identifica la razón entre el número de personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sobre el total de población colombiana según el DANE”¹⁸.

¹⁴ Cfr. AZ-orden XXIX, folio 184.

¹⁵ Ministerio de Salud y Protección Social, respuesta al numeral III del Auto 068 de 2012. Cfr. AZ-orden XXIX, folio 184.

¹⁶ “Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones”.

¹⁷ “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

¹⁸ Cfr. AZ-orden XXIX, folio 186.

6. En el trámite de seguimiento, la sociedad civil presentó observaciones sobre el cumplimiento del mandato de universalización a través de los Peritos Constitucionales Voluntarios, cuyos conceptos pueden reseñarse de la siguiente manera:

6.1. La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME- afirmó que no era cierto que una inscripción o un carné fueran sinónimos de cobertura. En tal sentido explicó que la *“capacidad resolutive es mínima, el nivel de remisiones es muy alto, el acceso a especialistas es demorado (además de la falta de especialistas que existe, los Ministerios de Salud y Educación no facilitan las condiciones para formarlos), al usuario se le ponen trabas y no se le solucionan sus problemas, la consulta está encaminada a dilatar las soluciones y más enfocadas a la atención de sanos”*¹⁹.

6.2. La Asociación Nacional de Cajas de Compensación y la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI-²⁰ expresaron que las actividades descritas por el Ministerio permiten lograr una universalización del aseguramiento mediante la afiliación de toda la población colombiana. Sin embargo, indicaron que consideran necesario que se garantice la oferta de servicios de salud que permita la realización del mismo en términos de calidad y oportunidad.

6.3. Por su parte, la Corporación Viva la Ciudadanía resaltó la importancia de diferenciar entre universalización y el derecho al goce efectivo a la salud, en tanto es posible que las personas estén aseguradas pero no gocen efectivamente del mentado derecho. En esa medida, explicó que las actividades descritas en el cronograma por el Ministerio eran inocuas, dado que se centraban en la afiliación sin tener en cuenta el acceso de todas las personas al sistema de salud²¹. Por lo que, sugirió como las acciones a tomar las siguientes: *“determinar que todo ciudadano-ciudadana tendrá acceso sin que para ello esté afiliado-a, y eliminar la intermediación privada que es el principal obstáculo al acceso a los servicios de salud, dado que la lógica del mercado le dicta a las EPS que entre más servicios autoricen menos ganancia obtienen”*²².

7. Por otro lado, la Defensoría del Pueblo como organismo encargado de la promoción, ejercicio y divulgación de los derechos humanos, así como órgano vinculado al cumplimiento de las órdenes emitidas en la Sentencia T-760 de 2008, en el informe de 24 de julio de 2013 concluyó que aún no se ha logrado la cobertura de toda la población.

7.1. Advirtió que las dificultades persisten si se tiene en cuenta que: (i) *“la mitad de las EPS del régimen subsidiado se encuentran en situación especial de vigilancia, intervención o liquidación por parte la Superintendencia, lo que hace*

¹⁹Cfr. AZ-orden XXIX, folio 214. Concepto de 12 de julio de 2012.

²⁰Cfr. *Ibidem*, folio 223. Escrito de 12 de julio de 2012.

²¹Cfr. *Ibidem*, folios 244-246. Escrito de fecha 12 de julio de 2012.

²²Cfr. *Ibidem*, folio 246. Documento de 1 de agosto de 2012.

*necesario evaluar los efectos del cronograma de unificación de la UPC*²³; (ii) la cobertura universal *“no se remite solamente a la expedición de un carné sino al goce efectivo de los beneficios”*²⁴, en aras de eliminar las barreras de acceso a la atención en condiciones de igualdad; y (iii) la población que se encuentra en tránsito, *“a pesar que están cubiertas por el sistema, en el momento presentan dificultades de acceso oportuno y calidad a los servicios médicos”*²⁵.

7.2. Por lo anterior, propuso integrar los planes de contingencia a los cronogramas ordenados por la Corte y de esta forma ajustar de manera automática los supuestos y bases de cálculo de los cuales se desprenden las metas trazadas, en especial en lo relacionado con la sostenibilidad, las fuentes de financiamiento y el equilibrio del sistema²⁶.

II. CONSIDERACIONES

1. Cobertura universal, alcance y finalidad de la orden vigésima novena

1.1. El derecho a la salud ha sido objeto de múltiples regulaciones tanto a nivel internacional como en las legislaciones internas de los Estados. Así, la Observación General núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales al interpretar el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁷ señaló que este comprende, entre otros elementos, los de disponibilidad y accesibilidad²⁸. El primero de ellos, genera la obligación del Estado de contar con un número suficiente de programas, establecimientos, bienes y servicios y centros de atención, así como los factores necesarios para su prestación en condiciones dignas.

1.2. En cuanto al segundo, implica que *“los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado parte”*²⁹. Al respecto, expresó el Comité que dichos servicios deberán prestarse sin discriminación alguna y estar al alcance geográfico de toda la población, en especial, en los sectores más vulnerables y marginados (minorías étnicas, indígenas, personas con discapacidad, enfermos graves, personas mayores, entre otros).

²³ Cfr. *Ibidem*, folio 305.

²⁴ Cfr. *Ibidem*, folio 306.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12: *“1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:*

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

²⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 2000. Consideración jurídica 12, literales a y b.

²⁹ *Ibidem*.

1.3. En el mismo sentido, la Constitución en el artículo 48³⁰, estableció que el sistema de salud se fundamenta, entre otros, en el *principio de universalidad* cuyo alcance ha sido fijado por la Corte Constitucional y que a instancia de organismos internacionales especializados suele denominarse “cobertura universal” o “cobertura sanitaria universal”³¹.

1.3.1. La Organización Mundial de la Salud -OMS-, por ejemplo, ha señalado que cobertura universal es el estado en el “*que todos los habitantes de un país pueden acceder a la misma oferta de servicios (de buena calidad), en función de sus necesidades y preferencias, con independencia de su nivel de ingresos, posición social o residencia y que todo el mundo está capacitado para hacerlo*”³². Sumado a ello, ha precisado que también significa que “*toda la población puede beneficiarse de las mismas prestaciones*”³³.

1.3.2. En este contexto, la OMS ha propuesto tres ejes para lograr la cobertura universal: el primero, “*amplitud*”³⁴ que supone que la proporción de la población protegida por el sistema debe ampliarse progresivamente para lograr que todos y especialmente aquellos sectores sociales que carecen de acceso a los servicios, estén asegurados; el segundo, “*profundidad*”³⁵, alude a la ampliación de la gama de servicios esenciales para atender con calidad y oportunidad las necesidades sanitarias, teniendo en cuenta la demanda y expectativas, así como los recursos que se asignarán para avanzar en dicho objetivo; y, el tercero, “*nivel*”³⁶, esto es, que la proporción del gasto en salud aumente de forma tal que se reduzcan los pagos complementarios directos en el punto de prestación de los servicios.

1.4. En la misma línea, la jurisprudencia constitucional ha entendido la universalidad como el deber de prestación del servicio de salud a todas las personas en el territorio nacional, atendiendo a la vez los principios de progresividad y solidaridad. En palabras de la Corporación: “[l]a universalidad significa que el servicio debe cubrir a todas las personas que habitan el territorio nacional. Sin embargo, es claro que ello se debe hacer en forma gradual y progresiva, pues tratándose de derechos prestacionales los recursos del Estado son limitados, de ahí la existencia del principio de solidaridad, sin el cual la población de bajos recursos o sin ellos no podría acceder a tales servicios”³⁷.

³⁰ ARTÍCULO 48: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”.

³¹ Cfr. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal, pág. ix.

³² Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. RESUMEN ANALÍTICO DE LA PARTE FINAL. “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, 2008, http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf.

³³ *Ibidem*.

³⁴ Cfr. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca, pág. 28.

³⁵ *Ibidem*, pág. 29.

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ Cfr. Corte Constitucional. Sentencia C-130 de 2002.

1.4.1. También en la Sentencia C-040 de 2004 se señaló que de conformidad con este principio, “*el Estado debe garantizar la cobertura en seguridad social a todas las personas que habitan el territorio nacional e implementar, a medida que mejora el nivel de desarrollo del país, las condiciones para que las personas que aún se encuentran por fuera del régimen subsidiado de salud puedan ingresar a él (principio de progresividad)*”. Con base en ello, en la misma providencia se precisó que tanto el Legislador como el Ejecutivo debían adoptar las medidas necesarias para alcanzar, en el menor tiempo posible, la cobertura total de la afiliación al régimen subsidiado de manera que no haya población pobre por fuera del sistema de salud.

1.4.2. Tales pronunciamientos han sido reiterados en varias oportunidades por esta Corporación. Así, por ejemplo, la Sentencia T-866 de 2011 precisó que “*la universalidad del servicio lleva a que el Estado garantice que todas las personas efectivamente gocen del derecho, por lo que las medidas que se tomen con relación a su atención en salud, deben estar encaminadas a buscar la universalidad del aseguramiento y la posibilidad de que los beneficiarios del sistema, puedan gozar de sus servicios en cualquier parte del país, en todas las etapas de su vida*”³⁸.

1.5. El legislador también se ha ocupado de este tema, de ahí que en la Ley 100 de 1993 se haya definido el principio de universalidad como “*la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida*”³⁹. En dicha normativa (artículo 162) se estableció que el sistema crearía las condiciones necesarias para que todos los habitantes del territorio pudieran acceder al Plan Obligatorio de Salud antes de “2001”.

1.6. En vista de que tal plazo se incumplió, el Congreso reiteró la necesidad de alcanzar la cobertura universal en salud, por lo cual el artículo 9° la Ley 1122 de 2007 fijó un nuevo término y dispuso que: “*el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano alcanzará en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisben*”.

1.7. Posteriormente, al haberse identificado algunos de los defectos estructurales del sistema, fue proferida la Sentencia T-760 de 2008 en la que se evidenció el incumplimiento del principio de universalidad en las regulaciones sobre la materia, razón por la cual ordenó al entonces Ministerio de la Protección Social que adoptara las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal del sistema en el lapso fijado por la Ley 1122 de 2007.

1.8. Con la Ley 1438 de 2011⁴⁰ se dispuso que todos los residentes en el país debían estar afiliados al sistema⁴¹ y se estableció como obligación del Gobierno

³⁸ Cfr. Corte Constitucional. Sentencias T-110 de 2011, C-623 y C-1024 de 2004, C-823 /06, entre otras.

³⁹ Ley 100 de 1993, artículo 2 literal b.

⁴⁰ “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”.

⁴¹ Artículo 32: “UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO. Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación (...)”.

la de definir los territorios de población dispersa, los mecanismos que permitieran mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades, así como fortalecer el aseguramiento⁴².

1.9. Ahora bien, la finalidad la orden vigésima novena de la Sentencia T-760 de 2008 es la realización del principio constitucional de universalidad, el cual comprende, como lo ha reiterado la Sala Especial⁴³, no solo la afiliación de las personas al sistema y un nivel de “carnetización” cercano al 100%, sino la garantía del acceso a tales servicios en condiciones de calidad y oportunidad.

1.10. En el Auto 068 de 2012, con el fin de determinar el avance en el acatamiento de lo ordenado, se indagó al Ministerio de Salud y Protección Social sobre la realización de las actividades contenidas en el “plan y cronograma” allegado el 31 de julio de 2009 y las razones por las cuales no se había logrado la cobertura universal, entendida en los términos previamente mencionados. No obstante, la respuesta⁴⁴ del ente ministerial se limitó a indicar que tales actividades habían sido ejecutadas en su totalidad y que se había promovido la Ley 1438 de 2011 en la que se introdujeron reformas al sistema, las cuales permiten mejorar el acceso a la prestación de los servicios.

1.11. Por lo anterior, dado que la Sala solo cuenta con estadísticas que indican las proyecciones porcentuales generales de afiliación al sistema a 2012, más no con datos concretos que permitan evaluar los diferentes aspectos que involucra la cobertura universal, se dispondrá que el Ministerio de Salud y Protección Social remita información adicional.

2. Necesidad de acreditar el porcentaje de personas que a la fecha se encuentran afiliadas al sistema, las condiciones en la prestación y acceso a los servicios de salud y el monto de los recursos públicos destinados para ese objetivo

2.1. Como fue reseñado, durante el trámite de seguimiento el Ministerio de Salud y Protección Social ha enviado varios cronogramas⁴⁵, en donde describe la realización de actividades tendientes a alcanzar el cumplimiento del ordinal vigésimo noveno de la sentencia que se supervisa. Sin embargo, a la fecha no reposa en el expediente de seguimiento informes que acrediten de manera concreta cuáles han sido los resultados obtenidos con la ejecución de las acciones anunciadas o si se han implementado nuevas medidas para el efecto.

2.2. En primer lugar, es preciso señalar que la normatividad reguladora del sistema ha consagrado en diferentes disposiciones la implementación de indicadores para evaluar los resultados en la prestación del servicio de salud. Así, el artículo 2° de la Ley 1122 de 2007 contiene la obligación del Ministerio

⁴² Cfr. Ley 1438 de 2011, artículo 30.

⁴³ Cfr. Auto 068 de 2012.

⁴⁴ Cfr. AZ-orden XXIX, folios 181-182. Escrito de fecha 25 de abril de 2012.

⁴⁵ Cfr. Respuestas a los Autos 109 de 2010 y 068 de 2012. Informes radicados el 29 de junio de 2010 y el 25 de abril de 2012, respectivamente.

de establecer los mecanismos que permitan la evaluación, a través de indicadores, de la gestión y los resultados en salud y bienestar.

2.2.1. Por su parte, del artículo 2 de la Ley 1438 de 2011 se destaca que para dar cumplimiento a la universalidad del aseguramiento, la portabilidad y la prestación de servicios de salud en todo el país, el Gobierno debe definir metas e indicadores de resultados en salud⁴⁶ que incluyan a todos los niveles gubernamentales, instituciones públicas y privadas, así como a los demás actores del sistema.

2.2.2. El artículo 107 *ibídem* establece que en desarrollo del principio de calidad del Sistema de Seguridad Social en Salud, debe ser implementado un plan de mejoramiento direccionado a la obtención de resultados que puedan ser evaluados⁴⁷. De ahí, la necesidad de contar con datos que permitan identificar los indicadores que han sido utilizados por el órgano rector del sistema, para evaluar las políticas implementadas en materia de salud.

2.3. Teniendo en cuenta los postulados jurisprudenciales, en aras de obtener una adecuada asistencia en salud, el Estado debe garantizar de manera gradual y progresiva las condiciones no solo para ingresar al sistema sino para acceder al servicio que se presta, adoptando las medidas indispensables para cumplir dicha finalidad, dentro de las cuales se encuentran todos aquellos elementos que componen una infraestructura completa -hospitales, clínicas, camas, ambulancias, instrumentos médicos, etc.- y que conduzcan a la efectividad en la prestación del servicio. Por lo que es indispensable obtener información referente a la infraestructura utilizada para la prestación del servicio de salud, como factor necesario para un acceso oportuno y de calidad.

2.4. Por otro lado, la entidad gubernamental ha explicado en los diferentes reportes que, por circunstancias como la movilidad entre municipios, los nacimientos y las defunciones, no es posible asegurar al 100% de la población del país. También ha sostenido que debido a tales fenómenos, para el 2014 el 0,3% de la población no estaría afiliada. No obstante, esos informes no dan cuenta en forma específica de la situación de cobertura de ciertos grupos poblacionales vulnerables como sucede con las minorías y los sujetos de especial protección constitucional que podrían hacer parte de dicho porcentaje a pesar de no encontrarse inmersos en tales circunstancias.

2.4.1. Cabe recordar que en la “*Sesión Técnica e informativa sobre protección de los pueblos y comunidades indígenas*”⁴⁸ convocada por la Corte Constitucional y llevada a cabo el 9 de septiembre de 2013, algunas

⁴⁶ Uno de los indicadores de resultado debe incluir como criterio el acceso efectivo a los servicios de salud.

⁴⁷ Por ejemplo, el artículo 108 de la Ley 1438 de 2011 menciona que el Ministerio deberá establecer indicadores de salud, tales como indicadores centinela y trazadores o indicadores administrativos que den cuenta del desempeño de las direcciones territoriales en salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras de Riesgos Profesionales e Instituciones Prestadoras de Salud.

⁴⁸ Corte Constitucional. Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-025 de 2004. Sesión técnica e informativa sobre protección de pueblos y comunidades indígenas. Audiencia del 9 de septiembre de 2013. Autos 145 de 2013.

comunidades manifestaron inconformidades en materia de aseguramiento y acceso a los servicios de salud:

2.4.1.1. El vocero de los EMBERA-DOBIDÁ denunció que la comunidad, que habita en el departamento del Chocó y en el occidente antioqueño, vive situaciones muy graves en materia de salud. Señaló que fue necesaria una movilización para que sus miembros salieran de la EPS CAPRECOM, debido a la deficiente prestación del servicio⁴⁹.

2.4.1.2. El representante de los WOUNAAN hizo referencia a la ausencia de médicos en el lugar y relató que varios de sus miembros han muerto a causa de diarrea, dolor de cabeza y fiebre, por la falta de atención médica. Mencionó que la EPS CAPRECOM no reconoce la grave situación de los indígenas en materia de salud. Por tal motivo, en el año 2012 realizaron manifestaciones junto con los EMBERA-KATIO y CHAMI en las oficinas de esta entidad solicitando una solución a sus problemas, sin que hubieran obtenido una respuesta eficaz por parte de la misma⁵⁰.

2.4.1.3. El enviado de los KUIVA denunció que solo 200 de los 930 integrantes de su comunidad están asegurados en salud. Señaló que en el año 2009 fallecieron 12 menores, no por desnutrición como lo sugirió en su momento el gobierno departamental, sino por la falta de atención inmediata a los niños⁵¹.

⁴⁹ En la intervención el vocero expresó lo siguiente: “Vivimos situaciones muy graves en materia de salud. Creo que es uno de los aspectos más graves que vale la pena revisar y tomar medidas, señor Ministro, al respecto. Quiero decir que entre el año 2005 y 2008 antes de este auto se suicidaron más de 20 jóvenes Emberas y no hubo una intervención del Ministerio sería para determinar qué ha ocurrido, cuando se trata de un problema de salud pública, y hoy después del auto, tenemos ya este año alrededor de tres suicidios y muchos intentos de suicidio entre la juventud, ¿qué va a pasar allí? Necesitamos intervenciones concretas para determinar qué está ocurriendo y qué se va hacer para prevenir situaciones tan graves como las que ocurrieron en ese tiempo. Lo otro, es que en el Chocó fue necesario hacer toda una movilización para que la gente saliera de CAPRECOM, porque la atención era muy mala y todavía vivimos el paseo de la muerte, porque muchas de estas EPS no pagan a las IPS de Medellín y en los centros de atención, y la gente se muere viajando por todo el país hasta Barranquilla, van desde el Chocó a Girardot. Hoy estamos encontrando trasteo de afiliados, la gente no ha aprobado el traspaso de una afiliación a otra, de una EPS a otra y aparecen en otras EPS, a eso hay que ponerle atención porque está afectando el derecho a la vida y a la salud de nuestro pueblos”. Cfr. Sesión técnica e informativa sobre protección de pueblos y comunidades indígenas. Audiencia del 9 de septiembre de 2013. CD 1, hora 2:38:35 a 2:40:02.

⁵⁰ El representante señaló lo siguiente: “En pleno ejercicio de la construcción del plan de salvaguarda ¿qué ha pasado en este momento? Primero, nosotros seguimos siendo víctimas del Estado en varios sentidos, somos muertos en el camino o en los caminos porque no tenemos salud, no tenemos médicos, las EPS y las IPS que prestan servicios a nuestras comunidades solamente están por negocio. En el departamento del Chocó y Valle, donde están habitados los pueblos WOUNAAN, sigue apareciendo esta situación que no debería pasar, que nos morimos de diarrea, de dolor de cabeza, de fiebre, en pleno siglo XXI, como que estuviéramos caminando para atrás, los indígenas no tenemos garantías en nuestras comunidades a nivel de salud. CAPRECOM es la muerte de los indígenas y es del Estado. CAPRECOM es la empresa que está matando a los indígenas WOUNAAN, porque no reconoce entre otras cosas lo que está pasando, por eso el año pasado hubo paro, los indígenas todos unidos: los EMBERA, WOUNAAN, KATIO, CHAMI, tomamos la oficina de CAPRECOM precisamente para esta situación y nunca hasta ahora nos ha resuelto, solamente se hicieron traspasos que sigue igual la cosa”. Cfr. Sesión técnica e informativa sobre protección de pueblos y comunidades indígenas. Audiencia del 9 de septiembre de 2013. CD 1, hora 3:05:49.

⁵¹ En su relato mencionó: “Nosotros somos 930 personas, la mayoría de nosotros no tenemos un seguro de salud, son como máximo 200 personas que están aseguradas en salud, y el resto están desamparados. En el año 2009 nosotros, el pueblo KUIVA WAMONAE, sufrimos la muerte infantil, inclusive salimos al aire en Caracol, cuando nuestro gobierno departamental dice que eso es mentira. En el 2009 se murieron 12 niños, cuando dijeron que era desnutrición, cuando en realidad no es desnutrición sino es la falta de atención inmediata a estos niños”. Cfr. Sesión técnica e informativa sobre protección de pueblos y comunidades indígenas. Audiencia del 9 de septiembre de 2013. CD 2, minuto: 52:00 a 52:42.

2.4.1.4. El delegado de los NUKAK-MAKU declaró que su comunidad, la cual habita en San José del Guaviare, tiene dificultades para acceder a los servicios de salud por la lejanía de los centros de atención. Algunos de ellos se han trasladado en busca de servicios médicos, pero cuando los obtienen es muy difícil retornar a su pueblo por falta de medios económicos y por la inseguridad a causa del conflicto armado en ese territorio⁵².

2.4.1.5. El vocero de los JIW, comunidad radicada en el Meta y el Guaviare, denunció que no cuentan con puestos de salud en sus resguardos⁵³.

2.4.1.6. Finalmente, el representante de los HITNU señaló que sus miembros sufren problemas graves de salud como desnutrición, parasitismo y tuberculosis, enfermedades que no han sido tratadas⁵⁴.

2.4.2. Dificultades similares pueden estar afrontando otros sectores sociales como las personas desplazadas, la población carcelaria, los niños y niñas y aquellos que están en condición de discapacidad. Por ejemplo, específicamente sobre este último grupo poblacional⁵⁵, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante escrito del 6 de agosto de 2013⁵⁶, señaló como medidas adoptadas para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud: (i) la expedición de la Circular 017 de 2013 donde se exhorta a los gobernadores, alcaldes y secretarías de salud departamentales reportar al Ministerio la población beneficiaria de las ayudas No POS, para poder hacer el respectivo seguimiento; (ii) la promulgación de la Ley 1438 de 2011 donde se establece un enfoque diferencial otorgando atención prioritaria a las personas en condición de discapacidad (artículo 66) y consagra la gratuidad en los servicios de salud a aquellos clasificados en los niveles 1 y 2 del Sisben; y (iii) la creación de estrategias para la atención a personas en situación de discapacidad víctimas de desplazamiento forzado. Sin embargo, no existe evidencia concreta sobre cómo dichas medidas han contribuido a la obtención de una cobertura universal para este sector.

⁵² El vocero de dicha comunidad expuso lo siguiente: *“En el departamento del Guaviare nosotros no tenemos salud, no tenemos nada, todos los NUKAK no tenemos nada, a ellos los llevaron a Guanapalo, Casanare y después cuando sale la enfermedad y ellos vienen a buscar donde hay médicos a San José, y ellos no pudieron volver para sus casas por el conflicto armado, que no los dejan volver y están ahí sufriendo de volver, y como no tienen con qué comer. Los pies con niguas, una enfermedad que afecta a los pueblos NUKAK por lo que no tenemos salud”*. Cfr. Sesión técnica e informativa sobre protección de pueblos y comunidades indígenas. Audiencia del 9 de septiembre de 2013. CD 2, hora 01:12:55 y 01:16:32.

⁵³ El representante señaló: *“Nosotros en la mesa JIW analizamos el seguimiento al Auto 173. Lo que presentaron los tres informes que pasaron la UNAVIR están errados, están diciendo que los pueblos indígenas, los JIW norte y sur, Meta y Guaviare, tienen puestos de salud en sus resguardos. No existen esos puestos de salud en esos resguardos, es una gran mentira y así cosas como esas las han informado en estas actas. Nosotros nos reunimos en la mesa JIW en el resguardo de la María y concertamos todo esto, el informe que pasó, no hay nada concreto de lo que está diciendo”*. Cfr. Sesión técnica e informativa sobre protección de pueblos y comunidades indígenas. Audiencia del 9 de septiembre de 2013. CD 2, hora 01:21:48.

⁵⁴ El delegado expresó: *“Hay problemas graves de salud como desnutrición, parasitismo, tuberculosis, chagas. De las 350 pruebas tomadas para el chaga 148 resultaron positivas. Lo peor es que no nos han dado tratamiento”*. Cfr. Sesión técnica e informativa sobre protección de pueblos y comunidades indígenas. Audiencia del 9 de septiembre de 2013. CD 2, hora 01:57:57.

⁵⁵ La Ley 1618 de 2013 en su artículo 10°, dispone diversas obligaciones a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y de las Entidades Prestadoras de Servicios, para garantizar el acceso oportuno y de calidad de las personas en condición de discapacidad.

⁵⁶ Cfr. AZ-orden XVI-, folios 1010-1023. Respuesta del Ministerio de Protección Social a la solicitud presentada por Ana Rosa Buelvas Hernández y Robert Castillo López.

2.5. Por consiguiente, se hace necesario, antes de valorar las actuaciones gubernamentales tendientes a cumplir la orden vigésima novena de la Sentencia T-760 de 2008, contar con elementos probatorios adicionales. La información requerida tendrá como fecha de corte el 28 de febrero de 2014. Con este fin, el Ministerio presentará un reporte en el que absuelva de manera concreta y sustentada los siguientes interrogantes:

2.5.1. Preguntas generales:

2.5.1.1. ¿Cuáles han sido los resultados concretos obtenidos a 28 de febrero de 2014 con la ejecución de las actividades señaladas en los cronogramas allegados el 29 de junio de 2010 y el 25 de abril de 2012?

2.5.1.2. ¿Cuáles han sido las dificultades encontradas o que persisten para la obtención de la cobertura universal -entendida no solo como aseguramiento sino como acceso-?

2.5.1.3. ¿Qué mecanismos o medidas se han utilizado para superar las limitaciones indicadas en la pregunta anterior (2.5.1.2.)?

2.5.1.4. De conformidad con la consideración núm. 2.2. indique ¿cuáles han sido los indicadores para evaluar los resultados de las políticas implementadas en cumplimiento de la orden vigésima novena y que le han permitido afirmar la existencia de avances en materia de cobertura universal?

2.5.1.5. Con base en la consideración núm. 2.3. señale para el 2012, 2013 y 2014 ¿cuáles son las condiciones de infraestructura hospitalaria con las que se presta el servicio de salud en cada una de las entidades territoriales?

2.5.1.6. ¿Con cuáles indicadores ha evaluado los avances o retrocesos en materia de infraestructura hospitalaria?

2.5.1.7. Indique la cantidad de profesionales en medicina que prestan sus servicios en el territorio nacional, así como el número de galenos, tanto generales como especialistas, que prestan sus servicios en cada una de las entidades territoriales.

2.5.1.8. Informe ¿cuáles medidas fueron implementadas para solucionar las denuncias realizadas por los voceros de las comunidades indígenas en la Sesión técnica e informativa llevada a cabo el 9 de septiembre de 2013, según lo reseñado en la consideración núm. 2.4.1., precisando los resultados concretos obtenidos con las mismas?

2.5.2. Preguntas sobre aseguramiento:

2.5.2.1. Del total de la población en Colombia⁵⁷, indique la cantidad de personas que no estaban afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud en los años 2012, 2013 y 2014. Para este fin se alimentará la siguiente tabla:

TABLA 1. NÚMERO DE PERSONAS NO AFILIADAS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD					
2012		2013		28-febrero-2014	
Total de la población	Número de personas no afiliadas	Total de la población	Número de personas no afiliadas	Total de la población	Número de personas no afiliadas

2.5.2.2. Precise ¿por qué a 28 de febrero de 2014 un porcentaje de la población no se encuentra asegurada?

2.5.2.3. Indique específicamente ¿cuáles grupos poblacionales hacen parte de esa proporción que no se está afiliada (2.5.2.2.)?

2.5.2.4. Realice una ordenación de mayor a menor cobertura por Departamentos, indicando el número total de habitantes por cada uno de ellos, y de este último dato, la cantidad de personas no aseguradas en los años 2012, 2013 y 2014. Los datos se incorporarán en la siguiente tabla:

TABLA 2. AFILIACIÓN. CLASIFICACIÓN POR DEPARTAMENTOS							
		2012		2013		28-febrero-2014	
Núm.	Departamento	Total de habitantes	Número de personas no aseguradas	Total de habitantes	Número de personas no aseguradas	Total de habitantes	Número de personas no aseguradas

2.5.2.5. Así mismo, es necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social brinde información en relación con los siguientes grupos poblacionales, especificando los datos que se indicarán a continuación respecto a los años 2012, 2013 y 2014.

2.5.2.5.1. Del total de la *población indígena*⁵⁸, *población carcelaria*⁵⁹, *población discapacitada*⁶⁰ y *población de los niños y niñas*⁶¹ ¿cuál es el número de personas no afiliadas al sistema de salud? La respuesta a este punto deberá ser incorporada en las siguientes tablas:

⁵⁷ Debe entenderse que el dato indicativo del total de la población será el que existía a 31 de diciembre de 2012 y 2013 respectivamente, así como el dato total de la población entre enero y 28 de febrero de 2014.

⁵⁸ Debe entenderse que el dato indicativo del total de la población que se cita será el que existía a 31 de diciembre de 2012 y 2013 respectivamente, así como el dato total de la población entre enero y 28 de febrero de 2014. De igual forma se entenderá, el dato consignado respecto de cada una de las comunidades.

⁵⁹ Debe entenderse que el dato indicativo del total de la población que se cita será el que existía a 31 de diciembre de 2012 y 2013 respectivamente, así como el dato total de la población entre enero y 28 de febrero de 2014.

⁶⁰ *Ibidem.*

⁶¹ *Ibidem.*

TABLA 3. COBERTURA POBLACIÓN INDÍGENA ⁶²						
	2012		2013		28-febrero-2014	
Comunidad	Total de miembros	Número de personas no aseguradas	Total de miembros	Número de personas no aseguradas	Total de miembros	Número de personas no aseguradas

TABLA 4. COBERTURA POBLACIÓN CARCELARIA					
2012		2013		28-febrero-2014	
Total población carcelaria	Número de personas no aseguradas	Total población carcelaria	Número de personas no aseguradas	Total población carcelaria	Número de personas no aseguradas

TABLA 5. COBERTURA POBLACIÓN DISCAPACITADA					
2012		2013		28-febrero-2014	
Total población discapacitada	Número de personas no aseguradas	Total población discapacitada	Número de personas no aseguradas	Total población discapacitada	Número de personas no aseguradas

TABLA 6. COBERTURA POBLACIÓN NIÑOS Y NIÑAS					
2012		2013		28-febrero-2014	
Total población niños y niñas	Número de menores no asegurados	Total población niños y niñas	Número de menores no asegurados	Total población niños y niñas	Número de menores no asegurados

2.5.2.5.2. Precise ¿por qué a 28 de febrero de 2014 un porcentaje de cada uno de los grupos poblacionales mencionados en el punto anterior⁶³, no se encuentra asegurado?

2.5.2.6. De conformidad con la consideración núm. 2.2. indique ¿cuáles han sido los indicadores para evaluar los resultados de las políticas implementadas en cumplimiento de la orden vigésima novena y que le han permitido afirmar la existencia de avances en materia de aseguramiento o afiliación?

2.5.3. Preguntas sobre acceso en condiciones de calidad, eficacia y oportunidad

2.5.3.1. Del total de la población en Colombia⁶⁴, indique la cantidad de personas que no contaron con un acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud.

⁶² Respecto de la población indígena, la información deberá ser diligenciada sobre cada una de las comunidades asentadas dentro del territorio nacional.

⁶³ *Ibidem.*

⁶⁴ Debe entenderse que el dato indicativo del total de la población será el que existía a 31 de diciembre de 2012 y 2013 respectivamente, así como el dato total de la población entre enero y 28 de febrero de 2014.

2.5.3.4. Respecto de cada departamento, indique las principales dificultades o limitaciones que impiden el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud o restringen la prestación del mismo y las medidas utilizadas para mitigarlas.

2.5.3.5. Así mismo, es necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social brinde información sobre acceso a los servicios de salud en relación con los mismos grupos poblacionales que se señalan en el punto 2.5.2.5.1, especificando los datos que se indicarán a continuación respecto a los años 2012, 2013 y 2014.

2.5.3.5.1. Del total de *población indígena*⁶⁵, *población carcelaria*⁶⁶, *población discapacitada*⁶⁷ y *población de los niños y niñas*⁶⁸ ¿cuál es el número de personas que no contaron con acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud en cada una de las comunidades asentadas dentro del territorio nacional? La respuesta a este punto deberá ser incorporada en las siguientes tablas:

Comunidad	2012		2013		28-febrero-2014	
	Total de miembros	Número de personas sin acceso	Total de miembros	Número de personas sin acceso	Total de miembros	Número de personas sin acceso

Comunidad	2012		2013		28-febrero-2014	
	Total de miembros	Número de personas sin acceso	Total de miembros	Número de personas sin acceso	Total de miembros	Número de personas sin acceso

2012		2013		28-febrero-2014	
Total población carcelaria	Número de personas sin acceso	Total población carcelaria	Número de personas sin acceso	Total población carcelaria	Número de personas sin acceso

⁶⁵ Debe entenderse que el dato indicativo del total de la población que se cita será el que existía a 31 de diciembre de 2012 y 2013 respectivamente, así como el dato total de la población entre enero y 28 de febrero de 2014. De igual forma se entenderá, el dato consignado respecto de cada una de las comunidades.

⁶⁶ Debe entenderse que el dato indicativo del total de la población que se cita será el que existía a 31 de diciembre de 2012 y 2013 respectivamente, así como el dato total de la población entre enero y 28 de febrero de 2014.

⁶⁷ *Ibidem.*

⁶⁸ *Ibidem.*

⁶⁹ Respecto de la población indígena, la información deberá ser diligenciada sobre cada una de las comunidades asentadas dentro del territorio nacional.

⁷⁰ *Ibidem.*

TABLA 13. ACCESO DE CALIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD. POBLACIÓN CARCELARIA					
2012		2013		28-febrero-2014	
Total población carcelaria	Número de personas sin acceso	Total población carcelaria	Número de personas sin acceso	Total población carcelaria	Número de personas sin acceso

TABLA 14. ACCESO OPORTUNO A LOS SERVICIOS DE SALUD. POBLACIÓN DISCAPACITADA					
2012		2013		28-febrero-2014	
Total población discapacitada	Número de personas sin acceso	Total población discapacitada	Número de personas sin acceso	Total población discapacitada	Número de personas sin acceso

TABLA 15. ACCESO DE CALIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD. POBLACIÓN DISCAPACITADA					
2012		2013		28-febrero-2014	
Total población discapacitada	Número de personas sin acceso	Total población discapacitada	Número de personas sin acceso	Total población discapacitada	Número de personas sin acceso

TABLA 16. ACCESO OPORTUNO A LOS SERVICIOS DE SALUD. POBLACIÓN NIÑOS Y NIÑAS					
2012		2013		28-febrero-2014	
Total población niños y niñas	Número de menores sin acceso	Total población niños y niñas	Número de menores sin acceso	Total población niños y niñas	Número de menores sin acceso

TABLA 17. ACCESO DE CALIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD. POBLACIÓN NIÑOS Y NIÑAS					
2012		2013		28-febrero-2014	
Total población niños y niñas	Número de menores sin acceso	Total población niños y niñas	Número de menores sin acceso	Total población niños y niñas	Número de menores sin acceso

2.5.3.5.2. Precise las razones por las cuales a 28 de febrero de 2014 un porcentaje de los grupos poblacionales referidos en el punto anterior⁷¹, no cuenta con un acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud.

2.5.3.5.3. Señale ¿cuáles han sido las dificultades encontradas o que persisten para el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud en cada una de las poblaciones a que se refiere el precitado numeral⁷²? y ¿qué mecanismos o medidas han sido utilizadas para superarlas?

⁷¹ Respecto de la población indígena, la información deberá ser entregada sobre cada una de las comunidades asentadas dentro del territorio nacional.

⁷² *Ibidem*.

2.5.3.6. De conformidad con la consideración núm. 2.2. explique ¿cuáles han sido los indicadores que le han servido para evaluar los resultados de las políticas implementadas en cumplimiento de la orden vigésima novena para el acceso a los servicios de salud en condiciones de oportunidad y calidad desde 2012 hasta el 28 de febrero de 2014?

2.6. Se precisa al Ministerio de Salud y Protección Social que la información requerida en virtud de la consideración jurídica 2.5. no debe fundamentarse en lo manifestado en los reportes allegados con respecto a la movilidad entre municipios, los nacimientos y las defunciones puesto que, como se explicó, es necesario contar con datos concisos y actualizados. Por tanto, no puede incluirse tal justificación, sino las razones de fondo que expliquen cuáles sectores de la población y por qué razón no se encuentran aseguradas.

2.6.1. En todo caso, el cumplimiento de lo dispuesto en la consideración 2.5 debe ser acreditado por el ente ministerial, que será responsable por la calidad de la información que se suministre a la Sala Especial. Por lo anterior, no son admisibles constancias referentes a la simple gestión de la obtención de los datos ante otras entidades, en tanto es el director del sector salud⁷³ el encargado de recopilar y analizar los datos que se requieran para atender lo dispuesto por la Corte y que en últimas son insumos para adoptar las medidas regulatorias que correspondan en aras de lograr la cobertura universal ordenada por el artículo 48 de la Constitución, en concordancia con el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

2.6.2. Para efecto de la precisión en la información entregada serán remitidas por vía electrónica las tablas en Excel, que deberán ser alimentadas conforme a los datos solicitados en cada interrogante. Las mismas deberán allegarse a esta Corporación en medio magnético y/o al correo electrónico de la Sala, dentro del término estipulado en la parte resolutive de este auto.

2.7. Ahora, es preciso mencionar que para lograr la cobertura universal se requiere, además de las medidas técnicas o legislativas que se adopten para su consecución, la debida destinación de recursos. En este sentido, la Corte ha establecido que los contenidos prestacionales de derechos fundamentales como la salud, están sometidos a los principios de progresividad y no regresión, en el sentido de ampliar el presupuesto dirigido a alcanzar tal cometido⁷⁴.

2.7.1. Teniendo en cuenta que dentro de las funciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público se encuentra la de realizar las actividades de

⁷³ El artículo 60 de la Ley 489 de 1998 dispone: “*DIRECCION DE LOS MINISTERIOS. La dirección de los ministerios corresponde al Ministro, quien la ejercerá con la inmediata colaboración del viceministro o viceministros*”.

⁷⁴ En este sentido la Corte indicó que: “*En desarrollo de estas disposiciones, entre otras, esta Corporación ha indicado que los contenidos prestacionales de los derechos fundamentales –como la salud y la seguridad social– están sometidos al principio de progresividad y no regresión, el cual conlleva (i) la obligación del Estado de ampliar su nivel de realización y (ii) la proscripción de la reducción de los niveles de satisfacción actuales*”. Sentencia C-262 de 2013.

seguimiento fiscal y financiero del Sistema de Seguridad Social Integral⁷⁵, resulta procedente ordenar a dicha entidad que presente un informe sobre la destinación de los recursos en salud para lograr la cobertura universal, debiendo indicar:

2.7.1.1. ¿Cuál ha sido el monto invertido para cumplir con la cobertura universal -entendida esta como afiliación y acceso a los servicios de salud- de la población en 2012 y 2013, respectivamente? Así mismo ¿cuál es el valor previsto para ese fin en 2014?

3. Pronunciamiento del Ministerio de Salud y Protección Social sobre los conceptos de los Peritos Constitucionales Voluntarios

3.1. En el marco de la supervisión del cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008 que realiza esta Corporación, se ha propiciado un diálogo entre los diferentes actores del sistema involucrados en la crisis del sector salud.

3.2. Lo anterior, tiene como finalidad propender por la deliberación dentro del seguimiento que la Sala Especial adelanta sobre el mencionado fallo estructural, previo a la valoración del acatamiento de lo allí ordenado, para la consolidación de una decisión más informada.

3.3. En el asunto de la referencia, la sociedad civil presentó varias observaciones y propuestas sobre el cumplimiento de la orden referente a la universalización, razón por la cual se trasladarán los conceptos de los Peritos Constitucionales Voluntarios al Ministerio de Salud y Protección Social para que se pronuncie sobre cada uno de ellos, con el fin de hacer efectiva la participación (artículo 2 de la Carta Política) en este trámite constitucional.

En mérito de lo expuesto,

III. RESUELVE:

Primero.- Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que, dentro del término máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de este auto, envíe a esta Corporación el informe a que hace referencia el numeral 2.5. de la parte considerativa de esta providencia, teniendo en cuenta los lineamientos fijados en los numerales 2.6. y 2.6.1. de la misma. Igualmente, ordenar a este ente ministerial, que dentro del mismo término, envíe en medio magnético y/o al correo electrónico de la Sala, las tablas de Excel a que hace referencia el numeral 2.6.2. de este proveído.

⁷⁵ De conformidad con el Decreto 4712 de 2008, artículo 3, numeral primero es función del Ministerio de Hacienda y Crédito Público participar en la definición y dirigir la ejecución de la política económica y fiscal del Estado. En dicha normativa se encuentra contemplada como parte de la estructura del Ministerio la Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social que, según lo establecido en el artículo 15, tiene como función realizar el seguimiento del componente económico y fiscal del Sistema General de Seguridad Social Integral, mediante la evaluación permanente de su evolución y de sus factores determinantes, así como de los demás regímenes de seguridad social, su impacto sobre las finanzas públicas y sobre la política macroeconómica de corto, mediano y largo plazo y recomendar la adopción de las medidas que contribuyan a su mejoramiento.

SEGUNDO.- Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que, dentro del término máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir de la remisión vía correo electrónico de los tres (3) documentos allegados por los Peritos Constitucionales Voluntarios en respuesta al Auto 133A de 2012, se pronuncie sobre cada una de las observaciones y propuestas allí presentadas.

TERCERO.- Ordenar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público que, dentro del término máximo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la notificación de este auto, envíe a la Sala Especial de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 el informe a que hace referencia el numeral 2.7 de la parte considerativa de esta providencia.

CUARTO.- A través de la Secretaría General de esta Corporación, líbrense las comunicaciones correspondientes, adjuntando copia de este proveído.

Publíquese y cúmplase,

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General