

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

AUTO 068 de 2012

Referencia: Seguimiento al cumplimiento de la orden vigésimo novena de la sentencia T-760 de 2008.

Asunto: Cobertura universal en salud.

Magistrado Sustanciador:
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D. C., veintinueve (29) de marzo de dos mil doce (2012)

La Sala Especial de la Corte Constitucional conformada para llevar a cabo el seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, integrada por los magistrados Mauricio González Cuervo, Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y Jorge Iván Palacio Palacio, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente Auto, con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. La Constitución Política, en el artículo 49, estableció que la “*atención de la salud*” es un servicio público a cargo del Estado, que debe garantizar “*a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud*”, “*conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad*”.

2. En este sentido, teniendo en cuenta la importancia de asegurar la cobertura universal en salud, la Ley 100 de 1993, en desarrollo del Estatuto Supremo, incorporó la universalidad como uno de los principios rectores de la actividad del Estado en materia de la prestación del servicio de seguridad social en salud¹. Por eso, en la Ley se determinó que el sistema general de seguridad social en salud tendría una cobertura universal. En el primer inciso del artículo 162 se fijó un plazo máximo para alcanzar este objetivo, en los siguientes términos: “*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*”.

¹ El artículo 2° de la Ley 100 de 1993 expresó que “[e]l servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (...)” y definió la universalidad como “la garantía de la protección de todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida (...)”.

nacional antes del año 2001”. A pesar de ello, el plazo fijado por la Ley 100 de 1993 para obtener la cobertura universal en salud transcurrió sin que se hubiera alcanzado la meta trazada.

3. Más tarde, la Ley 1122 de 2007 reiteró la necesidad de alcanzar la cobertura universal del aseguramiento en salud y por ello, en el artículo 9°, fijó un nuevo plazo, así: *“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.”* (Negrilla adicionada). La meta fijada en la Ley 1122 de 2007 fue corroborada en el Plan Nacional de Desarrollo, aprobado mediante la Ley 1151 de 2007.

4. 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 se adoptaran las medidas necesarias para corregir las fallas de regulación identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados en dicha providencia.

5. Del estudio de tales asuntos, se infirieron diversos problemas generales que contextualizan, identifican y concretan las fallas que dan origen al conjunto de mandatos de naturaleza o tendencia correctiva. Particularmente, respecto a la cobertura universal en salud, la Corte reiteró lo ya dicho en su jurisprudencia, de la siguiente manera:

“La consagración del derecho a la salud y la aplicación al sistema general de salud de los principios de solidaridad, universalidad e integralidad, no apareja la obligación del Estado de diseñar un sistema general de seguridad social que esté en capacidad, de una sola vez, de cubrir integralmente y en óptimas condiciones, todas las eventuales contingencias que puedan afectar la salud de cada uno de los habitantes del territorio². La 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.

*Para la Corte no hay duda que estos pronunciamientos aún continúan teniendo vigencia, sin embargo es importante añadir que si bien el desarrollo progresivo de la seguridad social para lograr la cobertura total de los servicios de salud para todos los habitantes del territorio colombiano debe hacerse gradualmente, para lo cual los recursos existentes en un momento dado juegan un papel determinante, esto no puede ser obstáculo para lograr esa meta **en el menor tiempo posible,***

² Corte Constitucional, Sentencia C-599 de 1998 (MP Eduardo Cifuentes Muñoz).

pues de no cumplirse con prontitud se estarían desconociendo los fines esenciales del Estado y, por ende, en flagrante violación de los artículos 48 y 49 del Estatuto Supremo.

*En consecuencia, es deber del Congreso y del Gobierno adoptar todas las medidas económicas, políticas y administrativas para alcanzar **en un término breve** la cobertura total de los servicios de salud para toda la población colombiana, destinando cada año mayores recursos para hacer efectivo el derecho irrenunciable a la salud, avanzando en forma gradual pero rápida y eficaz para lograr en un tiempo razonable el bienestar social de todos. De ahí que la Corte Interamericana de Derechos Humanos haya reiterado, refiriéndose al derecho a la salud, que si bien el nivel de desarrollo juega un papel fundamental para ese fin, ello “no se debe entender como un factor que excluya el deber del Estado de implementar estos derechos en la mayor medida de sus posibilidades. El principio de progresividad exige mas bien que, a medida que mejora el nivel de desarrollo de un Estado, mejore el nivel de compromiso de garantizar los derechos económicos, sociales y culturales.”³ (Negrillas adicionadas).*

Como consecuencia de dicha problemática, en el ordinal vigésimo noveno de la parte resolutive de la citada sentencia, se 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.”.*

6. El 10 de diciembre de 2008, el Ministerio de la Protección Social presentó un documento en el que efectuó una propuesta para dar cumplimiento a la orden bajo análisis, así:

*“(…) el Ministerio desarrollará **un plan detallado para alcanzar la cobertura universal sostenible** al [sic] Sistema General de Seguridad Social en Salud. El plan incluirá la identificación y afiliación de todas las personas en condición de evasión a su obligación legal de afiliarse al régimen contributivo cuando se encuentren en las condiciones de empleo e ingresos que fija la ley. Se desarrollará también el subsidio para la afiliación de las personas de estratos medios que estando por encima de los límites de ingresos del régimen subsidiado pero [sic] tienen dificultad para pagar la cotización plena al régimen contributivo, y se identificarán e incluirán en las bases de datos y se procederá a la afiliación al régimen subsidiado de todas las personas de bajos recursos en las condiciones que fija la ley.” (Negrilla adicionada).*

³ Corte Constitucional, Sentencia C-130 de 2002 (MP Jaime Araujo Rentería).

7. Mediante Auto del 13 de julio de 2009, la Sala Especial de Seguimiento le solicitó al Ministerio de la Protección Social que remitiera un plan y cronograma detallado del cumplimiento del mandato referido, y le recordó que, conforme a lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007⁴, la fecha para que se dé dicho acatamiento se vence “*antes de enero de 2010*”.

8. El 15 de julio de 2009, el Ministerio de la Protección Social allegó un escrito en el que presentó un análisis de los logros alcanzados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- en los últimos 15 años, así como de las dificultades que actualmente atraviesa, del efecto de las tutelas y los recobros, y del entorno económico y fiscal en el que deben adoptarse las decisiones para que éstas puedan tener sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo. En este oficio afirmó lo siguiente:

“(…) Entre 1993 y 2008 la cobertura en aseguramiento pasó de 23,7% a 86,0% (según datos de las encuestas). Este incremento ha sido (...) de 12.700.000 personas afiliadas [y] se focalizó, especial, más no únicamente, a la población más pobre y los habitantes de la zona rural, disminuyéndose los marcados diferenciales que existían por quintil del ingreso y aumentándose la afiliación al Régimen Subsidiado”.

Asimismo, manifestó que los efectos de la crisis financiera que se originó en el mercado inmobiliario de los Estados Unidos en agosto de 2007 y que se agudizó gravemente desde septiembre de 2008, se han venido trasladando a la economía colombiana, deteriorando las finanzas públicas. Por ello, anotó que las medidas que se tomen en materia de salud deben considerar el entorno económico del país, para que tengan sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo.

9. En cumplimiento a lo dispuesto en el Auto del 13 de julio de 2009, el 31 de julio de 2009, el Ministerio de la Protección Social presentó un plan con miras a alcanzar la cobertura universal del aseguramiento en el SGSSS, así como un cronograma de actividades para el período agosto-diciembre de 2009. Además, señaló que el Gobierno Nacional dispuso de recursos suficientes para financiar cupos para el 100% de la población asegurable antes del 31 de diciembre de 2009, pero que fenómenos como la movilidad entre municipios, los nacimientos y las defunciones impiden alcanzar el 100% de cobertura de la población asegurable. Agregó que en el marco de la cobertura se definieron tres líneas generales de acción: 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 es transversal al logro de los objetivos y compone las actividades encaminadas a garantizar la sostenibilidad financiera de la universalización. Finalmente, expresó que “[a] pesar de las previsiones legales se vislumbra un

⁴ 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 (...)”.

problema de financiamiento a mediano plazo que demandará la búsqueda de nuevas fuentes tales como un aporte de la población beneficiaria.”.

10. A través de Auto del 8 de junio de 2010, la Sala Especial de Seguimiento le solicitó al Ministerio de la Protección Social que allegara: i) un informe sobre el cumplimiento de cada una de las actividades que componen el cronograma tendiente a alcanzar el aseguramiento universal, relacionando cada uno de los municipios en donde se presentaron problemas y especificando cómo se superaron los mismos⁵; y ii) la relación de las medidas normativas y materiales, así como de las variables adoptadas para medir la efectividad de las mismas, para mitigar los efectos de la movilidad entre municipios o la territorialidad del aseguramiento, para registrar los nacimientos y las defunciones, así como las demás estrategias que se hubieren adoptado para permitir el aseguramiento real de todos los colombianos.

11. En respuesta al Auto anterior, el 29 de junio de 2010, el Ministerio de la Protección Social remitió un informe en el que individualizó las actividades adelantadas para cumplir con el cronograma y para superar las dificultades que retardan el aseguramiento efectivo de toda la población. De la misma manera, anexó las medidas adoptadas para la continuidad del aseguramiento y para garantizar un funcionamiento ágil, eficiente y transparente del régimen subsidiado, como: los acuerdos 415 y 408 de 2009, los decretos 2060 de 2008, 1800 de 2009, 1964 y 1965 de 2010 y las resoluciones 2020, 990, 1155, 991, 1021, 2369 de 2009; 1982, 2028, 2030 y 2042 de 2010 y la Ley 1250 de 2008. Por último alegó que a enero de 2010 ya había universalización:

“(…) la universalización, se entiende por el Ministerio de la Protección Social con fundamento en los [sic] normas legales vigentes, como la cobertura universal sostenible de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisben (...) Es así que al contar el Sistema General de Seguridad Social en Salud con los recursos suficientes para el año 2010 (...) en este momento hay universalización dado que a esta fecha el país se encontraba en cobertura del 90% de aseguramiento en salud desde la perspectiva de la población identificada en los niveles I y II del Sisben.”.

12. Por medio de Auto del 28 de septiembre de 2010, la Sala elevó cuestionario a varias universidades, grupos de investigación y grupos de seguimiento para que éstos establecieran si existe cobertura universal; así como las variables para medir el cumplimiento de la orden vigésimo novena.

⁵ El informe solicitado además debía contener como mínimo: “(a) los avances y retrocesos presentados en el perfeccionamiento y depuración de la BDUA y los resultados de la implementación del Acuerdo 408 de 2009 y los instructivos 003 y 005; (b) los estudios efectuados sobre los resultados y el impacto de la resolución 2020 de 2009; (c) los ingredientes y características del proceso técnico que se haya definido para que el interior del Ministerio de la Protección Social se depure el registro único de bajos ingresos; (d) los efectos de la implementación de las resoluciones 991, 1021 y 2361 de 2009; (e) las secuelas y efectos adscritos a las diferentes estrategias adoptadas para el control de evasión y la elusión, así como todas las actividades complementarias que se hayan implementado alrededor de las res. 990 y 1155 de 2009.”.

13. En respuesta al mencionado Auto, varias entidades presentaron respuesta:

13.1. El 28 de octubre de 2010, la Universidad CES indicó que, en relación con la cobertura universal, todas las personas gozan de las condiciones materiales, pero que el papel de los entes territoriales no ha permitido la universalización.

13.2. El 28 de febrero de 2011, el Servicio Social de Salud señaló que para la universalidad del aseguramiento es esencial reducir la informalidad y encontrar estrategias sostenibles en el tiempo que propugnen por un incremento gradual del empleo formal.

13.3. El 1° de marzo de 2011, la Corporación Viva la Ciudadanía indicó que en la actualidad no se garantiza la cobertura universal de aseguramiento porque: i) no hay una adecuada depuración de las bases de datos de afiliación al sistema, puesto que se encuentran reportes de doble afiliación; ii) se presentan cambios frecuentes de afiliación subsidiado-contributivo-subsidiado generados por los cierres de EPS del régimen subsidiado y los cambios de régimen y traslados; iii) persiste la evasión y la elusión así como los problemas financieros para que se garantice la sostenibilidad del sistema; y vi) hay problemas de accesibilidad.

13.4. El 3 de marzo de 2011, el Proyecto ‘Así Vamos en Salud’ realizó una reseña de las principales conclusiones de cada documento relevante frente al aseguramiento universal y sostenibilidad financiera del sistema de salud: i) Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006; ii) Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010; iii) informe de gestión del Ministerio de la Protección Social 2002-2010; iv) panorama financiero del sistema de salud; v) informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas de Senado de la República y Cámara de representantes; vi) cuentas de Salud de Colombia 1993-2007; y vii) sostenibilidad del FOSYGA, balance global de compensación y ajuste de la UPC.

14. El 19 de enero de 2011, el Congreso de la República expidió la Ley 1438, por medio de la que reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dicha legislación reiteró la universalidad del aseguramiento en salud, al establecer en el artículo 3° que “[e]l Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida”. De otro lado, en el artículo 32 dispuso que “[t]odos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud” y estableció la manera en la que deben proceder las EPS cuando una persona requiera atención en salud y no esté afiliada.

Ahora bien, debe decirse que la importancia de asegurar la cobertura universal en salud fue resaltada desde los debates que precedieron la aprobación de la Ley 1438 de 2011. Sin embargo, en los mismos se afirmó lo siguiente:

“A pesar del alcance de una cobertura casi universal, en servicios de salud y de la mayor provisión de los mismos, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado por la Ley 100 de 1993 y modificado por la Ley 1122 de 2007, enfrenta hoy en día una situación de insolvencia,

de gasto creciente, ineficiencia y desregulación, que obliga a la introducción de medidas de ajustes, para consolidar los logros obtenidos y alcanzar las metas de la universalidad, la equidad, la sostenibilidad y sobre todo la salud.”⁶.

En razón a ello, en el texto del artículo 70 del Proyecto núm. 01 de 2010 Senado, que junto con otros más se convertiría en la Ley 1438 de 2011, se indicó que para alcanzar la universalización de la cobertura se emplearían recursos del Presupuesto General de la Nación hasta el año 2015⁷. No obstante, esa propuesta fue modificada durante el trámite legislativo y la Ley sancionada no tuvo en cuenta dicho término. Así las cosas, se tiene que en el legislador no definió una fecha puntual para alcanzar el aseguramiento universal en salud, así como tampoco lo hizo en el Plan Plurianual Nacional de Universalización y Unificación en Salud de que trata el Presupuesto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, aprobado mediante la Ley 1450 de 2011, según el cual:

“El Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de la Protección Social y del Ministerio de Hacienda y Crédito Público definirá los criterios y términos del Plan Plurianual Nacional de universalización y unificación que permita la unificación de planes de beneficios de manera progresiva y sostenible, teniendo en cuenta, entre otros, los siguientes aspectos:

a) Los planes financieros integrales del Régimen Subsidiario territoriales previstos en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011;

b) Las acciones, metas e indicadores requeridos año a año para el logro de los objetivos propuestos;

c) La definición de la transformación de los recursos de las diferentes fuentes; y

d) El efecto de las medidas contempladas en dicho plan sobre el financiamiento de la red pública de prestadores de servicio de salud y las obligaciones financieras de estas instituciones hospitalarias para el pago de sus pasivos prestacionales según lo ordenado por la Ley 60 de 1993 y 715 de 2001.”.

En este punto, debe indicarse que con la Ley del Plan ocurrió algo similar a lo acaecido con la Ley 1438, en el sentido de que la ponencia para primer debate sugirió como meta el 2015, pero ello finalmente no quedó en el texto definitivo de la ley⁸.

15. El 3 de febrero de 2011, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social -OISS- allegó un estudio denominado “*Extensión de la cobertura de la Protección Social en Salud en los sectores Agrario e Indígena*”, en el que indicó que en América Latina todavía no se ha logrado extender la cobertura de salud

⁶ Gaceta del Congreso núm. 435 del 22 de julio de 2010.

⁷ *Ibidem*.

⁸ Gaceta del Congreso núm. 14 del 7 de febrero de 2011.

a toda la población y expuso como ejemplo fidedigno de ello el caso puntual de los trabajadores agrícolas y de las poblaciones indígenas.

II. CONSIDERACIONES

1. En la sentencia T-760 de 2008, esta Corporación indicó que el derecho a la salud tiene una marcada dimensión positiva, aunque también tiene dimensiones negativas. En este sentido, señaló que el Estado y las personas pueden vulnerar este derecho: i) por omisión, cuando dejan de prestar un servicio de salud que les corresponde asumir; y ii) por acción, lo que ocurre cuando ejecutan conductas cuyo resultado contribuye al deterioro del mismo, identificándose éste último caso con las dimensiones negativas anteriormente referidas.

Ahora bien, este Tribunal considera que algunas facetas negativas del derecho a la salud soportan obligaciones que deben cumplirse progresivamente por la complejidad de las acciones y los recursos que se requieren para garantizar el goce efectivo del derecho. Este es el caso de las acciones que debe desplegar el Estado, más exactamente las autoridades constitucionalmente creadas para tal efecto, con la finalidad de alcanzar la cobertura universal en salud.

No obstante, en desarrollo del numeral 3.3. de la citada jurisprudencia aclaró lo siguiente:

“La progresividad justifica la imposibilidad de exigir judicialmente en casos individuales y concretos, el inmediato cumplimiento de todas las obligaciones que se derivarían del ámbito de protección de un derecho constitucional, pero no es un permiso al Estado para que deje de adoptar las medidas adecuadas y necesarias orientadas a cumplir las obligaciones en cuestión (...) Para la jurisprudencia “el que una prestación amparada por un derecho sea de carácter programático no quiere decir que no sea exigible o que eternamente pueda incumplirse.”

(...)

se desconocen las obligaciones constitucionales de carácter prestacional y programático, derivadas de un derecho fundamental, cuando la entidad responsable de garantizar el goce de un derecho ni siquiera cuenta con un programa o con una política pública que le permita avanzar progresivamente en el cumplimiento de sus obligaciones correlativas.”

(...)

la faceta prestacional y progresiva de un derecho constitucional permite a su titular exigir judicialmente, por lo menos, (1) la existencia de una política pública, (2) orientada a garantizar el goce efectivo del derecho y (3) que contemple mecanismos de participación de los interesados.⁹”

⁹ Estos elementos fueron fijados en la sentencia T-595 de 2002, entre otras.

2. En este orden de ideas, la Corte observa con preocupación que si bien es cierto que la cobertura universal en salud debe alcanzarse progresivamente y en consonancia con la disponibilidad presupuestal del Estado, han trascurrido más de diez (10) años desde que se venció el término fijado por la Ley 100 de 1993 para lograr el aseguramiento universal en salud y aún no se ha logrado, lo que resulta inadmisibles si se tiene en cuenta que el propio Ministerio de la Protección Social manifestó que el Sistema General de Seguridad Social en Salud contó con los recursos necesarios para hacerlo en el año 2010.

Lo anterior se agrava, si se considera el hecho de que la Ley 1438 de 2011, así como el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, aprobado mediante la Ley 1450 de 2011, no estipularon un nuevo término para alcanzar la universalización, lo que genera una gran incertidumbre entre los residentes del país, a la vez que atenta contra el derecho que éstos tienen a que el programa o la política pública existente esté orientada a garantizar el goce efectivo del derecho, toda vez que al no fijar un plazo para el efecto, se está autorizando al Ejecutivo para que prolongue indefinidamente la consecución de tal meta y como se manifestó el que una prestación amparada por un derecho sea de carácter programático no quiere decir que no sea exigible o que eternamente pueda incumplirse.

3. En este sentido, esta Corporación aclara al Ministerio de Salud y Protección Social que es su deber propugnar por la cobertura universal del aseguramiento en salud, y que dicha obligación no se agota con la afiliación de las personas al sistema y la entrega de un carnet, sino que se extiende a garantizarles el acceso con calidad, eficacia y oportunidad a los servicios de salud¹⁰.

De esta manera, no basta con que el país tenga un sistema de seguridad social en salud que ofrezca un nivel de “carnetización” cercano al 100%, sino que es necesario que las personas accedan efectivamente a los servicios de salud bajo las condiciones anteriormente indicadas.

4. Así las cosas, resulta oportuno que el Ministerio de Salud y Protección Social dé respuesta a los siguientes interrogantes de manera clara, ordenada y precisa:

4.1. ¿El Ministerio realizó todas las actividades pormenorizadas en el “plan y cronograma” allegado a esta Sala mediante oficio de fecha 31 de julio de 2009? En caso de respuesta afirmativa, ¿por qué no se ha logrado la cobertura universal en salud, entendida ésta en los términos expuestos en el numeral 3° de la parte considerativa de esta providencia?

4.2. ¿Cuáles son los recursos económicos con los que contó el Ministerio para alcanzar dicha cobertura? Especifique el importe de los mismos para los años 2008, 2009, 2010 y 2011.

¹⁰ En la sentencia T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa) esta Corporación indicó que: “La garantía constitucional de toda persona a acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, contemplada dentro del derecho a la salud (art. 49, CP), ha sido desarrollada por la jurisprudencia constitucional, haciendo énfasis en las condiciones de calidad, eficacia y oportunidad con que las que los servicios deben ser prestados.”

4.3. ¿Se ha elaborado un nuevo “plan y cronograma” tendiente a conseguir la cobertura universal en salud? De ser así, ¿con qué recursos económicos cuenta el Ministerio para llevarlo a cabo?

4.4. En el evento en el que se haya presentado un incremento sustancial del gasto público en salud, ¿qué razones explican que todavía no se haya alcanzado la cobertura universal del sistema de seguridad social en salud?

4.5. ¿Cuándo y cómo se obtendrá la cobertura universal de toda la población del país? ¿es sostenible el diseño actual?

4.6. ¿Cuáles son los indicadores que se van a implementar con el fin de conocer datos reales y unificados sobre la cobertura universal del aseguramiento en salud?

III. RESUELVE

PRIMERO. ADVERTIR al Ministerio de Salud y Protección Social que la cobertura universal del aseguramiento en salud no se agota con la afiliación de las personas al sistema y la entrega de un carnet, sino que también debe garantizárseles el acceso con calidad, eficacia y oportunidad a los servicios de salud.

SEGUNDO. REQUERIR al Ministerio de Salud y Protección Social para que en el término de cinco (5) días hábiles contados a partir de la fecha de la comunicación del presente auto, dé respuesta de manera clara, ordenada y precisa a los siguientes interrogantes: i) ¿El Ministerio realizó todas las actividades pormenorizadas en el “plan y cronograma” allegado a esta Sala mediante oficio de fecha 31 de julio de 2009? En caso de respuesta afirmativa, ¿por qué no se ha logrado la cobertura universal en salud, entendida ésta en los términos expuestos en el numeral 3° de la parte considerativa de esta providencia?; ii) ¿Cuáles son los recursos económicos con los que contó el Ministerio para alcanzar esa cobertura? Especifique el importe de los mismos para los años 2008, 2009, 2010 y 2011; iii) ¿Se ha elaborado un nuevo “plan y cronograma” tendiente a conseguir la cobertura universal en salud? De ser así, ¿con qué recursos económicos cuenta el Ministerio para llevarlo a cabo?; iv) En el evento en el que se haya presentado un incremento sustancial del gasto público en salud, ¿qué razones explican que todavía no se haya alcanzado la cobertura universal del sistema de seguridad social en salud?; v) ¿Cuándo y cómo se obtendrá la cobertura universal de toda la población del país? ¿es sostenible el diseño actual?; y vi) ¿Cuáles son los indicadores que se van a implementar con el fin de conocer datos reales y unificados sobre la cobertura universal del aseguramiento en salud?

TERCERO. Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones correspondientes, acompañando copia integral de este proveído.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO
Magistrado

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO
Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General