

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

AUTO 411 DE 2015

Referencia: Seguimiento a la orden décima novena de la Sentencia T-760 de 2008.

Asunto: Valoración del nivel de cumplimiento del citado mandato.

Magistrado Sustanciador:
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D.C., dieciséis (16) de septiembre de dos mil quince (2015).

La Sala Especial de la Corte Constitucional, conformada por la Sala Plena en sesión del 1° de abril de 2009 para efectuar 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. En la Sentencia T-760 de 2008 esta Corporación impartió una serie de órdenes dirigidas a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de que tomaran las medidas necesarias para corregir las fallas de regulación identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados en dicha providencia. Así, en el ordinal décimo noveno de la parte resolutive de la citada decisión, se dispuso:

“Décimo noveno.- Ordenar al Ministerio de la Protección Social que adopte medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad; (iii) indicando en cada caso las razones de la negativa, y, en el primero, indicando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico.

El primer informe deberá ser enviado el 1 de febrero de 2009. Copia del mismo deberá ser remitida a la Corte Constitucional antes de la misma fecha.”

2. En desarrollo del trámite de seguimiento al cumplimiento del mandato *sub examine*, el 30 de enero de 2009¹ el entonces Ministerio de la Protección Social manifestó a la Sala los avances en la implementación de la orden, consistentes en la remisión de oficios

¹ Cfr. AZ Orden XIX-A, folios 7-118.

a las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Con posterioridad a la presentación del documento reseñado, envió varios informes relacionando información entregada de manera extemporánea por parte de las EPS mediante oficios radicados el 02², 05³, 09⁴, 11⁵ y 12⁶ de febrero de 2009.

3. El 12 de febrero de 2009⁷, la Superintendencia Nacional de Salud señaló las labores adelantadas en observancia de la orden e indicó que 26 EPS remitieron los informes correspondientes. Adujo que, con posterioridad, enviaría el análisis de los datos reportados.

4. El 30 de abril de 2009⁸, el ente ministerial reenvió los informes remitidos por algunas EPS, sin incluir ningún análisis de la información allegada.

5. El 23 de junio de 2009⁹, la Defensoría del Pueblo resaltó la necesidad de revisar y adecuar la Resolución 3099 de 2008¹⁰, debido a que solo se refería a recobros y no a la operatividad del Comité Técnico Científico (CTC), de conformidad con los informes que presentaron el entonces Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado. Señaló además que la resolución no era clara, no ofrecía soluciones efectivas a las dificultades en la autorización de medicamentos, actividades, intervenciones y procedimientos, por lo que el cumplimiento por parte de las EPS podía afectar los derechos de los usuarios.

6. A través del Auto de 13 de julio de 2009, se aclaró al entonces Ministerio de la Protección Social que su labor no es tan solo informativa respecto de las EPS, por ello se le ordenó crear las condiciones necesarias para que el registro de servicios negados cumpla con los parámetros fijados en la sentencia objeto de supervisión. Para esto debía establecer un procedimiento a partir del cual los datos fueran precisos y sistematizados. Adicionalmente, se dispuso que la Comisión de Regulación en Salud (CRES)¹¹, la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo comunicaran a la Corte las actuaciones adelantadas para requerir y sancionar a los aseguradores que no remitieron los informes de negación.

6.1. En respuesta al referido proveído, el 30 de julio de 2009¹², la Defensoría del Pueblo argumentó que había realizado múltiples requerimientos telefónicos y vía *e-mail* a todas las entidades recobrantes por cuanto la información suministrada por estos no cumplía con los parámetros establecidos en la orden.

6.2. En la misma fecha¹³, la Supersalud manifestó que había proferido las circulares

² Cfr. AZ Orden XIX-A, folios 119-151.

³ Cfr. AZ Orden XIX-A, folios 152-161.

⁴ Cfr. AZ Orden XIX-A, folios 162-164.

⁵ Cfr. AZ Orden XIX-A, folios 165-176.

⁶ Cfr. AZ Orden XIX-A, folios 177-188.

⁷ Cfr. AZ Orden XIX-A, folios 189-192.

⁸ Cfr. AZ Orden XIX-A, folios 238-415.

⁹ Cfr. AZ Orden XIX-A, folios 416-426.

¹⁰ “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”.

¹¹ La CRES fue liquidada por el Decreto 2560 de 2012 y sus funciones fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social.

¹² Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 440-441.

¹³ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 442-485.

externas 051 de 2008, 053 y 055 de 2009, las cuales tenían por objeto subsanar la forma equívoca de los reportes, de manera que se pudiera organizar y enviar a la Corte.

6.3. La Comisión de Regulación en Salud el 30 de julio de 2009¹⁴, señaló que debido a su corto periodo de funcionamiento, le era imposible rendir los informes que fueron ordenados.

6.4. El 3 de agosto de 2009¹⁵, la Supersalud complementó la respuesta inicialmente dada al auto bajo cita, indicando que en lo corrido de ese año se habían impuesto sanciones a las entidades administradoras de planes de beneficios, las entidades territoriales, las instituciones prestadoras de servicios de salud y a otros actores del sistema por el incumplimiento de la normatividad establecida en el SGSSS¹⁶.

6.5. El entonces Ministerio de la Protección Social, en escrito del 6 de agosto de 2009¹⁷, remitió el “*Proyecto de Resolución mediante el cual se define el registro de negación de servicios y medicamentos por parte de las EPS y EOC^[18] del régimen contributivo y subsidiado de salud*”.

6.6. A través de oficio de 24 de septiembre de 2009¹⁹, el ente ministerial allegó copia de la Resolución 3173 de 2009²⁰ para acreditar el cumplimiento del primer ordinal del Auto de 13 de julio de 2009. Resaltó que el reporte en la página *web* del Ministerio facilitaba la evaluación de los informes, la realización de estadísticas y la publicidad de los resultados.

7. De otro lado, el 4 de diciembre de 2009²¹, la Defensoría denunció que no estaba recibiendo los datos que las EPS debían entregarle en cumplimiento de lo ordenado en las resoluciones 3173 de 2009 y 3821 de 2009²², por cuanto estas normas establecieron el envío de la información exclusivamente al Ministerio.

8. Durante el año 2009, fueron allegados a esta Corporación por parte de la Superintendencia de Salud, los siguientes reportes trimestrales de negación de servicios:

Año	Periodo	Total Negaciones	Negado por CTC	No tramitado ante CTC
2009	I ²³	71.532	6.476	65.056
2009	II ²⁴	99.358	33.805	65.553
2009	III ²⁵	105.985	12.170	93.815
2009	IV ²⁶	52.576	20.406	32.170

¹⁴ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 486-497.

¹⁵ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 548-549.

¹⁶ Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¹⁷ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 550-560.

¹⁸ Entidades Obligadas a Compensar.

¹⁹ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 579-591.

²⁰ Por medio de la cual se adoptó el “*Registro de Negación de Servicios y Medicamentos por parte de las EPS y EOC del Régimen Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud*”. Modificada por la Resolución 3821 del 9 de octubre de 2009, en cuanto a las fechas de presentación, el Código Único de Medicamentos (CUMS) del servicio solicitado, el Código Único de Procedimientos en Salud (CUPS) del servicio solicitado y la descripción de los mismos.

²¹ Cfr. AZ Orden XIX-B, folio 616.

²² “*Por la cual se modifica la Resolución 3173 de 2009*”.

²³ Cfr. AZ Orden XIX-A, folios 193-237 (30 de abril de 2009).

²⁴ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 498-547 (3 de agosto de 2009).

²⁵ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 622-675 (15 de enero de 2010).

²⁶ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 676-680 (12 de abril de 2010).

9. Asimismo, en el transcurso de esa anualidad, el entonces Ministerio de la Protección Social remitió los reportes trimestrales de servicios negados que se reseñan a continuación:

Año	Trimestre	Total Negaciones	Negado por CTC –NEG–	No tramitado ante CTC –NTR–	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
2009	I	56.204	22.526	33.678	--	--
2009	II					
2009	III ²⁷					
2009	IV ²⁸	52.576	32.170	20.406	--	--

10. Con posterioridad, mediante el Auto 104 de 2010, se requirió al entonces Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud para que señalaran si las medidas adoptadas en razón de las órdenes 17 a 23 de la sentencia habían sido suficientemente efectivas y eficaces. De igual forma, se ordenó a la CRES que indicara el progreso y los resultados de las actividades adelantadas con el objeto de dar cumplimiento a la orden general 16 del fallo objeto de supervisión.

10.1. En cumplimiento de la referida providencia, el 29 de junio de 2010²⁹, el Ministerio presentó un análisis comparativo de los servicios negados en los periodos de: i) enero – octubre/09, ii) noviembre/09 – enero/10, y iii) febrero – abril/10; a partir de lo cual coligió que los motivos de negación de mayor concurrencia son “servicio no incluido en el pos-s” y “no se encuentra incluido en el acuerdo 306 del CNSSS³⁰”. Igualmente, encontró 7.201 registros “sin motivo de negación”.

10.2. A su turno, el 29 de junio de 2010³¹, la CRES presentó un balance de cumplimiento de la orden décima novena. Expresó que no le fueron enviados los reportes de negación de servicios elaborados por las EPS durante los tres primeros trimestres de 2009. Sin embargo, remitió un *dossier* preliminar en el cual aclaró que desde octubre de 2009 solicitó a las EPS que le enviaran una copia del reporte entregado al Ministerio³². Resaltó que encontró inconsistencias³³ en relación con los datos de la Cartera de salud, que no pudieron ser cotejados con la información remitida directamente por los aseguradores, toda vez que aquella no le fue enviada por el ente regulador.

11. El 17 de junio de 2010³⁴, la Defensoría del Pueblo concluyó que no existía uniformidad, ni claridad acerca de los datos que se debían reportar en virtud de la

²⁷ Informe del periodo enero a octubre de 2009, presentado el 13 de enero de 2010. Obra en la AZ Orden XIX-B, folios 617-621.

²⁸ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 676-680 (12 de abril de 2010).

²⁹ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 726-741.

³⁰ Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

³¹ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 761-775.

³² Mediante Carta Circular CRES-01 del 21 de octubre de 2009.

³³ Entre los hallazgos advertidos por la CRES se encuentran: “El mayor número de negaciones se presentan en el Régimen Subsidiado con el argumento de que dichos servicios deben ser asumidos con cargo al subsidio a la oferta. // En el Régimen Contributivo la mayor parte de los servicios negados corresponden a medicamentos no incluidos en el POS o porque la indicación de uso no corresponde a la autorizada por el Invima. // Se encuentran solicitudes de servicios explícitamente excluidos en los Planes Obligatorios de Salud, como intervenciones estéticas, pañales, protectores solares con repelente y servicios educativos, entre otros. // Un gran número de servicios negados tienen como motivo la presunta escasa información de la solicitud realizada por el médico tratante, afiliado suspendido o en periodo de protección, que el afiliado no tiene la edad indicada para el tratamiento solicitado o que la prescripción de los medicamentos y/o servicios médicos y prestaciones de salud, se realizó sin haber agotado las posibilidades técnicas, tecnológicas y científicas contenidas en los diferentes manuales/guías adoptados en el SGSSS. // Se encuentra negación de servicios presuntamente incluidos en el Plan Obligatorio de Salud sin la debida justificación como por ejemplo los lentes y monturas en el Régimen Subsidiado.”

³⁴ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 746-752.

Resolución 3173 de 2009; por ende, le era imposible determinar el número y las causas de las negaciones, así como el régimen al que pertenecen las EPS. Agregó que múltiples entidades no cumplían con el deber de remitir los informes y tampoco había efectividad en el control de la calidad de los mismos.

12. A su turno, mediante oficio de 25 de junio de 2010³⁵, la Procuraduría General de la Nación reseñó las acciones adelantadas por el entonces Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud y la Superintendencia de Salud, así:

Entidad	Medida adoptada
Entonces Ministerio de la Protección Social	Expidió las resoluciones 3173 y 3821 de 2009, previa discusión y concertación con los organismos de control y los actores del sistema pertinentes.
CRES	Remitió a la Corte los informes correspondientes a los periodos noviembre a enero de 2009, así como febrero a abril de 2010.
Superintendencia Nacional de Salud	Inició procesos administrativos a 45 entidades por no remitir el primer informe de negación de servicios; respecto del segundo, investigó 9 aseguradoras. Analizó los diferentes reportes que le fueron allegados, constatando que la información no era homogénea, clara y precisa, por lo cual expidió algunas circulares para unificar los criterios de presentación. En vigencia de la Resolución 3173 requirió a 61 entidades que no acataron el deber de reportar o que no siguieron las directrices impartidas en la referida norma.

13. La Sala Especial expidió el Auto 245 de 2010, en el cual ordenó a la Supersalud que enviara la información actualizada sobre los servicios negados durante los meses de enero a abril de 2010, debido a que de los documentos presentados no era posible establecer los periodos en que fue realizado el análisis. Igualmente, se le requirió para que: *i*) indicara los resultados de la aplicación de la Circular Externa 055 del 24 de junio de 2009³⁶, *ii*) comunicara cuáles habían sido las sanciones impuestas a los aseguradores que no reportaron oportunamente y, *iii*) determinara qué tan efectivas habían sido tales acciones.

13.1. En informe de 6 de agosto de 2010³⁷, dicha entidad explicó la necesidad que tuvo de propiciar un tránsito normativo desde la Circular Externa 053 de 2009 hasta la Circular Externa 057 de 2009, con la finalidad de corregir errores y realizar las modificaciones pertinentes. Afirmó que con dichos actos administrativos se logró identificar la tendencia en torno a este tipo de situaciones y, finalmente, permitió elaborar el diseño e implementación del anexo técnico de las resoluciones 3173 y 3821 de 2009 del entonces Ministerio de la Protección Social. Asimismo, allegó la relación de las sanciones impuestas a las respectivas EPS, sus correspondientes cuantías y la relación de los actos administrativos donde se encuentran contenidas³⁸.

14. El 15 de septiembre de 2010³⁹, la CRES remitió el informe de negaciones de servicios y medicamentos por parte de las EPS y EOC, respecto de los cuatro trimestres de 2009 y del primer trimestre de 2010, con datos consolidados, así:

Año	Trimestre	Total Negaciones	Negado por CTC	No tramitado ante CTC	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
2009	I, II, III y IV	73.559	22.048	51.367	36,19 %	63,8 %
2010	I					

³⁵ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 753-760.

³⁶ Sobre el cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008 – Comités Técnico Científicos – Derogación de la Circular Externa 053 del 29 de abril de 2009.

³⁷ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 779-846 y AZ Orden XIX-C, D, E, F Y G.

³⁸ Cfr. Consideración jurídica 7.4.

³⁹ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3505-3647.

15. En escrito de 17 de septiembre de 2010⁴⁰, la Defensoría del Pueblo aseveró que no le fue posible realizar un análisis de los registros sobre negación de servicios, toda vez que le fueron suministrados en forma incompleta.

16. Además, la Superintendencia de Salud allegó los siguientes reportes trimestrales de negación de servicios, durante el año 2010:

Año	Periodo	Total Negaciones	Negado por CTC	No tramitado ante CTC
2010	Enero a abril ⁴¹	64.684	28.514	36.170
2010	Mayo a julio ⁴²	74.668	21.991	52.677
2010	Agosto a noviembre ⁴³	119.580	85.830	33.750

17. De igual forma, en esa anualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social envió los siguientes informes trimestrales de negación de servicios:

Año	Trimestre	Total Negaciones	Negado por CTC –NEG–	No tramitado ante CTC – NTR–	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
2010	I ⁴⁴	66.023	13.123	52.900	--	--
2010	II ⁴⁵	32.749	9.064	23.685	--	--
2010	III ⁴⁶	154.262	49.369	104.893	--	--
2010	IV	No presentó ⁴⁷				

18. El entonces Ministerio de la Protección Social profirió la Resolución 163 de 27 de enero de 2011⁴⁸, que incluyó en su anexo técnico un formulario con veintidós campos para que fueran completados por los aseguradores.

19. El 1º de junio de 2011⁴⁹, la Superintendencia de Salud remitió la información correspondiente a enero, febrero y marzo de 2011, sobre las investigaciones administrativas que fueron iniciadas a 54 entidades que incumplieron reiteradamente el reporte de los servicios negados, de las cuales 28 fueron cerradas y 13 concluyeron con sanciones administrativas, siendo la más frecuente, la multa de 10 salarios mínimos.

20. En el Auto de 19 de agosto de 2011 se ordenó a la Defensoría del Pueblo, a la Superintendencia de Salud y a la CRES que indicaran si efectivamente estaban recibiendo los informes de servicios negados de que trata la orden décima novena de la Sentencia T-760 de 2008.

20.1. En respuesta de 6 de septiembre de 2011⁵⁰, la CRES concluyó que si bien se recibieron los reportes de negación de servicios de la mayoría de EPS de ambos

⁴⁰ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3648.

⁴¹ Cfr. AZ Orden XIX-H, folios 3085-3488 (12 de agosto de 2010).

⁴² Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3649-3683 (12 de octubre de 2010).

⁴³ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3706-3725 (11 de febrero de 2011).

⁴⁴ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 742-745 (9 de junio de 2010).

⁴⁵ Cfr. AZ Orden XIX-H, folios 3080-3084 (9 de agosto de 2010).

⁴⁶ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3694-3703 (4 de febrero de 2011).

⁴⁷ En adelante entiéndase por “no presentó”, los informes trimestrales de años anteriores que no fueron presentados en ningún tiempo a la Corte Constitucional.

⁴⁸ Mediante la cual se estableció el Registro de Negaciones de Servicios Médicos por parte de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y demás entidades obligadas a compensar.

⁴⁹ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3726-3734.

⁵⁰ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3748-3761.

regímenes, la calidad de la información debía mejorar con el fin de evaluar la desactualización del plan de beneficios.

20.2. Por su parte, el 7 de septiembre de 2011⁵¹, la Superintendencia manifestó que no le fueron remitidos los registros de negación de servicios de las EPS, hasta esa fecha.

20.3. El 8 de septiembre de 2011⁵², la Defensoría del Pueblo señaló que la calidad de los reportes mejoró desde la expedición de la nueva normativa (Resolución 163 de 2011); no obstante, afirmó que persistían problemas en algunos casos, por cuanto no se completan la totalidad de campos exigidos en el formulario. Aseveró que la orden décima novena está incumplida, debido a que no pueden extraerse conclusiones sólidas en relación con los motivos de negación a partir de los datos aportados por las EPS.

21. Aunado a lo anterior, se realizaron cuatro sesiones técnicas por la Sala Especial de Seguimiento y los peritos constitucionales voluntarios, designados mediante el Auto 120 de 8 de junio de 2011 y el Auto 147 de 19 de julio del mismo año.

22. Durante el año 2011, la Cartera de salud presentó los registros trimestrales de negación de servicios que se relacionan a continuación:

Año	Trimestre	Total Negaciones	Negado por CTC –NEG–	No tramitado ante CTC – NTR–	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
2011	I	No presentó				
2011	II ⁵³	100.755	27.988	69.104	24,48 %	75,51 %
2011	III ⁵⁴	128.886	27.536	101.149	16,92 %	83,07 %
2011	IV ⁵⁵	96.333	30.579	65.660	25,21 %	74,78 %

23. Mediante el Auto 043 de 2012 se ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social que expidiera una nueva normatividad que regulara la entrega de los reportes trimestrales con observancia de los parámetros dispuestos en esa providencia. En tal sentido, se reiteró que la Corte solo perseguía información respecto de los servicios de salud negados directamente por la EPS o por el CTC, la razón de la negativa y/o los motivos por los cuales no se cumplió con lo evaluado por el Comité, según correspondiera. Sumado a ello, se requirió a la CRES, la Defensoría del Pueblo y la Supersalud para que indicaran si efectivamente estaban recibiendo los reportes de que trata la orden en comento.

23.1. El 14 de marzo de 2012⁵⁶, la Procuraduría Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social aseguró que alrededor de diez EPS-C⁵⁷ habían reportado información durante un lapso de tres años. De igual forma, señaló que en el régimen subsidiado se había incrementado el número de EPS que habían remitido datos con relación al 2009. Sin embargo, en total no se contaba con los registros siquiera de la mitad de las entidades habilitadas. Con relación a la calidad y consistencia de la información presentada, advirtió la imposibilidad de obtener conclusiones por la existencia de campos incorrectamente diligenciados, datos incompletos o vacíos, entre otras dificultades.

⁵¹ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3762-3765.

⁵² Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3766-3771.

⁵³ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3772-3801 (5 de diciembre de 2011).

⁵⁴ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 3965-3995 (20 de marzo de 2012).

⁵⁵ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 3996-4022 (17 de abril de 2012).

⁵⁶ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3809-3814.

⁵⁷ Entidades promotoras de salud del régimen contributivo.

23.2. A su vez, el 22 de marzo de 2012⁵⁸, la Defensoría del Pueblo reseñó las gestiones realizadas para hacer seguimiento a la orden décima novena, entre las cuales refirió varias solicitudes al Ministerio de Salud con la finalidad de que le enviara los informes de las EPS y para indagar sobre el avance y las actividades desarrolladas para cumplir este mandato, sin que hubiere recibido respuesta alguna⁵⁹.

De igual manera, el órgano de control concluyó que en los casos en que la información era entregada por el ente ministerial, resultaba incompleta y confusa, lo que obstaculizaba la valoración de los documentos. Por lo anterior, solicitó a la Cartera de salud que tomara las medidas necesarias para que los datos reportados por las EPS cumplieran con los parámetros establecidos en la sentencia y fueran enviados a todas las entidades determinadas en el mandato judicial, con el fin de garantizar un adecuado control a las negaciones.

23.3. En oficio de 26 de marzo de 2012⁶⁰, la CRES resaltó que en las distintas resoluciones expedidas se dispuso que los informes de negación de los servicios fueran remitidos a la Dirección General de Financiamiento del Ministerio, razón por la cual esta entidad era la única autorizada para pronunciarse sobre el particular.

23.4. El 10 de abril de 2012⁶¹, la Cartera de salud manifestó haber desplegado un conjunto de actividades para corregir las inconsistencias en el registro, lo cual culminó con la elaboración de una nueva regulación para el reporte de los datos sobre servicios negados. En tal sentido, remitió el proyecto de resolución por la cual se adopta un nuevo Registro de Negaciones de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar.

23.5. El 30 de abril de 2012⁶², el Ministerio de Salud y Protección Social informó la expedición de la Resolución 744 de 2012⁶³, en cumplimiento del Auto 043 de 2012.

23.6. Adicionalmente, el 08 de junio de 2012⁶⁴, el Ministerio dio respuesta al ordinal segundo del Auto 043 de 2012⁶⁵, aportando datos correspondientes al periodo comprendido entre abril de 2011 y marzo de 2012.

24. Posteriormente, se profirió el Auto 133A de 2012, en el que se solicitó a los Peritos Constitucionales Voluntarios conceptos técnicos y especializados sobre algunos temas inherentes al cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008. Sobre la orden décima novena, se formularon tres interrogantes:

⁵⁸ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3815-3818.

⁵⁹ Mediante el oficio No. 20-4040-015 del 16 de marzo de 2011, la Defensoría del Pueblo solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social que “a) enviara los informes de las negaciones correspondientes al mes de febrero, de conformidad con lo estipulado en la Resolución 163 de 2011, b) informar, en cumplimiento al auto de fecha 13 de julio de 2009, ¿cómo están realizando la verificación de la información con los parámetros fijados en esta sentencia por la Honorable Corte Constitucional? c) Dar respuesta al oficio 324 del 13 de septiembre de 2010, dadas las dificultades con las resoluciones emitidas para dar cumplimiento a esta orden, las cuales fueron derogadas por la Resolución 163 de 2011 sin cumplir con el objetivo establecido por la Corte Constitucional.”

⁶⁰ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3819-3827.

⁶¹ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3828-3915

⁶² Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 3916-3932.

⁶³ “Por la cual se adopta el Registro de Negaciones de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar –EOC- y se dictan otras disposiciones”. Publicada en el diario oficial núm. 48.399 de 12 de abril del 2012.

⁶⁴ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 3933-3964.

⁶⁵ En dicha providencia se dispuso que el Ministerio de Salud y Protección Social remitiera un informe consolidado en el que se analizaran los resultados de los registros remitidos por las EPS, de conformidad con los requerimientos específicos de la orden 19ª de la Sentencia T-760 de 2008.

“1. Los datos sobre registros de servicios negados requeridos por la Resolución 744 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud, ¿son idóneos para determinar el grado de acceso a los servicios incluidos en el POS?”

2. ¿El formulario determinado en dicha regulación, contiene campos innecesarios que puedan ocasionar confusión en el análisis de la información reportada?”

3. ¿Cuáles son los parámetros mínimos informativos necesarios para que se puedan analizar los registros sobre servicios negados por parte de las EPS?”

En atención a dicha invitación de la Sala se recibieron las siguientes respuestas:

24.1. El 6 de julio de 2012⁶⁶, Gestarsalud⁶⁷ señaló que los datos sobre los servicios negados eran eficaces para hacer un análisis cuantitativo y estadístico, pero no para establecer la viabilidad de la negación. Manifestó que algunos campos no permitían determinar la causa científica para no autorizar lo solicitado, puesto que los motivos codificados no se clasificaron por conveniencia médica, sino por razones administrativas. En esa medida, no era posible establecer si, científicamente, lo formulado era la mejor opción para el paciente.

24.2. El 11 de julio de 2012⁶⁸, el Programa *“Así Vamos en Salud”* indicó que con la Resolución 744 de 2012 continuaban las mismas fallas que se presentaban con la norma anterior (Res. 163 de 2011). Arguyó que la información aún no permite hacer seguimiento a las negaciones de servicios de manera ideal, puesto que a la fecha debería haberse presentado como mínimo, un informe consolidado y confiable sobre las tecnologías no autorizadas a nivel nacional. Expuso que uno de los inconvenientes principales, es que las EPS no perciben la obligatoriedad del deber de reportar, aunado a que la normatividad expedida tampoco establece un sistema de sanciones serio y persuasivo.

24.3. El 11 de julio de 2012⁶⁹, la Corporación Viva la Ciudadanía manifestó que la Resolución 744 de 2012 no dio solución a los problemas planteados en la sentencia, puesto que no asegura el flujo de información, no contiene mecanismos eficaces para impedir el mal registro de la información y no asigna funciones de control, sistematización y retroalimentación. Como propuesta para solucionar los problemas contenidos en la mencionada resolución, sugirió la creación de un sistema en línea, *“donde las EPS accedan a través de una contraseña para llenar los reportes de servicios negados”*, lo cual puede corregir algunas fallas y permitir un mayor dinamismo en la recepción y consolidación de los informes sobre servicios negados.

24.4. El 12 de julio de 2012⁷⁰, Asocajas⁷¹ y Acemi⁷² expresaron que los datos no permiten evaluar el grado de acceso a las prestaciones POS, debido a que son analizados desde la óptica restringida de quien ha presentado una solicitud para acceder a los servicios, que en principio, son No-POS o se han considerado no pertinentes.

Señalaron que estos registros servían como parámetros para definir si se estaban realizando negaciones de servicios POS, pero que no tienen la capacidad de determinar

⁶⁶ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4035-4053.

⁶⁷ Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud -Gestarsalud-.

⁶⁸ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4054-4068.

⁶⁹ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4069-4084.

⁷⁰ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4085-4147.

⁷¹ Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar -Asocajas-.

⁷² Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -Acemi-.

el porcentaje de acceso. Adicionalmente, propusieron una herramienta de evaluación a las EPS, consistente en el reporte a un sistema único de información de servicios prestados y facturados del plan de beneficios, lo cual permitiría hacer un cruce y validación de los datos obteniendo un consolidado final por aseguradoras e IPS⁷³ de los servicios efectivamente brindados a su población.

24.5. El 12 de julio de 2012⁷⁴, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina – Ascofame– afirmó que la Resolución 744 de 2012 estaba diseñada para el registro de servicios no aprobados, lo que en ningún momento significa que de ahí se pueda deducir el grado de acceso a los servicios incluidos en el POS. Aseveró que hay otras barreras en ese procedimiento, que parten de la guía brindada al paciente sobre los trámites que debe hacer para obtener una autorización, la solicitud de una cita, el lugar donde pueda ser atendido sea de fácil acceso y que efectivamente se le preste la tecnología en salud.

Refiriéndose a los parámetros mínimos para el análisis de los datos, reconoció que dicha resolución cumplía en términos formales el requerimiento de la Corte; sin embargo, evidenció que la existencia del formulario no es suficiente para garantizar el acceso al servicio.

25. El 8 de noviembre de 2012⁷⁵, la Defensoría del Pueblo señaló que pese a la regulación expedida, el Ministerio no había adoptado las acciones requeridas para solucionar las deficiencias de los datos sobre negaciones y de esta manera darle cabal cumplimiento a la orden del Tribunal Constitucional. Reiteró que el ente regulador del sector salud no había dado respuesta a los múltiples requerimientos realizados por ese organismo de control.

Como quiera que en la Resolución 744 de 2012 ese órgano de control fue incluido como destinatario del informe de negación de servicios, realizó el primer análisis de los reportes remitidos en mayo de 2012, advirtiendo las graves deficiencias que se enuncian a continuación:

- i) El 34 % de la información remitida no incluye la causal de negación de servicios.
- ii) Solo el 12,91 % menciona explícitamente la causal de negación “No POS”.
- iii) El número de negaciones ha crecido exponencialmente.
- iv) Persisten las deficiencias en la presentación de la información.
- v) Algunas entidades siguen omitiendo el envío de los reportes y no se han tomado medidas al respecto.
- vi) No ha sido posible determinar las verdaderas causas por las cuales se niegan los servicios.

Afirmó que exhortó a las EPS para que hicieran las respectivas correcciones y requirió a la Supersalud para que comunicara las sanciones aplicadas a las EPS que no cumplieron la obligación de entregar los registros trimestrales y sus resultados, respecto de lo cual tampoco recibió respuesta.

26. En el transcurso de 2012, el ente ministerial acompañó los siguientes informes trimestrales de negación de servicios:

⁷³ Instituciones Prestadoras de Salud.

⁷⁴ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4148-4159

⁷⁵ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4243-4268.

Año	Trimestre	Total Negaciones	Negado por CTC –NEG–	No tramitado ante CTC – NTR–	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
2012	I ⁷⁶	138.653	35.200	103.173	19,92 %	80,07 %
2012	II ⁷⁷	89.048	25.975	63.073	26 %	74 %
2012	III ⁷⁸	62.873	39.516	23.357	58 %	42 %
2012	IV ⁷⁹	61.510	36.907	24.603	63 %	37 %

27. En documento de 24 de julio de 2013⁸⁰, la Defensoría planteó su preocupación por la falta de entrega de los registros de negación por parte de los aseguradores con la periodicidad establecida por la Corte. Así mismo reiteró su inconformidad por la renuencia de la Supersalud a atender las solicitudes hechas por la Defensoría. Respecto del informe rendido por el Ministerio de Salud, encontró anomalías como la indebida clasificación de los servicios negados y errores en la codificación CUMS⁸¹ y CUPS⁸² en las dos terceras partes de los registros. Por último, sugirió que para contrarrestar la reiterada e injustificada práctica de negar todo tipo de prestaciones por parte de las EPS, debería sancionarse con la autorización solo del 50 % del recobro de los servicios efectivamente suministrados, cuando el afiliado haya tenido que acudir a la acción de tutela para acceder a los mismos.

28. Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social remitió los registros de negaciones de tecnologías correspondientes al año 2013, así:

Año	Trimestre	Total Negaciones	Negado por CTC –NEG–	No tramitado ante CTC – NTR–	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
2013	I ⁸³	61.779	35.959	25.820	60,5 %	39,5 %
2013	II ⁸⁴	73.929	43.319	30.610	64 %	36 %
2013	III ⁸⁵	62.084 ⁸⁶	38.398	25.876	74,05 %	25,95 %
2013	IV ⁸⁷	66.572	39.673	26.891	71,59 %	28,41 %

29. El 5 de mayo de 2014⁸⁸, la Superintendencia de Salud remitió un informe de cumplimiento de la orden *sub examine*, en términos muy similares a los expuestos por el Ministerio de Salud el 11 de marzo de ese año, donde además enlistó las causas de negación más recurrentes por las EPS.

30. Asimismo, el 26 de mayo de 2014⁸⁹ la Supersalud en respuesta al Auto 015 de 2014⁹⁰, presentó la relación de las investigaciones iniciadas con ocasión del incumplimiento de la orden décima novena por parte de los aseguradores.

⁷⁶ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4183-4211 (7 de septiembre de 2012).

⁷⁷ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4212-4242 (17 de septiembre del 2012).

⁷⁸ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4269-4292 (17 de enero de 2013).

⁷⁹ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4293-4317 (21 de marzo de 2013).

⁸⁰ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4342-4379.

⁸¹ Código Único Nacional de Medicamentos.

⁸² Código Único Nacional de Procedimientos.

⁸³ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4318-4341 (2 de julio de 2013).

⁸⁴ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4380-4391 (31 de octubre de 2013).

⁸⁵ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4392-4415 (11 de marzo de 2014).

⁸⁶ Este dato obra a folio 4399, no obstante al sumar los valores de NEG y NTR que obran a folio 4410, el resultado es diferente, 64.274 servicios negados en el trimestre.

⁸⁷ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4416-4439 (11 de marzo de 2014).

⁸⁸ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4440-4661.

⁸⁹ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4662-4663.

⁹⁰ Correspondiente a la orden vigésima tercera, que versa sobre el diseño de un trámite interno para autorizaciones de servicios de salud No POS por la EPS.

31. El 11 de junio de 2014⁹¹ la Defensoría del Pueblo reiteró su preocupación por el frecuente incumplimiento de las entidades obligadas a cumplir las órdenes establecidas en la sentencia, ya que no están enviando las novedades con la periodicidad establecida.

Respecto a la calidad y cantidad de los datos, anotó que el Ministerio justifica la falta de información “*suficiente y de calidad para hacer los reportes respectivos a tiempo*”, lo que contradice lo dicho por esa Cartera en el apartado inicial sobre calidad y suficiencia de la misma. En torno a las investigaciones y sanciones por no envío de los reportes o por deficiente calidad, señaló que según lo informado por el regulador, se han realizado 47 requerimientos escritos, pero a la fecha no se han iniciado investigaciones o se han impuesto sanciones a las EPS.

Coligió que para superar esta coyuntura hay propuestas que no han generado “*acciones sistemáticas y continuas de política y control a favor de prevenir riesgos o conducir acciones inmediatas*”. Recordó que la entrega de la información en las condiciones solicitadas a las EPS es una obligación y que pese a la naturaleza privada de las mismas no se puede olvidar la competencia pública de los organismos de control y, en consecuencia, el deber que tienen de prevenir o intervenir ante conductas violatorias del goce efectivo del derecho a la salud. Consideró que persisten los resultados negativos, aun cuando se espera que de la implementación de las políticas y acciones de control se corrijan varios aspectos importantes.

32. En su publicación “*La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013*”, la Defensoría del Pueblo manifestó que las acciones adelantadas por el Ministerio y la Superintendencia de Salud son insuficientes para dar cumplimiento a la orden décimo novena, como quiera que “*aún no se define ni cuantifica un progreso real y verificable*”. A su juicio, ello estaría dado en que no se negaran tecnologías incluidas en el POS, no existieran errores menores que se confundan con negaciones, se contara con datos fiables sobre el total de negaciones de servicios POS y No POS, existiera información oportuna para que el control sobre las entidades reportantes se diera de manera concomitante, entre otros aspectos. Puntualizó que esos problemas de calidad, suficiencia y oportunidad se debe a que los aseguradores no son investigados o sancionados ante el incumplimiento de su obligación de poner en conocimiento de las autoridades competentes los datos que contengan evidencia de conductas violatorias del derecho a la salud.

Consideró necesario contar con la protección institucional necesaria al momento de la prestación del servicio, como quiera que el modelo actual no satisface los objetivos propuestos ni la protección a que tiene derecho el usuario. Lo anterior se materializaría con un sistema de información que, de forma oportuna y continua, permita la actuación de las instituciones competentes en la garantía del derecho fundamental a la salud.

33. La Contraloría General de la República en informe fechado 15 de agosto de 2014⁹², específicamente en torno a la orden décimo novena, resaltó que “*las medidas adoptadas por el Ministerio no han solucionado la problemática señalada en la Sentencia, al no definir explícitamente y fijar disposiciones respecto a las deficiencias tanto en el suministro de lo incluido en el POS como en las autorizaciones por parte de las EPS*”. A su juicio, tales insuficiencias se producen ante la ausencia de lineamientos precisos para la definición y clasificación de los servicios negados, afectando así la calidad y oportunidad de los reportes, lo que a su vez obstaculiza los procesos de seguimiento y evaluación.

⁹¹ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4687-4716.

⁹² Cfr. AZ Orden XXIV-M, folios 184 a 235.

Enfatizó que al no identificarse dentro de las resoluciones proferidas por el Ministerio la obligación de reportar a entidades como la Superintendencia de Salud y la Procuraduría, se facilita la pérdida de control que tienen estas sobre el seguimiento de las negaciones, lo cual se ve reflejado en los informes. Destacó la inoportunidad en la entrega de los reportes y la carencia de requerimientos ante el incumplimiento por parte de las EPS de la Resolución 744 de 2012. Señaló que la causal “*otros motivos*” genera incertidumbre sobre la realidad y el impacto generado por la negación de servicios. Manifestó que los reportes e inconsistencias no permiten la consolidación, unificación y análisis de la información real. Recalcó que la principal causa del déficit de información era la falta de articulación entre los entes responsables.

34. El Ministerio de Salud y Protección Social remitió durante 2014 los informes trimestrales de negación de servicios que se relacionan a continuación:

Año	Trimestre	Total Negaciones	Negado por CTC –NEG–	No tramitado ante CTC –NTR–	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
2014	I ⁹³	71.169	39.285	31.884	64,48 %	35,52 %
2014	II ⁹⁴	54.446	36.641	17.805	67 %	33 %
2014	III ⁹⁵	77.337 9.174 validadas ⁹⁶	7.144	2.030	43,1 %	56,89 %
2014	IV ⁹⁷	56.510 25.165 validadas ⁹⁸	19.162	6.003	64,15 %	35,85 %

35. Mediante Auto de 7 de mayo de 2015 se convocaron algunos peritos constitucionales voluntarios a una sesión técnica sobre niveles de cumplimiento y elementos constitucionalmente relevantes de los mandatos adscritos a la Sentencia T-760 de 2008, puntualmente se abordó la orden décima novena. En cumplimiento de dicho proveído se realizaron tres sesiones con CSR, la Universidad Nacional y César Rodríguez Garavito. No se recibió intervención de ningún otro perito.

36. El 21 de mayo del año en curso, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1683 de 2015, mediante la cual se derogó la Resolución 744 de 2012 y se adoptó el registro de negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS en la plataforma de intercambio de información (PISIS) del sistema integral de información de la protección social (Sispro).

37. En informe general de cumplimiento de 24 de junio de 2015, la Defensoría del Pueblo comentó que el Ministerio de Salud y Protección Social no dio respuesta al requerimiento formulado por ese órgano de control el 11 de febrero del año en curso⁹⁹.

⁹³ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4664-4686 (27 de mayo de 2014).

⁹⁴ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4716-4727 (5 de agosto de 2014).

⁹⁵ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4731-4750 (5 de diciembre de 2014).

⁹⁶ Pese a que la totalidad de registros de negaciones reportados correspondió a 77.337, solo fueron validados 9.174, lo que según el Ministerio equivale a 8,98 %. Por ello, la Cartera de salud remitió exclusivamente la información referida a esa muestra mínima.

⁹⁷ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4751-4771 (27 de febrero de 2015).

⁹⁸ Pese a que la totalidad de registros de negaciones reportados correspondió a 56.510, según el Ministerio solo fueron validados 25.165, lo que equivale al 44,53 %. Por ello, la Cartera de salud remitió exclusivamente la información referida a esa muestra.

⁹⁹ La información solicitada por la Defensoría del Pueblo fue: “1.1. Enviar un informe sobre los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico. En este informe se solicita especificar:

a) Número de negaciones no tramitadas ante CTC durante 2014.

b) Motivo de las negaciones

c) Causas por las cuales dichas negaciones no fueron objeto de decisión por el CTC.

Sin embargo, manifestó que la Superintendencia de Salud mediante comunicación de 26 de febrero de 2015 dio respuesta a su requerimiento, indicando la puesta en marcha de actividades de inspección y vigilancia en materia de negaciones de los CTC, a saber:

- i) Durante 2014, fueron presentadas 1.640 peticiones, quejas y reclamos por concepto de negaciones de tecnologías en salud No POS.
- ii) En ese mismo año dio inicio a 80 investigaciones administrativas a EPS, sin embargo, a la fecha de presentación del escrito, ninguna entidad había sido sancionada.
- iii) Precisó que con el fin de corregir los inconvenientes de calidad en la información reportada, realizaba una revisión minuciosa sobre las exigencias establecidas en la Resolución 744 de 2012.

Entre los problemas más comunes presentes a la hora de reportar la información, la Supersalud mencionó: el retraso en el envío de la información y la radicación tardía de las correcciones por parte de las EAPB. Asimismo, advirtió que la agrupación masiva de los motivos de negación en determinadas categorías, dificultaba identificar la causa de la negación.

38. En lo transcurrido del año 2015, la Cartera de salud allegó el siguiente informe trimestral:

Año	Trimestre	Total Negaciones	Negado por CTC –NEG–	No tramitado ante CTC –NTR–	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
2015	I ¹⁰⁰	49.210 37.215 validadas ¹⁰¹	29.156	8.059	67,29 %	32,71 %
2015	II	No ha sido allegado				

d) En la respuesta, con relación a la base de datos de soporte, detallar: Identificadores del asegurado, asegurador, localización, fecha de la negación, régimen de afiliación, estado de la afiliación, tipo, codificación y detalle de los beneficios solicitados, considerados alto costo o no, valor de la negación, interposición o no de instrumentos legales y otras que variables consideren pertinentes para el análisis.

e) Describa el proceso de depuración, tratamiento y análisis de datos de las negaciones, así como la calidad y confiabilidad de la información.

1.2. Enviar un informe sobre los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad. Se solicita especificar:

a) Número de negaciones tramitadas ante CTC durante 2014.

b) Motivo de las negaciones

c) En la respuesta y base de datos, detallar: Identificadores del asegurado, asegurador, localización, fecha de la negación, régimen de afiliación, estado de la afiliación, tipo, codificación y detalle de los beneficios solicitados, considerados alto costo o no, valor de la negación, interposición o no de instrumentos legales y otras que consideren pertinentes para el análisis

d) Describa el proceso de depuración, tratamiento y análisis de datos de las negaciones, así como la calidad y confiabilidad de la información

1.3. ¿Según los hallazgos, la calidad y cantidad de información que recibe el Ministerio es suficiente para realizar un reporte válido, confiable y preciso que permita establecer un diagnóstico exacto y tomar las acciones administrativas y de política pública?

1.4. ¿Qué problemas han identificado?

1.5. ¿Qué actuaciones o medidas se han adelantado para responder a los problemas identificados y dar cumplimiento de la orden?

1.6. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?

1.7. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años

1.8. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso? Establezca ejemplos y/o estudios

1.9. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?

1.10. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo”.

¹⁰⁰ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4772-4787 (29 de mayo de 2015).

¹⁰¹ Pese a que la totalidad de registros de negaciones reportados correspondió a 49.210, según el Ministerio solo fueron validados 37.215, lo que equivale al 75,62 %. Por ello, la Cartera de salud remitió exclusivamente la información referida a esa muestra.

II. CONSIDERACIONES DE LA SALA ESPECIAL DE SEGUIMIENTO

1. Competencia y metodología de la valoración

1.1. Conforme a las atribuciones dadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional en sesión del 1° de abril de 2009; el artículo 86 de la Constitución Política; el artículo 25, numeral 2, literal c)¹⁰² de la Convención Americana sobre Derechos Humanos¹⁰³; y el artículo 27 del Decreto Estatutario 2591 de 1991, esta Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir el presente auto.

1.2. En esta oportunidad, la Corte se encargará de evaluar el grado de cumplimiento de la orden décima novena de la Sentencia T-760 de 2008, a partir de los informes presentados por el ente ministerial, las observaciones de los órganos destinatarios de los reportes trimestrales, los conceptos de los peritos constitucionales voluntarios y las demás entidades vinculadas al trámite de verificación.

1.3. En esos términos, la Sala abordará, en primer lugar, los niveles de cumplimiento de las órdenes impartidas en el fallo objeto de verificación, seguido, fijará el alcance de la orden *sub examine* y abordará el derecho a la información en el ámbito de la salud. Luego, la Corte procederá a realizar el estudio de los elementos constitucionalmente relevantes de la orden. Para este efecto, se analizarán las medidas regulatorias adoptadas por el ente regulador en aras de acatar la disposición estudiada, específicamente la estructura del registro de servicios negados. A continuación, esta Corporación evaluará los resultados obtenidos con la normativa proferida, que metodológicamente se desarrollará así:

- i) El nivel de acatamiento del deber de entregar los informes por parte de las EPS;
- ii) el deber de garantizar el flujo de información sobre servicios negados a los destinatarios de los reportes;
- iii) la obligación del Ministerio de Salud y Protección Social de garantizar la calidad de la información reportada sobre servicios negados y las conclusiones generales del contenido de los informes.

Agotado lo anterior, se culminará con la valoración del mandato décimo noveno y, en consecuencia, se impartirán algunas determinaciones sobre el particular.

2. Niveles de cumplimiento a las órdenes de la Sentencia T-760 de 2008

2.1. Las órdenes estructurales impartidas en la Sentencia T-760 de 2008 implican la intervención judicial excepcional en el diseño y/o implementación de la política pública en salud. Por ende, para lograr su cumplimiento se deberán observar, sin perjuicio de sus elementos característicos, las condiciones básicas determinadas en la jurisprudencia constitucional (Sentencia C-351 de 2013).

La primera es que exista efectivamente, es decir, que haga parte de un programa de acción estructurado que permita a la autoridad responsable adoptar las medidas adecuadas y necesarias. Además, debe suponer un cronograma de actividades para su realización y debe ser ejecutado en un tiempo determinado y razonable.

¹⁰² “Artículo 25. Protección Judicial: (...) 2. Los Estados Partes se comprometen: (...) c) a garantizar el cumplimiento, por las autoridades competentes, de toda decisión en que se haya estimado procedente el recurso”.

¹⁰³ Aprobada por la Ley 16 de 1972.

Una segunda es que el plan de acción tenga como prioridad garantizar el goce efectivo del derecho. No puede tratarse de una política pública simbólica o formal. La misión del Estado no se reduce a expedir normas que reconozcan en el papel la titularidad de derechos. La racionalidad mínima del texto Superior manda que estén seguidas de acciones reales, dirigidas a facilitar el disfrute y el ejercicio cabal de las atribuciones fundamentales. Se vulnera la Constitución cuando existiendo una ruta se constata que solo está escrita y no ha sido iniciada su ejecución, o aunque se esté implementando resulta evidentemente inane, bien porque no es sensible a las verdaderas angustias poblacionales o porque su materialización se ha diferido indefinidamente.

La tercera está dada en que los procesos de decisión, elaboración, implementación y evaluación de la política pública, habrán de permitir una efectiva participación democrática en todas las etapas de su elaboración. Es inaceptable que exista un plan que no abra espacios de interacción real a los ciudadanos en las diferentes fases del proceso o aunque los brinde resulten inocuos al limitarse a prever una intervención trivial.

En esa medida, la Corte Constitucional ha precisado que el adecuado funcionamiento y los buenos resultados de las reformas normativas, dependen de que estas se encuentren soportadas en estudios empíricos y de juiciosas reflexiones sobre cuál es el mejor curso de acción estatal¹⁰⁴. Una verdadera política pública involucra el cumplimiento de obligaciones de respeto y garantía a los derechos humanos¹⁰⁵. La simple expedición de normas legales o de actos administrativos, la ejecución parcial de políticas públicas y la mera demostración de ajustes presupuestales, no constituyen en modo alguno un motivo suficiente o una razón determinante para dar por superada la falla estructural¹⁰⁶.

2.2. Durante los siete años que han transcurrido desde la expedición del fallo objeto de supervisión¹⁰⁷, este Tribunal ha realizado varias valoraciones de cumplimiento de algunas de las órdenes estructurales. En tal sentido, ha declarado incumplimientos generales¹⁰⁸, incumplimientos parciales¹⁰⁹, cumplimientos parciales¹¹⁰ e incluso, el nivel de acatamiento bajo¹¹¹, con ocasión del análisis de las gestiones, acciones o medidas adelantadas por las autoridades obligadas. Incluso en el Auto 226 de 2011¹¹² fueron determinados los niveles de acatamiento de la orden décima séptima y sus correspondientes parámetros de cumplimiento.

No obstante, el tiempo que ha implicado el seguimiento obliga a que la Corte, actualice los mismos y los contextualice respecto de la totalidad de mandatos objeto de supervisión. Ello hace más riguroso el examen atendiendo el lapso temporal del que ha dispuesto como rector de la política pública para cumplir efectivamente la orden impuesta y que no se limite a estudiar solamente los actos meramente formales acreditados por el Gobierno, toda vez que las determinaciones de este Tribunal se construirán desde la evidencia social.

Es menester que la Sala compruebe los resultados concretos que se han logrado en el sistema de salud, de manera que valore el avance en el goce efectivo del derecho de los

¹⁰⁴ Sentencia C-646 de 2001.

¹⁰⁵ El control judicial de las políticas públicas como instrumento de inclusión de los derechos humanos. Manuel Fernando Quinche Ramírez y Juan Camilo Rivera Rugeles. 2010.

¹⁰⁶ Auto 385 de 2010.

¹⁰⁷ La Sentencia T-760 fue proferida el 31 de julio de 2008.

¹⁰⁸ Cfr. Auto 263 de 2012.

¹⁰⁹ Cfr. Autos 342A de 2009, 262 de 2012 y 263 de 2012.

¹¹⁰ Cfr. Autos 260, 261 y 264 de 2012.

¹¹¹ Cfr. Auto 144 de 2011.

¹¹² Cfr. Considerandos núm. 2 y 3.

residentes en el territorio nacional. Bajo este entendido solo se declararía la superación de la problemática estructural cuando el Ejecutivo demuestre: *i)* unas transformaciones en el funcionamiento del sector salud; *ii)* que esos cambios impliquen con alto grado de certeza la consecución de las condiciones para lograr el goce efectivo y avanzar sosteniblemente; y por último *iii)* que esas soluciones tengan la virtud de ser coherentes y duraderas, como lo ha exigido la jurisprudencia de la Corte¹¹³.

La Sala Especial esperaba que existieran resultados concretos emanados de cada una de las decisiones cuyo cumplimiento es objeto de monitoreo. Al momento de valorar la ejecución de cada mandato, esta Corporación hará una calificación detenida de las medidas adoptadas y las acciones efectuadas por las autoridades, aunado a que determinará su impacto o efectividad en el sistema. Lo anterior, con fundamento en que la política pública debe construirse desde la realidad social. También comporta vital importancia el empoderamiento de la ciudadanía con el objeto de permitir la participación de los usuarios y sociedad civil de las decisiones que le afectan, y así facilitar la oportunidad y eficacia de las medidas.

Por consiguiente, la totalidad de valoraciones de acatamiento a futuro se podrán efectuar de manera general sobre la orden y específicamente sobre cada uno de sus elementos constitucionalmente relevantes.

2.3. Metodología y matrices de valoración: para adelantar esa evaluación, es necesario analizar la orden desde tres aspectos: las medidas, los resultados y los avances.

En primer lugar, se debe estudiar la existencia de **MEDIDAS** y si las mismas son conducentes o no de lo cual dependerá el nivel de cumplimiento decretado, como se expone:

Matriz núm. 1

Elementos a evaluar		Incumplimiento General	Nivel de Cumplimiento Bajo	Nivel de Cumplimiento Medio	Nivel de Cumplimiento Alto	Cumplimiento General
Medidas	No existen	X				
	Inconducentes		X			
	Conducentes		X	X	X	X

Si la situación encuadra en el primer (no existen) o segundo (son inconducentes) supuesto se concluirá inmediatamente el grado de acatamiento. De lo contrario, si se constata la existencia de medidas conducentes para cumplir el objeto de la orden (3 fila de la matriz núm. 1), se continuará con la revisión de los **RESULTADOS**, a saber:

Matriz núm. 2

Elementos a evaluar		Incumplimiento General	Nivel de Cumplimiento Bajo	Nivel de Cumplimiento Medio	Nivel de Cumplimiento Alto	Cumplimiento General
Resultados	No acreditados		X			
	No permiten evidenciar que se va a superar la problemática		X			
	Permiten evidenciar que se va a superar la problemática			X	X	X

¹¹³ Cfr. Sentencia C-351 de 2013.

Analizada la orden, si los resultados no fueron acreditados o no permiten evidenciar que se vaya a superar la problemática se califica automáticamente la observancia de la orden. Solo si se llegare a contar con pruebas que permitan deducir que si se va a conjurar la falla (3 fila de la matriz núm. 2), se prosigue a la evaluación de los **AVANCES** bajo los siguientes parámetros:

Matriz núm. 3

Elementos a evaluar		Incumplimiento General	Nivel de Cumplimiento Bajo	Nivel de Cumplimiento Medio	Nivel de Cumplimiento Alto	Cumplimiento General
Avances	No hay avances significativos			X		
	Hay avances significativos, pero no han conjurado en su totalidad la falla				X	
	Superaron la falla estructural que dio origen a la orden					X

En esta etapa de la valoración, según se advierta cualquiera de los tres supuestos se procede a calificar el nivel de cumplimiento.

2.4. Bajo tales precisiones, a continuación se procede a conceptualizar las cinco (5) categorías de evaluación de cumplimiento, las cuales serán aplicadas en la medida en que sean compatibles con el contenido y alcance del mandato supervisado:

2.4.1. Incumplimiento General

Este nivel se declarará si revisado el estado actual de la orden se constata la inexistencia de medidas adoptadas por la autoridad obligada, con la finalidad de superar la problemática estructural que dio origen al mandato judicial.

2.4.2. Nivel de Cumplimiento Bajo

Se presenta cuando la autoridad obligada haya adoptado algunas medidas con el fin de cumplir la Sentencia T-760 de 2008 y concurra cualquiera de los siguientes supuestos:

- i)* Las medidas adoptadas son inconducentes para el cumplimiento de la orden estructural, es decir, no son compatibles con los elementos del mandato.
- ii)* Las medidas son conducentes para el acatamiento de la disposición examinada, esto es, abordan acciones en torno a los requerimientos propios de la orden, no obstante, la autoridad obligada no acreditó sus resultados¹¹⁴ en el sistema de salud.
- iii)* Las medidas son conducentes y sus resultados fueron informados por la autoridad obligada a la Sala Especial. Sin embargo, a partir de dicho reporte se advierte la inexistencia de avances reales¹¹⁵, por lo que no es razonable esperar que se obtenga la satisfacción del mandato analizado, es decir, la superación de la falla estructural.

¹¹⁴ Entiéndase por **resultado**, la materialización de las medidas formales adoptadas por la autoridad obligada en el ámbito de acatamiento de la orden examinada.

¹¹⁵ Entiéndase por **avance**, el efecto medible a partir de indicadores cuantitativos, que permitan comparar, en un periodo de tiempo determinado, la situación existente antes de la adopción de las medidas acreditadas y después de su implementación, siempre que reflejen cambios favorables en la superación de la falla estructural en el sistema de salud.

2.4.3. Nivel de Cumplimiento Medio

Se procederá a decretar el nivel de cumplimiento medio cuando pese a que el obligado adoptó las medidas conducentes, reportó los resultados a la Corte y estos muestran avances en la implementación de la política, dichas mejoras no son suficientes sino que se muestran parciales para superar la falla estructural que dio origen a la orden objeto de supervisión.

Al declarar la existencia de este nivel, la Corte dará un plazo razonable al término del cual se verificará nuevamente el acatamiento de la orden.

2.4.4. Nivel de Cumplimiento Alto

Procederá la declaratoria del nivel de cumplimiento alto cuando: *i)* existen las medidas adecuadas para el acatamiento de la disposición examinada; *ii)* se reporten los resultados concretos a la Sala Especial por parte de la autoridad obligada; *iii)* los avances evidenciados son suficientes, progresivos, sostenibles y significativos para el cumplimiento de la orden; *iv)* es razonable que la problemática que dio lugar a la orden valorada se pueda superar; y *v)* falte por culminar o no se ha logrado la totalidad de la ejecución del mandato analizado.

Habiéndose declarado el *nivel de cumplimiento alto* de la orden, se podrá trasladar el ciclo de supervisión, mediante la **SUSPENSIÓN DEL SEGUIMIENTO** por parte de la Corte Constitucional, para que sea entregado a la Procuraduría General de Nación¹¹⁶ y/o la Defensoría del Pueblo, a fin de que continúen con la verificación de la ejecución de la política pública a la que circunscribe el mandato estructural, bajo informes periódicos presentados a la Sala Plena por un tiempo hasta tanto se acate de forma general la orden examinada o la Corte decida reanudar el trámite suspendido.

2.4.5. Cumplimiento General

La declaratoria de este nivel de cumplimiento se circunscribe a que, al momento de realizar la valoración, la Sala colija que las medidas son adecuadas para el acatamiento de la disposición examinada y, que sus resultados son suficientes, progresivos, sostenibles, significativos y logran, en su totalidad, los cometidos del mandato analizado, esto es, la superación continua de la falla estructural que motivó la expedición de la orden. Aunado a lo anterior, se esperaría que el sistema haya apropiado instrumentos para confrontar anomalías similares a las que provocaron la Sentencia T-760, que se presenten en el futuro.

Este nivel de cumplimiento, conllevaría concluir el ciclo de supervisión mediante el **CESE DEL SEGUIMIENTO** por parte de la Corte Constitucional ante la obtención de los resultados pretendidos por el fallo objeto de supervisión.

2.5. El trámite de supervisión también podrá **CESARSE** respecto de cualquier orden que haya sido valorada con *incumplimiento, nivel de cumplimiento bajo y medio*, cuando el mandato haya perdido los fundamentos de hecho o de derecho que le dieron lugar o cuando se haya agotado su vigencia temporal. Este último supuesto se refiere a las órdenes cuya ejecución estaba limitada en el tiempo, es decir, de una fecha determinada a otra igual.

¹¹⁶ De conformidad con el artículo 277.1 de la Constitución Política corresponde al Procurador General de la Nación vigilar el cumplimiento de las decisiones judiciales

2.6. Este Tribunal resalta que en caso de que las autoridades obligadas persistan en un *incumplimiento general o en los niveles de acatamiento bajo y medio*, la Corte hará uso de las diferentes herramientas de origen constitucional y/o legal para hacer efectivas sus órdenes, en aras de evitar la secuencia de incumplimientos y conseguir avances progresivos y significativos en el goce efectivo del derecho por la población colombiana. En tal contexto, la Sala podrá valerse de un control y seguimiento más riguroso para alcanzar los objetivos constitucionales, como adoptar medidas restaurativas, de reemplazo, sancionatorias o cualquier otra que estime pertinente.

Aunado a lo anterior, se destaca el rol que debe cumplir la Procuraduría General de Nación en la vigilancia de la Sentencia T-760 de 2008, de tal forma que en uso de sus competencias constitucionales y legales, ante la declaratoria de los *niveles de cumplimiento bajo y medio*, deberá realizar un acompañamiento con enfoque preventivo¹¹⁷ a las entidades concernidas en la ejecución de las determinaciones adoptadas por esta Corporación.

Igualmente, deberá ejercer la facultad disciplinaria¹¹⁸ para investigar y sancionar las conductas omisivas que hayan dado origen a dicha declaración. Todo lo anterior, sin perjuicio de las decisiones que continúe profiriendo la Sala Especial mientras se mantenga el trámite de supervisión.

3. Alcance de la orden décima novena de la Sentencia T-760 de 2008

3.1. En la Sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional acumuló veintidós expedientes de tutela en los cuales advirtió diversas amenazas y transgresiones al goce efectivo del derecho a la salud¹¹⁹, concluyendo que las dificultades estructurales que aquejaban al sector requerían de órdenes generales que permitieran conjurar esas anomalías del sistema.

Esta Corporación consideró que las diversas fallas regulatorias en la materia propiciaron la vulneración constante y generalizada del derecho fundamental a la salud, como ocurría con las barreras en el acceso a los servicios contemplados en los planes de beneficios que ya habían sido financiados por el Estado¹²⁰. La omisión en el cumplimiento eficaz de las funciones de las entidades que tenían a cargo la dirección, garantía, control y vigilancia del sistema de salud¹²¹, generó la permanente negación de los servicios, incluso POS, sin que se brindara una solución.

¹¹⁷ Cfr. Constitución Política art. 277.1: “El Procurador General de la Nación, por sí o por medio de sus delegados y agentes, tendrá las siguientes funciones: 1. Vigilar el cumplimiento de la Constitución, las leyes, las decisiones judiciales y los actos administrativos”. || Decreto Ley 262 de 2000 art. 24.1: “FUNCIONES PREVENTIVAS Y DE CONTROL DE GESTIÓN. Sin perjuicio de lo dispuesto en la ley, las procuradurías delegadas tienen las siguientes funciones de vigilancia superior, con fines preventivos y de control de gestión: 1. Velar por el cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales, así como de las decisiones judiciales y administrativas”. || Resolución 490 de 2008, por medio de la cual se crea el Sistema Integral de Prevención y se establecen los principios y criterios correspondientes al ejercicio de la función preventiva a cargo de la Procuraduría General de la Nación y se dictan otras disposiciones.

¹¹⁸ En virtud del artículo 277.6 Superior, corresponde al Procurador General de la Nación ejercer la vigilancia superior de la conducta oficial de quienes desempeñen funciones públicas.

¹¹⁹ Recientemente, en Sentencia C-313 de 2014, esta Corporación al analizar el proyecto de ley estatutaria 209 de 2013 (Senado) y 267 de 2013 (Cámara) en sede de control abstracto de constitucionalidad, reiteró la fundamentalidad del derecho a la salud consagrada por el legislador en dicha norma.

¹²⁰ Al momento de la expedición de la Sentencia T-760 de 2008, existían dos planes obligatorios de salud, uno para el régimen contributivo y otro para el subsidiado. Actualmente, se cuenta con un plan de beneficios unificado para ambos regímenes (Acuerdo 32 de 2012), actualizado mediante la Resolución 5521 de 2013.

¹²¹ Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud.

En esa oportunidad, este Tribunal destacó la necesidad de contar con datos claros, oportunos y detallados sobre los servicios de salud no autorizados a los afiliados directamente por las EPS o por el Comité Técnico Científico –CTC–, como quiera que en varios de los casos acumulados se hallaron prestaciones incluidas en el plan de beneficios que fueron negadas sin justificación. Puntualmente, la Corte manifestó:

“De acuerdo con un estudio elaborado por la Defensoría del Pueblo sobre La tutela y el derecho a la salud período 2003-2005¹²² se constató que la mayoría de acciones de tutela se habían interpuesto para reclamar el acceso a servicios de salud que sí se encontraban contemplados dentro del plan obligatorio de salud. En efecto, cerca del 56.4 % de las acciones de tutela presentadas en el periodo estudiado, reclamaban un servicio al cual legal y reglamentariamente los usuarios tenían derecho y que, por tanto, debía ser garantizado sin necesidad de demanda alguna.

Ahora bien, del 56.4 % de solicitudes que sí estaban incluidas en el POS, el 93,4 % de los casos no se encontraba sujeto a que se cumplieran semanas mínimas de cotización. Es decir, no existían razones de orden económico para que la prestación del servicio no se autorizara.

Por qué razón las entidades que saben y conocen claramente sus obligaciones se empeñan en no cumplir es un fenómeno que encuentra explicación en varias razones. Una de ellas, es que las entidades que recobran al Fosyga consideren que esta vía es más expedita o más segura para obtener el recobro.

Una buena parte de estas tutelas también se presenta porque, si bien la entidad promotora de salud no niega el suministro del servicio de salud, demora su entrega de manera tal que termina por obligar a los usuarios a asumir una carga desproporcionada que afecta su bienestar. Tanto la negación como la demora en el suministro de los contenidos del POS han sido considerados por la Corte Constitucional como vulneraciones del derecho a la salud.”¹²³

En tal medida, coligió que el déficit de protección constitucional del referido derecho se causa cuando el regulador permite que se nieguen a los usuarios los servicios que legal y reglamentariamente tenían derecho a recibir de parte de las aseguradoras:

“En conclusión, el Estado deja de proteger el derecho a la salud cuando permite que la mayoría de violaciones sean claros irrespetos a dicho derecho, en los que se obstaculiza a las personas el acceso a servicios contemplados en los planes obligatorios de salud, ya financiados. Mantener los incentivos y desincentivos que no promueven el goce efectivo del derecho, así como no ejercer adecuadamente las facultades de vigilancia y control,¹²⁴ han permitido que se mantenga esta situación constante de vulneración reiterada y en

¹²² Defensoría del Pueblo (2007): *La tutela y el derecho a la salud período 2003-2005. Estudio basado en 5.212 tutelas seleccionadas mediante muestreo aleatorio estratificado.*

¹²³ Cfr. Sentencia T-760 de 2008, consideración jurídica 6.1.4.1.1..

¹²⁴ *Las deficiencias en la vigilancia y el control han sido reconocidas en el pasado como un factor que contribuye a la ineficiencia del gasto en salud, evidenciándose estas fallas en el control interno, la interventoría de los contratos y en la precaria supervisión y seguimiento a los diferentes agentes. [Al respecto ver, entre otros documentos, El malestar en la salud, de J. Campos, M. Rivera y M. Castañeda, Funcionarias de la Contraloría Delegada para el Sector Social, CGR, en *Economía Colombiana, Revista de la Contraloría General de la República*. N° 303, 2004]. Uno de los principales objetivos que busca el Congreso de la República mediante la Ley 1122 de 2007 es el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, adoptando, entre otras medidas, acciones para fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control (art.1, Ley 1122 de 2007). Recientemente, en un estudio conjunto de la Procuraduría General de la Nación y el Centro de Estudios DeJusticia se indica al respecto que “a pesar del esfuerzo de fortalecer el subsistema y de los ajustes que se le han hecho, las labores de inspección, vigilancia y control siguen fragmentadas, desarticuladas y dispersas, por lo que aun en su propia lógica económica el sistema tiene serias limitaciones prácticas.” [Procuraduría General de la Nación y DeJusticia, *El derecho a la salud*, 2008].*

modo alguno justificable, del derecho a la salud de las personas, por parte de muchas de las entidades encargadas de garantizar la prestación de los servicios."¹²⁵

3.2. Como consecuencia la Corte dispuso en el ordinal décimo noveno de la sentencia objeto de seguimiento que la Cartera de salud garantizara el reporte de las negaciones de servicios por parte de las EPS. Además, que previera el envío de esos datos a la Comisión de Regulación en Salud (hoy liquidada), a la Defensoría del Pueblo y a la Superintendencia Nacional de Salud, de manera que cada uno actuara conforme a sus competencias.

La Corte buscaba que fueran identificadas de manera concreta las prestaciones incluidas en el catálogo de beneficios y que eran formuladas por el médico tratante, que las entidades promotoras de salud negaban directamente a los afiliados sin tramitarlas ante el CTC o que siendo presentadas ante este no eran autorizadas, con la finalidad de que la Supersalud, la Defensoría del Pueblo y la CRES iniciaran las actuaciones a su cargo ante la vulneración del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Dicha información es de vital importancia en la formulación de la política pública en salud, puesto que permite, entre otros, analizar el comportamiento de los actores del sistema, el grado de acceso a los contenidos del POS, las tendencias de los medicamentos o procedimientos No POS formulados, lo cual incluso facilita obtener insumos para la actualización integral del catálogo de beneficios.

Ahora bien, en cuanto al alcance de este mandato estructural se requería no solo la expedición de la norma y la entrega de los informes, sino que era imperioso que todos los órganos vinculados a la misma utilizaran esos datos para adelantar las funciones que el ordenamiento jurídico les atribuye¹²⁶, con la finalidad de superar el déficit de protección evidenciado en la Sentencia T-760 de 2008.

3.3. Por consiguiente, el acatamiento del mandato *sub examine* supone que se haya acreditado como mínimo:

3.3.1. La expedición de medidas normativas por el ente ministerial que regulen la obligación de reportar los servicios de salud negados impuesta a las EPS al tenor del ordinal décimo noveno de la sentencia objeto de supervisión.

3.3.2. El reporte real y efectivo en las estrictas condiciones y plazos determinados en dicha norma por parte de los aseguradores.

3.3.3. Los registros de servicios negados son calidad, esto es, precisos, actualizados, consistentes y confiables¹²⁷.

3.3.4. Los reportes facilitan el análisis cuantitativo y cualitativo¹²⁸ por parte de los entes destinatarios de los mismos, de manera que se determina: i) cuáles son los servicios que

¹²⁵ Cfr. Sentencia T-760 de 2008, consideración jurídica 6.1.4.1.2..

¹²⁶ Cfr. Auto de 13 de julio de 2009, ordinales tercero, cuarto y quinto.

¹²⁷ Cfr. Ley 1122 de 2007, art. 37.6: "*Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes: 6. Información. Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia*".

¹²⁸ Al respecto, el Auto del 13 de julio de 2009 determinó que: "*(...) ACLARAR al entonces Ministerio de la Protección Social que su labor no se limita a enviar oficios a las EPS o EPSS, transcribiendo la orden décima novena, sino que debe crear las condiciones para que la información remitida por ellas sea precisa, completa,*

más se niegan, *ii*) cuáles se encuentran incluidos en el POS, *iii*) cuáles son las EPS que más se abstienen de autorizar, *iv*) la razón por la que no son autorizados.

3.3.5. El óptimo y oportuno flujo de la información del sector salud entre las entidades reportantes (EPS), el órgano regulador que debe cumplir la orden (Ministerio de Salud) y las instituciones destinatarias de los datos (Supersalud, Defensoría del Pueblo y Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Ministerio de Salud¹²⁹).

3.3.6. La adopción de las acciones a que hubiere lugar tanto por el regulador (Ministerio de Salud), como por los otros órganos concernidos en la orden (Supersalud, Defensoría del Pueblo y Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Ministerio de Salud y Protección Social), a partir de las conclusiones que obtengan del estudio del registro de servicios negados que generen la solución de los problemas que se evidencian en torno a las prestaciones en salud.

3.3.7. El regulador garantiza el estudio de los informes y la adopción de medidas en el ámbito de sus competencias, los cuales inciden en el cumplimiento de otros mandatos estructurales como aquellos relacionados con: el grado de acceso en salud de la población (orden 16¹³⁰), la evaluación de medicamentos que por sus constantes negaciones deberían estar incluidos en el plan de beneficios (órdenes 17 y 18¹³¹)¹³², la identificación de las EPS violan el derecho a la salud por negar los servicios que se encuentran dentro del POS y así ser incluidas en el *ranking* (orden 20¹³³) y el control de los recobros fraudulentos por prestaciones ya financiadas por la UPC (orden 24¹³⁴).

3.3.8. Los reportes facilitan la gestión de la Superintendencia de Salud y la Defensoría del Pueblo para que se generen resultados concretos y medibles en relación con el goce sin barreras de acceso a las tecnologías en salud. Visto así, el Estado y los particulares que prestan servicios de salud tienen la obligación constitucional¹³⁵ de procurar que toda persona disfrute del más alto nivel posible de salud¹³⁶ y lograr de esa manera la garantía real y efectiva de este derecho fundamental.

3.4. Si este mecanismo de información se focaliza y se desarrolla conforme a los parámetros establecidos en el artículo 113 de la Ley 1438 de 2011¹³⁷, la Sentencia T-760

confiable y aprovechable o útil, es decir, brinde parámetros cualitativos y cuantitativos para hacer seguimiento a la problemática, teniendo en cuenta, como herramienta inicial, la Circular Externa número 053 del 29 de abril de 2009, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud (...)”.

¹²⁹ Entidad que asumió las competencias de la liquidada CRES.

¹³⁰ “Precisión, actualización, unificación y efectividad de los planes de beneficios”.

¹³¹ “Actualización integral del Plan Obligatorio de Salud” y “Periodicidad en la actualización del plan obligatorio de salud”.

¹³² Sobre este aspecto al establecer los parámetros de proceso para actualizar el POS, el Auto 226 de 2011 indicó que: “La no inclusión o exclusión en el POS de los medicamentos, dispositivos, procedimientos y demás servicios de salud que se encuentran en la lista de los 100 más recobrados ante el FOSYGA, deberá justificarse de acuerdo a argumentos científicos fundados en el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad de la población, la disponibilidad de recursos y el equilibrio financiero, u otros criterios previamente establecidos por la CRES en su metodología”.

¹³³ “Ranking de EPS e IPS que con mayor frecuencia niegan servicios incluidos en el POS o que se requieren con necesidad”.

¹³⁴ “Sostenibilidad financiera y flujo de recursos en el sistema de salud”.

¹³⁵ Artículo 49, Constitución Política.

¹³⁶ Observación General núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2000.

¹³⁷ Ley 1438 de 2011, art. 113: “El entonces Ministerio de la Protección Social junto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones definirá y contratará un plan para que en un periodo menor a 3 años se garantice la conectividad de las instituciones vinculadas con el sector de salud en el marco del Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones – TIC.”

de 2008 y sus autos de seguimiento¹³⁸, permitiría dar cuenta sobre el aumento en los índices de acceso a los servicios de salud, lo que facilitaría la toma de medidas para generar una rebaja ostensible de las negaciones de las tecnologías ordenadas por el médico tratante con fundamento en datos ciertos y fidedignos. Además, en este indicador deberán ser observadas las condiciones de oportunidad, continuidad, eficiencia, calidad e integralidad de la prestación, tal como lo ha establecido esta Corporación¹³⁹.

El objetivo, conforme a estas apreciaciones, es efectuar una evaluación de los resultados de las acciones de política pública en materia de salud, que sea examinada desde la óptica del goce efectivo y progresivo de dicho derecho fundamental y no simplemente a partir de la formalidad en la expedición de una normatividad o su modificación.

En suma, las medidas gubernamentales que surjan de la orden décima novena deben facilitar el acceso efectivo a las prestaciones a que tienen derecho los pacientes¹⁴⁰, de manera que se evidencie un cambio de la realidad social que se presentaba en 2008.

4. El derecho a la información en el ámbito de la regulación en salud

4.1. Los sistemas de información han sido definidos por la Organización Mundial de la Salud como *“aquellos que integran la recopilación de datos, el procesamiento, la presentación de informes, y el uso de la información necesaria para mejorar la salud, la eficacia del servicio y la eficiencia a través de una mejor gestión en todos los niveles de servicios salud”*¹⁴¹.

4.2. En tal sentido, en el orden internacional se destaca lo estipulado en la Observación General núm. 14 de 2000, expedida en el marco del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1996¹⁴², donde se determinó que uno de los elementos esenciales del derecho a la salud es la accesibilidad, que a su vez presenta una faceta relacionada exclusivamente con el “acceso a la información”:

“El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte: (...)

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud (6) deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: (...)

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.”

4.3. Aunado a lo anterior, la Sala Especial resalta que la legislación colombiana en materia de salud no ha sido ajena a este punto, puesto que la Ley 100 de 1993 determina

¹³⁸ Cfr. Auto de 13 de julio de 2009, Auto de 20 de enero de 2010, Auto 245 de 2010, Auto de 19 de agosto de 2011, Auto 043 de 2012 y Auto 133A de 2012.

¹³⁹ La Corte ha reiterado las condiciones del acceso a servicios de salud, entre otras, en las siguientes sentencias T-053 de 2009, T-178 de 2011, T-972 de 2012, T-597 de 2013.

¹⁴⁰ La jurisprudencia sobre el acceso a los servicios de salud ha sido ampliamente desarrollada por la Corte Constitucional, entre otras, pueden consultarse al respecto las sentencias SU-480 de 1997, SU-819 de 1999, T-180 de 2013 y T-022 de 2014, entre otras.

¹⁴¹ Organización Mundial de la Salud. *Developing Health Management Information Systems: A PRACTICAL GUIDE FOR DEVELOPING COUNTRIES*. Ginebra 2004.

¹⁴² Ratificado por Colombia mediante Ley 74 de 1968.

como fundamento del servicio público a la protección integral, que incluye el acceso a la información¹⁴³.

Además, contempla como función del Ministerio de Salud la recolección, transferencia y difusión de la información¹⁴⁴, así como la posibilidad de solicitar los datos que estime necesarios con el fin de establecer un sistema que permita evaluar la calidad del servicio y los niveles de satisfacción del usuario¹⁴⁵.

4.4. Ahora bien, mediante el artículo 5 del Decreto Ley 1281 de 2002 se reguló el funcionamiento del sistema integral de información del sector salud, que aborda aspectos como la afiliación, el estado de salud de los usuarios y el uso de los recursos. Este precepto exigió oportunidad, confiabilidad y efectividad en el reporte de los datos, atendiendo las directrices que debería impartir el ente ministerial y la Supersalud¹⁴⁶.

4.5. Con posterioridad, como ya se había señalado, la Ley 1438 de 2011 incluyó de manera expresa la obligación que tiene la Cartera de salud de manera conjunta con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, de definir y contratar un plan tendiente a garantizar la realización de un sistema integrado de información para el sector salud en los términos del artículo 113¹⁴⁷.

Puntualizó que el rector de la política pública debe comunicar a las autoridades competentes la renuencia en el reporte, con el fin de que estas impongan las sanciones a que haya lugar¹⁴⁸. Particularmente, respecto de las EPS y las IPS precisó que la

¹⁴³ Ley 100 de 1993, art. 153: “Además de los principios generales consagrados en la Constitución política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del sistema general de seguridad social en salud las siguientes: (...) 3. Protección integral. El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud.”

¹⁴⁴ Ley 100 de 1993, art. 173: “Son funciones del Ministerio de Salud además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, especialmente en la Ley 10 de 1990, el Decreto ley 2164 de 1992 y la Ley 60 de 1993, las siguientes: (...) 7. El Ministerio de Salud reglamentará la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del sistema de seguridad social de salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio. La inobservancia de este reglamento será sancionada hasta con la revocatoria de las autorizaciones de funcionamiento. (...)”.

¹⁴⁵ *Ib.*, art. 199, parágrafo: “El Ministerio de Salud solicitará la información que estime necesaria con el objeto de establecer sistemas homogéneos de registro y análisis que permitan periódicamente la evaluación de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario. (...)”.

¹⁴⁶ Decreto Ley 1281 de 2002, art. 5: “Quienes administren recursos del sector salud, y quienes manejen información sobre la población incluyendo los regímenes especiales o de excepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, harán parte del Sistema Integral de Información del Sector Salud para el control de la afiliación, del estado de salud de la población y de los recursos y responderán por su reporte oportuno, confiable y efectivo de conformidad con las disposiciones legales y los requerimientos del Ministerio de Salud. // Corresponde al Ministerio de Salud definir las características del Sistema de Información necesarias para el adecuado control y gestión de los recursos del sector salud y a la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con tales definiciones, impartir las instrucciones de carácter particular o general que resulten necesarias para el adecuado cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control. // Cuando el incumplimiento de los deberes de información no imposibilite el giro o pago de los recursos, se debe garantizar su flujo para la financiación de la prestación efectiva de los servicios de salud. En todo caso, procederá la imposición de las sanciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las demás acciones de carácter administrativo, disciplinario o fiscal que correspondan.”

¹⁴⁷ Ley 1438 de 2011, art. 113: “El entonces Ministerio de la Protección Social junto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones definirá y contratará un plan para que en un periodo menor a 3 años se garantice la conectividad de las instituciones vinculadas con el sector de salud en el marco del Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones – TIC.”

¹⁴⁸ Ley 1438 de 2011, art. 116: “Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios), serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones

inobservancia de la citada disposición dará lugar a la suspensión de giros o a la revocatoria de la certificación de habilitación.

4.6. Igualmente, la Ley 1712 de 2014, estableció el “*Principio de máxima publicidad para titular universal*”¹⁴⁹, con el cual se pretende que no exista reserva o límite alguno respecto de la información que este en poder de una entidad pública.

4.7. Recientemente, en Sentencia C-313 de 2014, esta Corporación al analizar el proyecto de ley estatutaria 209 de 2013 (Senado) y 267 de 2013 (Cámara) en sede de control abstracto de constitucionalidad, recordó que el acceso a la información es un elemento esencial del derecho a la salud.

En el análisis de los artículos 19 y 21 del proyecto de ley, referidos a la implementación de determinaciones generales que incluyan un sistema único de datos en salud y la obligación del Estado de promover la divulgación de la información, este Tribunal consideró que tales normas se armonizan con la garantía superior de recibir información veraz e imparcial (art. 20 C.P.) y con el principio de publicidad de la función administrativa (art. 209 C.P.)¹⁵⁰.

Para la Corte este aspecto es de vital importancia para la sociedad y en el ejercicio de la soberanía popular, ya que para poder ejercer un control social eficaz sobre la política pública requiere de datos confiables y actualizados. Además, es indispensable para la toma de decisiones más cercanas a la realidad del sistema por parte de las autoridades gubernamentales. Al respecto, se indicó:

“En este sentido, la existencia de un sistema único de información es presupuesto para garantizar que la actividad regulatoria atienda a datos confiables y de calidad y no a meras proyecciones, muestreos o cálculos basados en información incompleta, desactualizada, etc.

El peso de la información en el sector sanitario ha sido puesto de presente por la O.M.S. en su informe de 2008, cuando al establecer el déficit en políticas públicas y la baja inversión en las mismas, lo atribuía, entre otras razones, a que las decisiones se adoptan ‘basándose en datos fragmentarios (...) ello se debe en gran medida a que la comunidad sanitaria apenas se ha esforzado en reunir y difundir esos datos. Pese a los progresos logrados los últimos años, sigue siendo difícil encontrar información sobre la eficacia de intervenciones dirigidas, por ejemplo, a corregir inequidades sanitarias; y, cuando existe, solo un círculo privilegiado de expertos tiene acceso a ella (...)’¹⁵¹.

Considera la Sala que una interpretación del artículo 19 a la luz del principio de garantía efectiva de los derechos (art. 2 C.P.) a la salud y a la información impone no solo que formalmente se estructure el sistema único al que se refiere el artículo 19 sino que es imperioso que materialmente suministre, con la oportunidad requerida, los insumos para que las autoridades del sector adopten las medidas que se requieren para corregir fallas de regulación o de inspección y vigilancia que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud.”¹⁵²

a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia”.

¹⁴⁹ Cfr. Ley 1712 de 2014, artículo 2. “*Principio de máxima publicidad para titular universal. Toda información en posesión, bajo control o custodia de un sujeto obligado es pública y no podrá ser reservada o limitada sino por disposición constitucional o legal, de conformidad con la presente ley.*”

¹⁵⁰ Cfr. Sentencia C-313 de 2014, considerando 5.2.19.3.

¹⁵¹ Informe sobre la salud en el 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca p.74

¹⁵² Cfr. Sentencia C-313 de 2014, considerando 5.2.19.3.

En esos términos, este Tribunal concluyó que la persistencia de bases de datos fragmentadas o desactualizadas, así como la reticencia de algunos actores de informar los “*datos concernientes a su operación y su relación con los pacientes*”, transgrede el derecho a la salud, en su faceta de accesibilidad. Respecto a este punto, se indicó en la providencia bajo cita:

“El uso eficiente de las tecnologías de la información no puede seguir estando ausente del sector salud. Todos los actores están obligados a suministrar información veraz e imparcial (art. 20 C.P.) de manera que el sistema único se nutra de datos fidedignos, en cuyo procesamiento, a través de las herramientas informáticas permita saber, en el mismo instante, el lugar, el sujeto que presenta una problemática sobre las cuales debe intervenir para corregir y principalmente, para prevenir la ocurrencia de la vulneración del derecho a la salud.

En este sentido, los datos en salud tienen una dimensión individual relacionada con el acto médico amparada por el derecho de habeas data y otra colectiva que garantiza, en el marco del acceso a la información pública, que se facilite el conocimiento de cuáles son los avances y retrocesos del sistema, las acciones de políticas pública adoptadas para superar los problemas y los resultados que con las medidas de regulación se obtengan.

En este contexto, el sistema de salud podría implementar una estrategia en la cual ya no sea necesario presentar una queja o un reclamo ante las autoridades de inspección y control para lograr la protección del derecho fundamental, por cuanto estas podrían intervenir eficazmente incluso antes de que se consuma la violación de la salud de las personas, lo cual se lograría con el conocimiento que en tiempo real tendrían de cómo operan los sujetos bajo su vigilancia, sin contar que las autoridades de regulación adoptarían las medidas que se requieran de manera oportuna.”¹⁵³

De ahí que tal como lo afirmó esta Corporación, se debe contar con un sistema único de información que opere en línea, en el cual todos los actores hagan sus propios reportes, de manera que se permita que tanto los usuarios como las autoridades puedan acceder a datos en tiempo real. Solo de esta forma se materializará la garantía efectiva consagrada en el artículo 2º Superior. Hasta que no se ponga en funcionamiento dicho modelo, se advirtió que continuará afectándose significativamente la adopción de políticas públicas encaminadas a garantizar el derecho¹⁵⁴.

4.8. Por lo expuesto, las obligaciones de reportar información precisa y garantizar el acceso a la misma, son elementos esenciales del derecho a la salud que buscan construir y alimentar una base de datos actualizada y completa que, no solo permita conocer en tiempo real lo que está sucediendo en el interior del sistema, sino que también evidencie las necesidades, progresos y retrocesos originados en él y sobre los cuales debería existir una mayor intervención gubernamental.

Así, la existencia de datos válidos, fiables y comparables permitirá que las estrategias adoptadas en la materia se funden en evidencias ciertas, pertinentes y reales, de forma que se logre potencializar su efectividad.

5. Estructura del registro de servicios negados vigente

¹⁵³ *Ibidem.*

¹⁵⁴ *Cfr.* Sentencia C-313 de 2014, considerando 4.3.8.1.2.

5.1. Esta Sala profirió el Auto 043 de 2012, mediante el cual estudió la Resolución 163 de 2011¹⁵⁵, expedida por el Ministerio de Protección Social, y concluyó que debido a las dificultades presentadas en el anexo técnico, ese acto administrativo era incompatible con el objetivo de la información previsto por la Corte.

En esa ocasión, este Tribunal advirtió serios errores en el diligenciamiento de los registros por las EPS como: “(i) gran parte de la información correspondiente a los servicios negados se encuentra diligenciada en blanco; (ii) hay campos que son completados con comillas; (iii) bajo la categoría ‘otros servicios’ se incluye información sobre insumos, medicamentos y procedimientos sin individualización alguna; (iv) las fechas aparecen en formatos diferentes; (v) no se hace pleno uso de la codificación CUMS ; (vi) los nombres de los archivos tienen un formato diferente al señalado; (vii) el separador de campos es diferente al establecido; (viii) la información del médico tratante suele estar incompleta; (ix) los archivos son enviados en formato Excel; entre otros”¹⁵⁶.

También se destacó que la complejidad del formulario diseñado inducía y facilitaba el recaudo erróneo de información. Sumado a ello, la Corte encontró que el registro creado se apartaba drásticamente de las variables exigidas por el fallo, al incluir múltiples ítems que desdibujaban el objetivo inicial del informe y hacían que los aspectos que realmente debían ser evaluados perdieran trascendencia o se llenaran de manera incompleta y/o incoherente.

Concluyó que dichas medidas obstaculizaron el flujo de información previsto en la orden *sub examine*, impidiendo corregir las fallas de regulación identificadas en relación con el goce efectivo del derecho a la salud.

Como consecuencia, se dispuso que el anexo técnico incluyera unos datos mínimos para que pudiera darse cumplimiento al mandato supervisado y se ordenó que se eliminaran las casillas que no contribuían a dinamizar y mejorar el contenido de los reportes. Por esta razón, la Corte determinó un modelo con los siguientes requisitos esenciales¹⁵⁷:

Tabla núm. 1

Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC	Motivo para no haber tramitado la solicitud

Tabla núm. 2

Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC	Motivos de negación por el CTC

5.2. Habida cuenta que esta Corporación analizó en el Auto 043 de 2012 la estructura del registro de negaciones establecido con anterioridad al mismo, en esta providencia se valorarán las regulaciones acreditadas con posterioridad, para determinar si las modificaciones han contribuido con el mejoramiento progresivo del esquema de recolección y análisis de negaciones de prestaciones en salud.

¹⁵⁵ “Por la cual se adopta el Registro de Negaciones de Servicios Médicos por parte de las Empresas Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás entidades obligadas a compensar y se dictan otras disposiciones.”

¹⁵⁶ Cfr. Auto 043 de 2012, considerando núm. 2.

¹⁵⁷ *Ibidem*, considerando núm. 4.

5.3. Resolución 744 de 2012¹⁵⁸:

5.3.1. En respuesta a la citada providencia, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 744 de 2012, que estableció el formato del registro de servicios negados y cuyo anexo técnico contiene 20 casillas, las cuales se agrupan de la siguiente forma: *i)* los datos de identificación del usuario que requirió la prestación, *ii)* la entidad a la cual le fue solicitada la tecnología, *iii)* los detalles del servicio y de su negación y *iv)* la información sobre las actas expedidas por el Comité Técnico Científico. Específicamente, los campos a diligenciar eran los siguientes:

Tabla núm. 3

1. Periodo informado	11. Nombre del servicio solicitado
2. Código de la entidad	12. Código de diagnóstico
3. Tipo de régimen	13. Fecha de solicitud del servicio
4. Tipo de documento de identidad	14. Concepto de negación del servicio
5. Número de documento de identidad	15. Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC
6. Fecha de nacimiento	16. Descripción motivo otros para no haber tramitado la solicitud ante el CTC
7. Tipo de afiliación	17. Motivos de negación por el CTC
8. Modalidad de atención	18. Descripción otros motivos de negación por el CTC (NEG)
9. Tipo de servicio solicitado	19. Número del acta de CTC
10. Código del servicio solicitado	20. Fecha de realización del CTC

5.3.1.1. En relación con la casilla núm. 15, el regulador enlistó 9 motivos por los cuales no se adelantó el trámite ante el CTC, a saber:

Tabla núm. 4

	Motivo	Descripción
A	El servicio solicitado es cobertura del POS	Los medicamentos, procedimientos, insumos y dispositivos médicos, actividades, se encuentran incluidos en el Acuerdo número 029 de 2011 y demás normas que lo modifiquen, complementen o sustituyan.
B	El médico solicitante del servicio no pertenece a la red de la EPS	El profesional que realiza las solicitudes de medicamentos, procedimientos, actividades, insumos y dispositivos médicos no hace parte de la red contratada por la EPS.
C	El usuario presenta período de mora	Corresponde al usuario que requiere de medicamentos, procedimientos, actividades, insumos y dispositivos médicos y cuyos aportes al SGSSS no se han realizado en los tiempos establecidos por la normativa vigente.
D	El usuario se encuentra en período de urgencia	Corresponde al usuario que requiere de Medicamentos, Procedimientos, Actividades, Insumos y Dispositivos Médicos y cuenta con menos de cuatro semanas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
E	Traslado entre EPS	Hace referencia al usuario que ha solicitado cambio de aseguradora y se encuentra en trámite su traslado a la nueva entidad promotora de salud.
F	Cambio de régimen de seguridad social en salud	Se presenta cuando el usuario ha cambiado de régimen de aseguramiento, es decir de contributivo a subsidiado o viceversa.
G	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	Usuarios con contingencia SOAT, en donde no ha sido agotada la cobertura de tal seguro en su totalidad.
H	La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada	Usuarios con póliza de seguros y la cobertura de la misma no ha sido agotada en su totalidad.
I	Otros motivos	Corresponde a otros motivos por los cuales no se realizó el trámite de la solicitud ante el CTC y que no corresponden a ninguna de las anteriores alternativas.

5.3.1.2. Adicionalmente, fueron establecidas 10 causas por las cuales el CTC negó la prestación solicitada, en aras de completar el campo núm. 17:

¹⁵⁸ Por la cual se establece el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Empresas Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC.

Tabla núm. 5

	Motivo	Descripción
M	El servicio solicitado es cobertura del POS	Medicamentos, procedimientos, actividades, insumos y dispositivos médicos se encuentran incluidos en el Acuerdo 029 de 2011 y demás normas que lo modifiquen, complementen o sustituyan.
N	El médico solicitante del servicio no pertenece a la red de la EPS	El profesional que realiza las solicitudes de medicamentos, procedimientos, actividades, insumos y dispositivos médicos no hace parte de la red contratada por la EPS.
O	No cumple con las normas vigentes del Invima y las referentes a la habilitación de servicios en el sistema de garantía de la calidad de los servicios de salud	El procedimiento, actividad, insumo y dispositivo médico solicitado no cuenta con la respectiva autorización para el uso o indicación por parte de las autoridades competentes en su vigilancia y control.
P	La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente o no existe descripción de agotamiento de alternativas POS	El profesional de salud tratante no aporta información suficiente, oportuna, clara, veraz y concisa en relación con su solicitud, de igual forma no describe la utilización, agotamiento, o exclusión de las alternativas contenidas en el plan obligatorio de salud.
Q	No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante	El profesional de salud solicitante no justifica la necesidad del uso del medicamento, procedimiento, insumo y dispositivo médico, actividad.
R	No existe riesgo inminente para la vida del paciente	La necesidad del medicamento, procedimiento, insumo y dispositivo médico o actividad, solicitada por el médico tratante no pone en riesgo la vida del paciente.
S	El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud	Servicios cuya finalidad no corresponde a prestaciones necesarias para la preservación de la salud y la vida del paciente.
T	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	Usuarios con contingencia SOAT, en donde no ha sido agotada la cobertura de tal seguro en su totalidad.
U	La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada	Usuarios con póliza de seguros y la cobertura de la misma no ha sido agotada en su totalidad.
V	Otros motivos	Corresponde a otros motivos por los cuales se efectuó la negación por parte del CTC y que no corresponden a ninguna de las anteriores alternativas.

5.3.1.3. Respecto de los ítems “I” y “V” relacionados anteriormente, dispuso dos campos (núm. 16 y 18) en los cuales se debía ingresar la descripción del otro motivo registrado.

5.3.2. Sobre la estructura del informe, algunos **Peritos Constitucionales Voluntarios**¹⁵⁹ realizaron múltiples observaciones en relación con la idoneidad y la necesidad de los campos allí incorporados, a saber:

- i) El diligenciamiento del formulario es confuso.
- ii) La opción “otros campos” posiblemente hace que se presenten dificultades.
- iii) Deben incorporarse todas las posibilidades de negación, basándose en el histórico de reportes existente.
- iv) El formulario debe contener los datos de edad, sexo, causa científica y/o administrativa para negar la atención por parte de las EPS.

¹⁵⁹ Los peritos Gestarsalud, Programa “Así Vamos en Salud”, Corporación Viva la Ciudadanía, Asocajas, Acemi y Ascofame dieron respuesta a los interrogantes formulados en el Auto 133A de 2012.

A partir de tal imagen, la Corte considera evidente que los registros allí contenidos son confusos y de difícil entendimiento. Aunado a que no son cuantificables y cualificables sin un soporte informático, lo que implica que al no existir un *software* público que traduzca esos caracteres, se está impidiendo el acceso a la información e imposibilitando un mejor análisis por parte de los órganos destinatarios de los datos.

Aunque el Ministerio incluyó en la Resolución 744 de 2012 las casillas “*motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR)*” y “*motivos de negación por el CTC (NEG)*”; estas no implican por sí solas el cumplimiento de lo establecido, puesto que mientras no se logre conocer con certeza el universo de tecnologías negadas y sus causas, no se superará la falla que dio origen a la orden *sub examine*.

5.4. Resolución 1683 de 2015¹⁶²:

5.4.1. Recientemente, se expidió la Resolución 1683 de 21 de mayo de 2015, mediante la cual se derogó la referida Resolución 744 y se adoptó un nuevo registro de negación de servicios. En esta norma se reguló el reporte de las tecnologías sin cobertura en el POS que fueran negadas por los aseguradores, en la plataforma de intercambio de información (PISIS) del sistema integral de información de la protección social (Sispro).

El informe allí confeccionado se encuentra conformado por *i*) un registro de control que a su vez se desglosa en 7 campos y, *ii*) un registro de los servicios no autorizados que incluye 21 campos adicionales; de lo que se infiere que el formulario quedó compuesto por 28 casillas a diligenciar. Puntualmente, la primera parte del reporte “*registro de control*” comprende las siguientes categorías de ingreso obligatorio:

Tabla núm. 6

0. Tipo de registro
1. Tipo de identificación de la entidad que reporta
2. Número de identificación de la entidad que reporta
3. Código de la entidad
4. Fecha inicial del periodo de la información reportada
5. Fecha final del periodo de la información reportada
6. Número total de registros de detalle contenidos en el archivo

En la segunda sección “*registro de detalle de la información de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS negados*”, se determinaron 27 casillas, de las cuales 19 son de registro ineludible y 8 permiten no ser diligenciadas, a saber:

Tabla núm. 7

CAMPO	Requerido	CAMPO	Requerido
0. Tipo de registro	SI	11. Nombre del servicio solicitado	SI
1. Consecutivo de registro	SI	12. Código de diagnóstico	SI
2. Código entidad	SI	13. Fecha de solicitud del servicio	SI
3. Tipo de régimen	SI	14. Concepto de negación del servicio o tecnología	SI
4. Tipo de documento de identidad del usuario	SI	15. Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR)	SI
5. Número de documento de identidad del usuario	SI	16. Descripción motivo otros para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR)	NO
6. Modalidad de atención	SI	17. Motivos de negación por el CTC (NEG)	NO

¹⁶² Por la cual se adopta registro de negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS en la plataforma de intercambio de información (PISIS) del sistema integral de información de la protección social (Sispro).

7. Tipo de servicio solicitado	SI	18. Descripción otros motivos de negación por el CTC (NEG)	NO
8. Código del medicamento	NO	19. Número del acta de CTC	NO
9. Código del procedimiento	NO	20. Fecha de realización del CTC	NO
10. Código del servicio solicitado	NO		

Respecto al campo núm. 15, en esta nueva norma se incluyeron los mismos motivos por los cuales no se adelantó el trámite ante el CTC determinados en la Resolución 744 de 2012 (ver considerando 5.3.1.1.), eliminando exclusivamente la causal “*B: El médico solicitante del servicio no pertenece a la red de la EPS*”, quedando así 8 de las 9 causales que existían bajo la regulación anterior.

De igual forma, mantuvo 9 de las 10 razones por las cuales el CTC negó la prestación solicitada prescritas en el campo núm. 17 del anexo técnico de la Resolución 744 (ver considerando 5.3.1.2.), excluyendo únicamente la correspondiente a “*N: El médico solicitante del servicio no pertenece a la red de la EPS*”. Asimismo, en la causal “*S*”¹⁶³ adicionó los servicios que se encuentren en fase de experimentación o que tengan que ser prestados en el exterior.

5.4.2. La Sala aclara que el Ministerio de Salud no ha comunicado a la Sala los fundamentos de la nueva resolución, ni las razones de las modificaciones efectuadas al registro anterior. El regulador se limitó, en los informes correspondientes a los trimestres III y IV de 2014¹⁶⁴, a comunicar que estaba diseñando algunas mejoras al proceso de recepción y análisis de información, con ocasión de algunos hallazgos encontrados por la Contraloría General de la República, las cuales serían comentadas a este Tribunal cuando estuvieren listas y hubieren sido socializadas con la Superintendencia de Salud y la Defensoría del Pueblo. No obstante, a esta Corporación no se allegó ningún proyecto de actuación ni borrador de norma, sino que en el primer reporte trimestral del año en curso¹⁶⁵, la Cartera de salud mencionó la expedición de la Resolución 1683 de 2015, sin mayores explicaciones.

5.4.3. Si bien, respecto a la idoneidad y eficiencia del nuevo formato establecido en la Resolución 1683 de 2015 no se ha elevado cuestionario al grupo de peritos constitucionales voluntarios de la Sala de Seguimiento, ni se conocen los resultados de su implementación, la Corte procederá a valorarlo debido a su similitud con el modelo que le precedió y a que este constituye un parámetro de estructura susceptible de ser evaluado formalmente.

5.4.3.1. Este Tribunal observa que el nuevo informe está conformado por *i*) un registro general que a su vez se desglosa en 7 campos y, *ii*) un registro de los servicios no autorizados que incluye 21 campos adicionales; de lo que se infiere que el formulario quedó compuesto por 28 casillas a diligenciar, 8 adicionales a las establecidas en la Resolución 744 de 2012.

En términos generales, tanto los conceptos a diligenciar, como las causales de negación codificadas en la normativa anterior no variaron sustancialmente en la nueva regla. En efecto, se conservó la causa “*otros motivos*” y los dos campos para describir dicho concepto.

¹⁶³ El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud.

¹⁶⁴ Informes de 5 de diciembre de 2014 y 27 de febrero de 2015.

¹⁶⁵ Informe de 29 de mayo de 2015.

5.4.3.2. La Corte encuentra cambios favorables en esta nueva regulación. El primero de ellos, relacionado con una de las acciones de mejora que el regulador denominó “*diseñar y poner en marcha un sistema más ágil y automático para la recolección y envío de estos registros al Ministerio de Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo.*”¹⁶⁶

Ahora el reporte se realiza a través del portal web del Sistema Integral de Información de la Protección Social -Sispro-, lo cual, en principio, conlleva que se mejoren las condiciones de oportunidad en la entrega, así como el flujo de información hacia sus destinatarios.

Igualmente, se aprecia la flexibilidad de algunos campos que dejaron de ser de ingreso obligatorio, cuya trascendencia no afecta el cumplimiento de la orden *sub examine* como: *i)* el código de medicamento, *ii)* el código del procedimiento, *iii)* el código del servicio solicitado, *iv)* el número del acta de CTC y, *v)* su fecha de realización. Ello simplifica el formulario, hace más eficaz su diligenciamiento y puede evitar errores que afecten el proceso de validación del informe.

En el mismo sentido, para la Corte la creación de una mesa de ayuda y un manual de uso de la plataforma, son medidas positivas para la capacitación y preparación del personal que realizará los reportes, aunque no del todo suficientes para alcanzar la calidad y claridad de los registros.

5.4.3.3. Sin embargo, se advierten aspectos negativos relacionados con la identificación de campos repetidos en el mismo formato como ocurre con el código de la entidad, sin que se conozca la utilidad de su ingreso por duplicado.

De igual manera, este Tribunal no encuentra justificación alguna para que se haya mantenido el esquema de informe en formato *.txt*, ya que, como se expuso en el considerando 5.3.3., se impide que se conozca la información por la ciudadanía obstaculizando el control social informal, entre otros.

Tampoco, se halla alguna razón para haber conservado la causal “*F. Cambio de régimen de seguridad social en salud*” contenida en el numeral 15 del anexo técnico, teniendo en cuenta que toda la población cuenta con un plan de beneficios unificado desde 2012¹⁶⁷. Aunado a que en el Decreto 3047 de 2013 fueron establecidas las condiciones y las reglas para la movilidad de los afiliados entre ambos regímenes.

Por ello, el Ministerio deberá evaluar su permanencia en el listado de motivos de negaciones NTR y NEG y, en caso de conservarla, deberá acreditar ante esta Sala las razones que sustentan dicha decisión.

5.4.3.4. Además, preocupa a esta Corporación que entre las casillas obligatorias se haya incluido “*17. Motivos de negación por el CTC (NEG)*”, por cuanto la sentencia objeto de supervisión ordenó claramente llevar un registro de los servicios no autorizados por el comité y su causa. Al dejar a la libre determinación del operador si se reporta o no, se está contraviniendo explícitamente la decisión de este Tribunal, como quiera que este es uno de los campos de inexorable diligenciamiento y análisis cuantitativo y cualitativo al tenor de lo consagrado en la orden décima novena.

¹⁶⁶ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4380-4391. (31 de octubre de 2013).

¹⁶⁷ Cfr. Acuerdo 11 de 2010 mediante el cual se unificó el POS para niños y niñas hasta los 18 años; Acuerdo 27 de 2011, mediante el cual se unificó el POS para mayores de 60 años y; Acuerdo 32 de 2012 mediante el cual se unificó el POS para la población entre 18 y 59 años.

Este cambio constituye un retroceso en el acatamiento del fallo estructural, si se compara con la información reportada en virtud de la Resolución 744 de 2012, que exigía escoger el motivo por el cual el CTC había negado la prestación de un listado cerrado de 10 categorías establecidas en dicho acto administrativo.

Si bien es cierto se logró algún avance formal en la recolección de datos en vigencia de la Resolución 744 de 2012, también lo es que su derogatoria y la entrada en vigor de la Resolución 1683 de 2015 constituyen un retroceso drástico en la configuración normativa del registro de negación de servicios, en los términos expuestos anteriormente.

5.4.3.5. También es extraño que se hayan excluido del listado de obligatorio diligenciamiento, las descripciones de “*otros motivos*” en las negaciones NTR y NEG (campos 16 y 18). Esta categoría se erige como un problema en la consolidación de datos veraces como se expone en el acápite 8.2., el cual terminaría agravándose aún más si se desconocen los pormenores de esa clasificación ante la liberalidad en el reporte por parte de las EPS.

Es necesario conocer los detalles que sustentan el registro de “*otros motivos*” a fin de que sirvan de insumo para fortalecer el listado de causas de negación en ambos registros (NEG y NTR). El objetivo debe ser rebajar ostensiblemente el porcentaje de negaciones correspondientes a la categoría residual, el cual por ninguna razón puede superar el 10 % del universo de datos analizados en el primer año, 5 % en el segundo y, 2 % a partir del tercer año de implementación del modelo actual; siempre que el Ministerio no demuestre técnicamente la imposibilidad del cumplimiento de dichos porcentajes y plazos.

5.4.3.6. En los términos de la orden décima novena no es admisible que el registro se circunscriba exclusivamente a las tecnologías sin cobertura en el POS, como quiera que es necesario conocer la realidad de las negaciones, incluso aquellas que versan sobre servicios incluidos en el plan de beneficios. Aunque la decisión de no autorizar una prestación ya financiada por la UPC sea ilegal, inconstitucional y hasta penalizable, esto no implica la eliminación de esos registros. Por el contrario, se deben conservar y perfeccionar para que se pueda investigar y sancionar a los responsables. Lo anterior no es óbice, para que el regulador aúne esfuerzos para minimizar al máximo posible los porcentajes de este tipo de negaciones, que de ningún modo puede exceder el 0,001 % (1 en 1.000 casos) y que debe avanzar progresivamente hasta lograr un 0,00 % en un plazo no mayor a 2 años; a menos que la Cartera de salud acredite que los porcentajes y tiempos determinados son técnicamente inalcanzables.

5.5. De conformidad con lo expuesto en este considerando respecto de ambas normas, es decir, las irregularidades advertidas y los problemas para el diligenciamiento de los reportes, la Sala concluye que a pesar de existir avances en el registro derogado, el formulario actual tiene graves problemas estructurales que no permiten concluir que constituya una medida conducente para la superación del déficit de información que dio lugar a la orden objeto de evaluación.

La libertad de configuración de la política pública de que goza el Ministerio de Salud, en calidad de órgano regulador del sistema, supone la definición discrecional de los datos solicitados a las EPS en el registro de negación de servicios. Sin embargo, no es admisible que en su afán de obtener la mayor cantidad de información, se termine obstaculizando el diligenciamiento del formulario o se desechen los datos requeridos para el cumplimiento de este mandato cuando no se superan las validaciones de los informes por errores en las variables adicionales incluidas.

En esa medida, la Sala concluye que no se han alcanzado los verdaderos objetivos de los reportes los cuales, se repite, requieren la identificación exacta de cuáles son *i)* las aseguradoras responsables de la negación de servicios, *ii)* las tecnologías en salud¹⁶⁸ negadas y, *iii)* la justificación de dicha determinación. Estos datos son de gran relevancia para que los destinatarios de la orden y el propio ente regulador identifiquen las condiciones que menoscaban el derecho fundamental a la salud, adopten las medidas tendientes a garantizar su goce efectivo y reporten los resultados obtenidos con los mismos, optimizando el flujo de información en esta materia.

6. Acatamiento de la obligación de entregar los informes por parte de las EPS

6.1. Teniendo en cuenta el tiempo transcurrido, para la Corte el cumplimiento del deber de las EPS de reportar los servicios negados es un elemento que permite demostrar los avances positivos en la aplicación de las medidas adoptadas por la Cartera de salud. Es suficiente con tomar en consideración los siguientes datos presentados por el ente regulador:

Tabla núm. 8

Consolidado de entidades reportantes según cada informe trimestral presentado por el Ministerio de Salud								
Año	Trimestre	Mes	Entidades habilitadas	Entidades reportantes	Entidades no reportantes			
2009	I	Enero	66	42	24			
		Febrero						
		Marzo						
	II	Abril						
		Mayo						
		Junio						
	III ¹⁶⁹	Julio						
		Agosto						
		Septiembre						
	IV ¹⁷⁰	Octubre				67	35	32
		Noviembre				67	47	20
		Diciembre				67	41	26
2010	I ¹⁷¹	Enero	67	36	31			
		Febrero	67	37	30			
		Marzo	67	35	32			
	II ¹⁷²	Abril	67	31	36			
		Mayo	69	31	38			
		Junio	69	33	36			
	III ¹⁷³	Julio	63	40	23			
		Agosto	63	39	24			
		Septiembre	63	37	26			
	IV	Octubre	No presentó ¹⁷⁴					

¹⁶⁸ Cfr. Resolución 5521 de 2013, art 8.31: “Tecnología en salud: Concepto que incluye todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.”

¹⁶⁹ Informe del periodo enero a octubre de 2009, presentado el 13 de enero de 2010. Obra en la AZ Orden XIX-B, folios 617-621.

¹⁷⁰ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 676-680 (12 de abril de 2010).

¹⁷¹ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 742-745 (9 de junio de 2010).

¹⁷² Cfr. AZ Orden XIX-H, folios 3080-3084 (9 de agosto de 2010).

¹⁷³ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3694-3703 (4 de febrero de 2011).

¹⁷⁴ En adelante entiéndase por “no presentó”, los informes trimestrales de años anteriores que no fueron presentados en ningún tiempo a la Corte Constitucional.

		Noviembre			
		Diciembre			
2011	I	Enero	No presentó		
		Febrero			
		Marzo			
	II ¹⁷⁵	Abril	65	60	5
		Mayo			
		Junio			
	III ¹⁷⁶	Julio	65	56	9
		Agosto			
		Septiembre			
	IV ¹⁷⁷	Octubre	73	58	15
		Noviembre			
		Diciembre			
2012	I ¹⁷⁸	Enero	73	60	13
		Febrero			
		Marzo			
	II ¹⁷⁹	Abril	74	11	63
		Mayo	74	43	31
		Junio	74	43	31
	III ¹⁸⁰	Julio	74	54	20
		Agosto	74	51	23
		Septiembre	74	48	26
	IV ¹⁸¹	Octubre	74	51	23
		Noviembre	74	51	23
		Diciembre	74	50	24
2013	I ¹⁸²	Enero	75	60	15
		Febrero	75	60	15
		Marzo	75	60	15
	II ¹⁸³	Abril	75	59	16
		Mayo	75	58	17
		Junio	75	56	19
	III ¹⁸⁴	Julio	73	55	18
		Agosto	73	55	18
		Septiembre	73	54	19
	IV ¹⁸⁵	Octubre	74	55	19
		Noviembre	74	56	18
		Diciembre	74	56	18
2014	I ¹⁸⁶	Enero	54	50	4
		Febrero	54	53	1
		Marzo	54	47	7
	II ¹⁸⁷	Abril	52	49	3
		Mayo	52	45	7
		Junio	52	40	12
	III ¹⁸⁸	Julio	53	45	8
		Agosto	53	42	11
		Septiembre	53	45	8

¹⁷⁵ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3772-3801 (5 de diciembre de 2011).

¹⁷⁶ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 3965-3995 (20 de marzo de 2012).

¹⁷⁷ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 3996-4022 (17 de abril de 2012).

¹⁷⁸ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4183-4211 (7 de septiembre de 2012).

¹⁷⁹ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4212-4242 (17 de septiembre del 2012).

¹⁸⁰ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4269-4292 (17 de enero de 2013).

¹⁸¹ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4293-4317 (21 de marzo de 2013).

¹⁸² Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4318-4341 (2 de julio de 2013).

¹⁸³ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4380-4391 (31 de octubre de 2013).

¹⁸⁴ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4392-4415 (11 de marzo de 2014).

¹⁸⁵ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4416-4439 (11 de marzo de 2014).

¹⁸⁶ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4664-4686 (27 de mayo de 2014).

¹⁸⁷ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4716-4727 (5 de agosto de 2014).

¹⁸⁸ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4731-4750 (5 de diciembre de 2014).

2015	IV ¹⁸⁹	Octubre	54	44	10
		Noviembre	54	30	24
		Diciembre	54	36	18
	I ¹⁹⁰	Enero	52	43	9
		Febrero	52	43	9
		Marzo	52	45	7
II	Abril	No ha sido allegado ¹⁹¹			
	Mayo				
	Junio				

6.2. A partir de lo expuesto, la Sala observa que pese a que se está entregando el informe dispuesto en la orden examinada, no todas las entidades habilitadas en el país reportan los servicios negados al Ministerio de Salud y Protección Social¹⁹².

Este Tribunal aprecia que durante los dos últimos años la tendencia ha sido que más de la mitad de las entidades concernidas han entregado los informes de negación de servicios, por lo que se ha avanzado en la satisfacción del presupuesto formal para que se cumpla con el cometido de la orden décima novena, teniendo en cuenta que con anterioridad a la expedición de la Sentencia T-760 de 2008, ninguna entidad comunicaba estas situaciones al ente regulador.

De hecho, durante el año 2014, la proporción de EAPB que incumplieron la entrega de los datos disminuyó notablemente, de manera que se han aumentado los índices de acatamiento sin que se haya llegado al 100 % de entidades reportantes. Ello lo corrobora el *dossier* del primer trimestre de 2015, donde solo 43 de 52 aseguradoras activas adelantaron su respectivo registro de negaciones.

Sin embargo, la Corte reitera que no es suficiente con que un alto porcentaje de EPS presenten oportunamente el reporte a su cargo¹⁹³, sino que es imperativo que la totalidad de las aseguradoras lo hagan máxime cuando no es una obligación difícil de cumplir y han trascendido más de 7 años desde que la Corte la impartió. Los términos de este indicador deben ser y permanecer estrictos, en razón a que se requiere conocer el universo de prestaciones no autorizadas y sus motivos, para dotar de precisión y contundencia los estudios realizados por las autoridades obligadas, y así conjurar las verdaderas causas por las cuales se está impidiendo el acceso a los servicios formulados por el médico tratante a los usuarios del sistema.

Si bien, el cumplimiento de este indicador es responsabilidad exclusiva del regulador, la Corte reprocha la actitud reticente y negligente de algunas entidades promotoras de salud que continúan sin acatar la obligación de entrega de los informes de negación de servicios, más aún cuando en ellas radica la única fuente de información en la materia.

¹⁸⁹ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4751-4771 (27 de febrero de 2015).

¹⁹⁰ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4772-4787 (29 de mayo de 2015).

¹⁹¹ En adelante la expresión “no ha sido allegado”, deberá entenderse respecto de los informes cuyo trimestre se venció recientemente pero que hasta el momento el Ministerio no ha remitido a la Corte.

¹⁹² Sobre este aspecto, mediante escrito presentado el 11 de julio de 2012, Así Vamos en Salud indicó que: “Si una de las falencias es que las entidades no perciben este reporte como de obligatorio cumplimiento, tampoco en la Resolución se hace explícito un esquema sancionatorio para quien (es) incurra (n) en la falta de no realizar dicho reporte mensualmente como lo contempla la reciente Resolución, ya que esta información es de vital importancia para el seguimiento en su conjunto del cumplimiento de la Sentencia T-760/08.” (AZ orden XIX-J, folios 4054-4068).

¹⁹³ Cfr. Ley 1438 de 2011, art. 114: “Obligación de reportar. Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna.”

6.3. Por ello, esta Corporación advierte la necesidad de adelantar acciones más efectivas para lograr el cumplimiento de la totalidad de instituciones obligadas y estimular el reporte de los datos referidos, atendiendo su trascendencia para el sistema de salud.

Por tanto, se ordenará al órgano regulador que dentro del ámbito de sus competencias¹⁹⁴ determine las causas de dicha reticencia y establezca las medidas a corto plazo correspondientes para lograr que el 100 % de las entidades habilitadas registren los servicios negados de que trata la orden décima novena, tales como auditorías con cargo a las EPS, imposición de multas sucesivas o cualquier otra mediante la cual se logre dicho cometido¹⁹⁵.

7. Deber de garantizar el flujo de información sobre servicios negados a los destinatarios de los reportes

7.1. En el trámite de seguimiento la Sala advirtió la falta de remisión de los reportes de negación de servicios a las entidades destinatarias de esa información, esto es, la CRES, la Superintendencia de Salud y la Defensoría del Pueblo, acorde con las respuestas al Auto de 19 de agosto de 2011 remitidas por esas entidades. De igual manera, la normatividad expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social¹⁹⁶ no reconocía como obligación de las entidades promotoras de salud el envío de dichos registros.

En consecuencia, en el Auto 043 de 2012 se ordenó al Ministerio que adoptara una nueva reglamentación que incluyera todos los destinatarios de los reportes presentados por las EPS. En respuesta a esa decisión, el Ministerio expidió la Resolución 744 de 2012 que en su artículo 2 estableció:

¹⁹⁴ Cfr. Ley 100 de 1993, art. 173: “Son funciones del Ministerio de Salud además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, especialmente en la Ley 10 de 1990, el Decreto ley 2164 de 1992 y la Ley 60 de 1993, las siguientes: (...) 3. Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. (...) 7. El Ministerio de Salud reglamentará la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del sistema de seguridad social de salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio. La inobservancia de este reglamento será sancionada hasta con la revocatoria de las autorizaciones de funcionamiento.” // Decreto 4107 de 2011, art. 1: “(...) El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá, orientará, coordinará y evaluará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en lo de su competencia, adicionalmente formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la Protección Social.” // Art. 2: “El Ministerio de Salud y Protección Social, además de las funciones determinadas en la Constitución Política y en el artículo 59 de la Ley 489 de 1998 cumplirá las siguientes: (...) 8. Formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, de aseguramiento en salud y riesgos profesionales, de prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de sistemas de información, así como los demás componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (...) 14. Regular la oferta pública y privada de servicios de salud, la organización de redes de prestación de servicios y establecer las normas para la prestación de servicios y de la garantía de la calidad de los mismos, de conformidad con la ley. (...) 23. Definir y reglamentar los sistemas de información del Sistema de Protección Social que comprende afiliación, recaudo, y aportes parafiscales. La administración de los sistemas de información de salud se hará en coordinación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.”

¹⁹⁵ Podrán determinarse mecanismos como el consagrado en el art. 116 de la Ley 1438 de 2011: “Sanciones por la no provisión de información. Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios), serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia.”

¹⁹⁶ Cfr. Resoluciones 3173 de 2009, 3821 de 2009 y 163 de 2011 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

“Destinatarios de la información. Son destinatarios de la información contenida en el Registro de Negación de Servicios Médicos la Superintendencia Nacional de Salud, la Comisión de Regulación en Salud - CRES, la Defensoría del Pueblo y la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o la dependencia que haga sus veces.” (Negrilla fuera del texto original)

Analizada la Resolución, este Tribunal constata un cambio formal al haber agregado a las entidades destinatarias de los informes distintas al ente regulador, apreciándose un avance eminentemente formal en el cumplimiento de la orden.

Sin embargo, ante las quejas de la Defensoría del Pueblo y la CRES (hoy liquidada) por la falta de entrega de los registros y el incumplimiento en la periodicidad establecida, se hace imperativo que el Ministerio adopte las medidas que faciliten la verificación real del 100 % de los reportes sobre los servicios negados, principalmente por la Supersalud, ya que es la entidad competente para sancionar las conductas omisivas y recurrentes de las aseguradoras.

Ahora bien, esta Corporación evidencia que la información reportada por la CRES y la Superintendencia de Salud no coincide con los registros del Ministerio, *verbi gratia*, en 2009 se indicaron tres datos diferentes sobre el total de tecnologías negadas, como se expone a continuación¹⁹⁷:

Tabla núm. 9

Total de servicios negados años 2009 y 2010		
Entidad reportante	2009	2010
Ministerio de Salud	108.780	253.034 ¹⁹⁸
CRES	73.559	No presentó
Superintendencia de Salud	276.875	258.932

Adicionalmente, en el interior de los propios informes de la Cartera de salud se presentan incongruencias, acorde a lo indicado en el acápite considerativo 8.4.1.

7.2. Sumado a ello, la Corte no encuentra que la CRES hubiere acreditado acción alguna sobre los resultados arrojados en el análisis de los datos remitidos por las entidades desde la expedición de la sentencia hasta la fecha de su supresión.

Asimismo, con posterioridad a su liquidación, ordenada por el Decreto 2560 de 10 de diciembre de 2012, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Ministerio de Salud y Protección Social no ha remitido ningún informe en relación con las atribuciones que le correspondían a dicha entidad y que fueron asumidas por ella en virtud de la norma bajo cita. Ello permite concluir que existen ciertas entidades que no terminan por asumir las obligaciones de la sentencia que les son propias.

7.3. De otra parte, se observa que la Superintendencia de Salud ha reportado las siguientes actuaciones:

7.3.1. En cuatro informes remitidos entre julio de 2009 y junio de 2011, comunicó haber iniciado 162 procesos, de los cuales archivó 89 y profirió sanción en 51, desconociendo

¹⁹⁷ Cfr. núm. 8, 9, 14, 16 y 17 del acápite de antecedentes.

¹⁹⁸ A esta cifra le falta lo correspondiente al cuarto trimestre de 2010, como quiera que el Ministerio de Salud no presentó el informe.

la Corte el resultado de las restantes 22 actuaciones de las cuales no se indicó su estado, como se lee a continuación:

Tabla núm. 10

Fecha del informe	Total de procesos	Procesos cerrados	Procesos con sanción	Sanción más frecuente
30 de julio de 2009 ¹⁹⁹	54	28	17	10 s.m.l.m.v.
3 de agosto de 2009 ²⁰⁰	45	28	17	10 s.m.l.m.v.
15 de enero de 2010 ²⁰¹	9	5	4	Por presentar informe extemporáneo 5 s.m.l.m.v.
1 de junio de 2011 ²⁰²	54	28	13	10 s.m.l.m.v.

Desde septiembre de 2011 hasta mayo de 2014 no hubo participación de este órgano de control en el trámite de seguimiento, lapso en el cual la Corte no conoció las actuaciones iniciadas y las medidas adoptadas.

7.3.2. Con posterioridad solo se recibió reporte de la Superintendencia hasta el 26 de mayo de 2014²⁰³, donde comunicó el número de diligencias culminadas con sanción durante los años 2011 a 2013, como se expone a continuación:

Tabla núm. 11

Año	Total de procesos	Procesos cerrados	Procesos con sanción
2011	No reportó	No reportó	73
2012			58
2013			55

Al respecto, pese a que se reportó el número de actuaciones concluidas con sanción en los años 2011 a 2013, no se determinó la causa de tales procesos, ni el universo de diligencias iniciadas y cerradas.

7.3.3. En el mismo informe²⁰⁴, la Supersalud aseguró haber iniciado 6 investigaciones por la no rendición de los informes trimestrales de negación a las siguientes entidades:

Tabla núm. 12

Expediente	Vigilado	Motivo	Palabra clave origen actuación	Sentencia T-760(si/no)	Órdenes
0513-2013-00011	EPS FAMISANAR LTDA.	10 ²⁰⁵	NO APLICA	SI	C ²⁰⁶
0511-2013-00054	SALUD COLPATRIA EPS	10	NO APLICA	SI	C
0511-2013-00055	COOMEVA EPS	10	NO APLICA	SI	C
0511-2013-00051	HUMANA VIVIR EPS	10	NO APLICA	SI	C
0511-2013-00052	EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN-	10	NO APLICA	SI	C

¹⁹⁹ Cfr. AZ orden XIX-B, folios 442-485.

²⁰⁰ Cfr. AZ orden XIX-B, folios 498-547.

²⁰¹ Cfr. AZ orden XIX-B, folios 622-675.

²⁰² Cfr. AZ orden XIX-I, folios 3726-3734.

²⁰³ Cfr. AZ orden XIX-K, folios 4662-4663. Repuesta al Auto 015 de 2014 (orden 23), además contiene información para las órdenes 19, 20 y 28.

²⁰⁴ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4662-4663 (anexo respuesta 4 y anexo b respuesta 4).

²⁰⁵ *Ibidem*. El archivo denomina como motivo 10: "comité técnico científico – CTC".

²⁰⁶ *Ibidem*. El archivo denomina como orden C: "orden 19 - no rendición del informe".

	DEPARTAMENTO MÉDICO				
0511-2013- 00053	SALUD TOTAL EPS	10	NO APLICA	SI	C

7.3.4. No se hace mención de los datos entregados por la Superintendencia a la Defensoría del Pueblo el 26 de febrero de 2015 referidos en el antecedente núm. 37, por cuanto dicho informe no obra en el expediente de seguimiento, sino que solo se cuenta con el relato que sobre aquel, hizo el órgano de control.

7.3.5. Si bien se cuentan con algunos datos sobre las investigaciones adelantadas, los mismos no son significativos, como quiera que a la fecha la Corte desconoce la totalidad de resultados, sanciones y/o acciones correctivas que ese órgano²⁰⁷ ha implementado en relación con las entidades que reiteradamente desacatan el deber de reporte de información²⁰⁸.

Esta Corporación no encuentra justificación para que se hubieren iniciado tan solo 6 actuaciones administrativas por parte de la Supersalud, en relación con la falta de entrega de los informes en 2013, como quiera que según los datos del Ministerio de Salud para esa época se abstuvieron de remitir el reporte, entre 15 y 19 EAPB por mes (*ver considerando 6.1.*).

Este es un mal indicador de gestión ya que el órgano de control está investigando solo el 3 % de las faltas cometidas aproximadamente. Aunado a ello, no se conocen las razones para no haber iniciado las diligencias por parte de la Superintendencia. En tal contexto, no tiene ninguna finalidad que el Tribunal Constitucional continúe exigiendo medidas y normas al ente regulador, si las demás autoridades no cumplen sus deberes constitucionales, legales y reglamentarios.

Atendiendo a lo expuesto, la Sala considera que en este aspecto la Superintendencia de Salud no está cumpliendo con sus funciones, por tanto encuentra necesario que ejerza con mayor ahínco las tareas de control²⁰⁹ dispuestas en el ordenamiento jurídico²¹⁰, en

²⁰⁷ Cfr. Ley 1438 de 2011, art. 130: “La Superintendencia Nacional de Salud, impondrá multas en las cuantías señaladas en la presente ley o revocará la licencia de funcionamiento, si a ello hubiere lugar, a las personas naturales y jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de su vigilancia, así como a título personal a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quien haga sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado de las entidades vigiladas por dicha Superintendencia, cuando violen las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras, por incurrir en las siguientes conductas: (...) 130.12 No reportar oportunamente la información que se le solicite por parte del entonces Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, por o por la Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces.”

²⁰⁸ Ley 1438 de 2011, art. 116. *Op.cit.* núm. 127.

²⁰⁹ Cfr. Ley 1122 de 2007, art. 35: “C. Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.”

²¹⁰ Decreto 2462 de 2013, art. 6: “La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las siguientes funciones: (...) 5. Inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (...) 6. Inspeccionar, vigilar y controlar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, propendiendo que los actores del mismo suministren la información con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia. (...) 17. Velar por la idoneidad de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud a través, entre otras, de la autorización o revocatoria del funcionamiento y la habilitación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), o las que hagan sus veces, de conformidad con lo establecido en la normativa vigente. Para efectos del presente decreto se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficiarios de Salud, (EAPB) las enunciadas en el numeral 121.1 del artículo 121 de la Ley 1438 de 2011 y las normas que las modifiquen o adicionen. (...)28. Adelantar los procesos administrativos, adoptar las medidas que se requieran y trasladar o

orden a lograr que todas las aseguradoras obligadas realicen el respectivo registro de negación de servicios y en general acaten fidedignamente cualquier obligación de reporte de información, cuya última finalidad es identificar las entidades que no autorizan prestaciones POS, erradicar esta práctica irregular y elevar los índices de acceso efectivo.

7.4. En contraste, el único obligado del que se ha percibido actividad ha sido la Defensoría del Pueblo, que en sus múltiples informes ha destacado los resultados no satisfactorios ya referidos. Además, a pesar de haber requerido en varias oportunidades a la Cartera de salud para que comunicara los avances obtenidos, no obtuvo respuesta alguna.

Recientemente, la Defensoría advirtió un esfuerzo positivo el listado de procesos investigativos iniciados por el incumplimiento o anomalías en la información reportada. No obstante, destacó entre las principales dificultades: la falta de confiabilidad de los datos, la insuficiencia del mecanismo de auditoría, la inexistencia de un sistema de información que reporte directamente el estado de negaciones y, que el agregado de la información en “*otros motivos*” no permite realizar un análisis relevante sobre motivos y factores.

Con el fin de solucionar las fallas subsistentes, recomendó entre otras: *i*) la eliminación de las autorizaciones para poblaciones vulnerables, *ii*) la eliminación de la categoría “*otros*” de los formatos de reporte de negaciones y *iii*) establecer un sistema de información alrededor de negaciones y tutelas. Por último, concluyó que la situación que originó el mandato examinado no ha sido superada.

7.5. En esa medida, es imperioso aclarar a la Superintendencia de Salud y la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Ministerio de Salud y Protección Social, que los informes de negación de servicios de salud no tienen una vocación formal, ni les son remitidos con fines de conocimiento exclusivamente, sino para que, con fundamento en sus obligaciones legales y reglamentarias, detecten malas prácticas, adopten medidas eficaces y actúen oportunamente en relación con la evidencia allí encontrada, como lo ha señalado esta Sala Especial en pronunciamientos anteriores²¹¹. Con tantas providencias solicitando el cumplimiento de la orden, esta Sala desprende la omisión el mandato constitucional, lo cual transgrede el carácter normativo de la Constitución y desconoce las competencias de este Tribunal.

Hasta ahora las gestiones de la mayoría de autoridades tienen una calidad eminentemente formal y estructural, debido a que la información solicitada tiene una finalidad que no se encuentra cumplida y no se ha acreditado alguna actuación que se haya adelantado con ocasión de ello. Por tanto, la Corte considera necesario que se implemente una coordinación institucional eficaz²¹², acompañada de un sistema de indicadores y señales de progreso cualitativas, cuya ausencia ha dificultado hasta el momento el cumplimiento de la sentencia objeto de verificación.

Por ende, se ordenará a todos los órganos obligados por la orden décima novena que actúen de forma armónica, bajo el principio de colaboración de la administración

denunciar ante las instancias competentes, en los términos establecidos en la normativa vigente, las posibles irregularidades que se puedan estar generando por los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”

²¹¹ Cfr. Auto de 13 de julio de 2009.

²¹² Cfr. Artículo 209 Superior.

pública²¹³. Para tal efecto, la Procuraduría General de la Nación deberá hacer un acompañamiento permanente en ejercicio de la función preventiva de origen Constitucional²¹⁴, en el proceso de cumplimiento de las órdenes impartidas en este proveído.

8. Contenido de la información sobre servicios negados entregada por parte de las autoridades obligadas

En este acápite la Sala procederá a analizar los *ítems* que considera más relevantes, ya sea por los altos porcentajes reportados o por la importancia de la temática que tratan y que se encuentra en los informes que obran en el expediente.

Como quiera que las causales examinadas fueron establecidas en la Resolución 744 de 9 de abril de 2012, que entró a regir ese mismo día, solo se tomarán como referencia los datos registrados con posterioridad al II trimestre de dicha anualidad, inclusive. Esto sirve para derivar algunos puntos que deberán ser revisados y corregidos por los destinatarios del mandato.

Se aclara que se allegaron cuatro reportes por parte del regulador correspondientes a periodos anteriores a la entrada en vigencia de la referida normatividad²¹⁵. Para este estudio no se tomarán en cuenta, como quiera que fueron diligenciados con los criterios de la Resolución 163 de 2011. Tampoco se abordará la Resolución 1683 de 2015, debido a que hasta el momento la Sala no ha recibido ningún informe que dé cuenta de su implementación.

8.1. *Tendencia decreciente de negación de servicios de salud*

8.1.1. Acorde con los informes que la Cartera de salud ha aportado al trámite de seguimiento a la orden décima novena, la Corte advierte, en principio, una tendencia decreciente en las tecnologías no autorizadas tanto por el CTC como por la EPS, como se expone a continuación:

Tabla núm. 13

Año	Trimestre	Total Negaciones	Total registros validados	% de registros analizados	Negado por CTC –NEG–	No tramitado ante CTC – NTR–
2012	II	89.048	N/A	100 %	25.975	63.073
2012	III	62.873	N/A	100 %	39.516	23.357
2012	IV	61.510	N/A	100 %	36.907	24.603
2013	I	61.779	N/A	100 %	35.959	25.820

²¹³ Cfr. Ley 489 de 1998, art. 6: “En virtud del principio de coordinación y colaboración, las autoridades administrativas deben garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los fines y cometidos estatales”.

²¹⁴ De conformidad con el artículo 5 de la Resolución 490 de 2008, expedida por el Procurador General de la Nación, “Por medio de la cual se crea el Sistema Integral de Prevención y se establecen los principios y criterios correspondientes al ejercicio de la función preventiva a cargo de la Procuraduría General de la Nación”, prevenir, en estricto sentido, es “promover e impulsar un conjunto de políticas, planes, programas o acciones dirigidas a evitar la ocurrencia de hechos, actos u omisiones contrarios a la Constitución y la ley atribuibles a agentes del Estado o a particulares que cumplan funciones públicas, a partir de la elaboración de investigaciones y alertas pertinentes.” Así mismo, el inciso segundo del artículo 2 de dicho acto administrativo dispone que: “La prevención integral comprende igualmente la vigilancia focalizada a instituciones estatales o a particulares que ejerzan funciones públicas, orientada a promover e impulsar el cumplimiento de la Constitución y la ley, así como la eventual sanción disciplinaria a los responsables, atendiendo el carácter disuasivo de las mismas.”

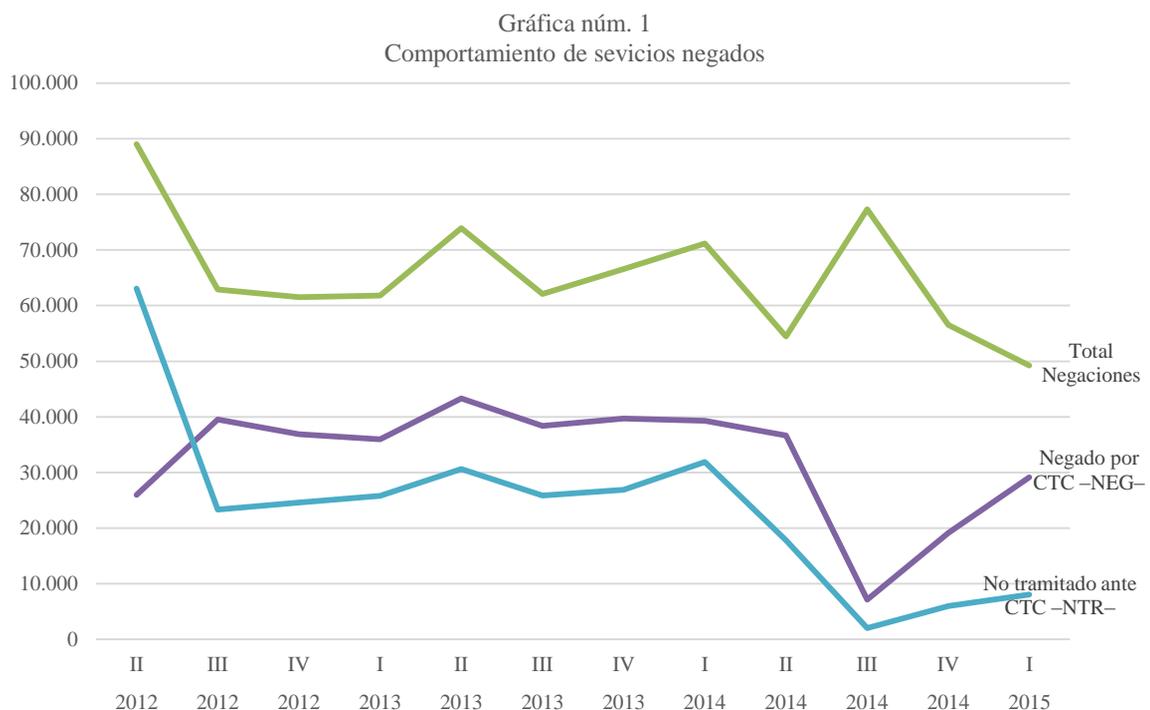
²¹⁵ El Ministerio de Salud y Protección Social aportó en las siguientes fechas los consolidados de negación de servicios de salud: el 8 de junio, 20 de marzo, 17 de abril y 7 de septiembre del 2012, los cuales corresponden a los periodos del segundo, tercer y cuarto trimestre del 2011 y al primer trimestre del 2012, respectivamente.

2013	II	73.929	N/A	100 %	43.319	30.610
2013	III	62.084	N/A	100 %	38.398	25.876
2013	IV	66.572	N/A	100 %	39.673	26.891
2014	I	71.169	N/A	100 %	39.285	31.884
2014	II	54.446	N/A	100 %	36.641	17.805
2014	III	77.337	9.174	8,98 % ²¹⁶	7.144	2.030
2014	IV	56.510	25.165	44,53 %	19.162	6.003
2015	I	49.210	37.512	75,62 % ²¹⁷	29.156	8.059
2015	II	No ha sido allegado				

Sobre el particular, este Tribunal encuentra variaciones entre 61 mil y 77 mil negaciones en 8 de los 13 periodos reportados, sin comportamientos estables hacia el alza o la baja.

En el tercer *dossier* de 2015, se evidenció un incremento del 42 % respecto del lapso anterior, pasando de 54.446²¹⁸ a 77.337 servicios no autorizados. Con posterioridad, se marcó la única tendencia decreciente considerable en todo el tiempo analizado, en tanto se logró en el siguiente periodo una mengua del 26,93 % y en el primer trimestre de 2015 continuó disminuyendo a 36,36 %. De hecho, analizados los 89.048 reportes del segundo trimestre de 2012, respecto de los 49.210 registros correspondientes al primero de 2015, se observa una rebaja superior al 44 % en la totalidad de servicios negados.

8.1.2. Ahora bien, en torno a las tecnologías formuladas por el médico tratante negadas por la EPS y no tramitadas ante el CTC -NTR- y las no autorizadas directamente por el CTC, se tiene la siguiente información:



²¹⁶ Este dato obra a folio 4735, no obstante al calcular el porcentaje de registros validados respecto de los entregados en el trimestre, que obran en el mismo folio, el resultado es 11,86 % el cual difiere con lo reportado.

²¹⁷ Este dato obra a folio 4776, no obstante al calcular el porcentaje de registros validados respecto de los entregados en el trimestre, que obran en el mismo folio, el resultado es 76,23 % el cual difiere con lo reportado.

²¹⁸ Corresponde al segundo trimestre de 2014.

8.1.2.1. Atendiendo lo expuesto en la gráfica, la Corte encuentra que pese a que inicialmente los mayores registros correspondían a NTR con 63.073²¹⁹ casos, para el segundo trimestre de 2014 se redujeron a 17.805, equivalente al 71,77 %.

Mientras que los reportes NEG que en 2012 ascendían a 25.975 han oscilado frecuentemente hasta alcanzar 36.641²²⁰, lo cual implica que han aumentado un 41 %, constituyéndose en la clasificación de registros negados más usada.

8.1.2.2. A continuación, es decir, a partir del tercer trimestre de 2014 se presenta un pico decreciente en las dos clases de negaciones, que en los periodos siguientes tiende a aumentar progresivamente. En efecto, de 77.337²²¹ negaciones solo fueron aceptadas 9.174, lo que equivale al 8,98 %; con posterioridad, de 56.510²²² tuvieron validación exitosa 25.165, que corresponden al 44,53 % y; finalmente, de 49.210²²³ se estudiaron 37.215, es decir, el 75,62 %.

La Cartera de salud remitió exclusivamente los datos validados exitosamente, lo cual ocasiona que se distorsione el análisis cualitativo de la tendencia, al tratarse de información incompleta que no refleja los resultados del universo de negaciones.

El Ministerio justificó dicha situación en el informe correspondiente al tercer trimestre de 2014, en los siguientes términos: *“En el marco de la Resolución 2887 de 2014 [a] la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones se le asignó (sic) la orden 19 de la Sentencia T-760 de 2008, por lo tanto esta Dirección a partir del 17 de Julio realizó (sic) modificaciones en el validador del anexo técnico de la resolución 744 de 2012, donde incluyó la validación de los códigos CUM, CUPS y CI-10, de igual manera se le informó a las EPS y EOC las fuentes de donde debían tener en cuenta los códigos anteriormente (sic) y se les recordó a las EPS y EOC como (sic) se debería presentar como indica la norma. || Motivo por el cual solo se refleja el 8,98 % de los registros que pasaron la validación.”*²²⁴

8.1.2.3. Así las cosas, esta Corporación considera que la disminución consignada en la gráfica a partir del tercer trimestre de 2014, no evidencia un avance en las mediciones de los índices de negaciones, ya que si bien se observa su aparente rebaja en ambas clasificaciones (NEG y NTR), en realidad, ello es consecuencia de no haber podido analizar la totalidad de reportes debido a que amplios porcentajes de datos que van del 50 % al 90 %, fueron excluidos del estudio al no superar los protocolos de validación determinados por el regulador.

En la actualidad la información puede ser más consistente, pero el rango examinado no es representativo de la totalidad de negaciones acaecidas en el periodo, como quiera que en algunos meses no superó siquiera el 9 % de lo informado. En estas circunstancias, para este Tribunal –por ahora– es improductivo realizar estudios cuantitativos y cualitativos de las cifras consolidadas de las dos categorías (NTR y NEG) y los motivos de no autorización, para que sirvieran de insumo para la adopción de acciones de política pública que conjuraran las fallas que aún persisten en el sistema.

²¹⁹ Corresponde al segundo trimestre de 2012.

²²⁰ Corresponde al segundo trimestre de 2014.

²²¹ Corresponde al tercer trimestre de 2014.

²²² Corresponde al cuarto trimestre de 2014.

²²³ Corresponde al primer trimestre de 2015.

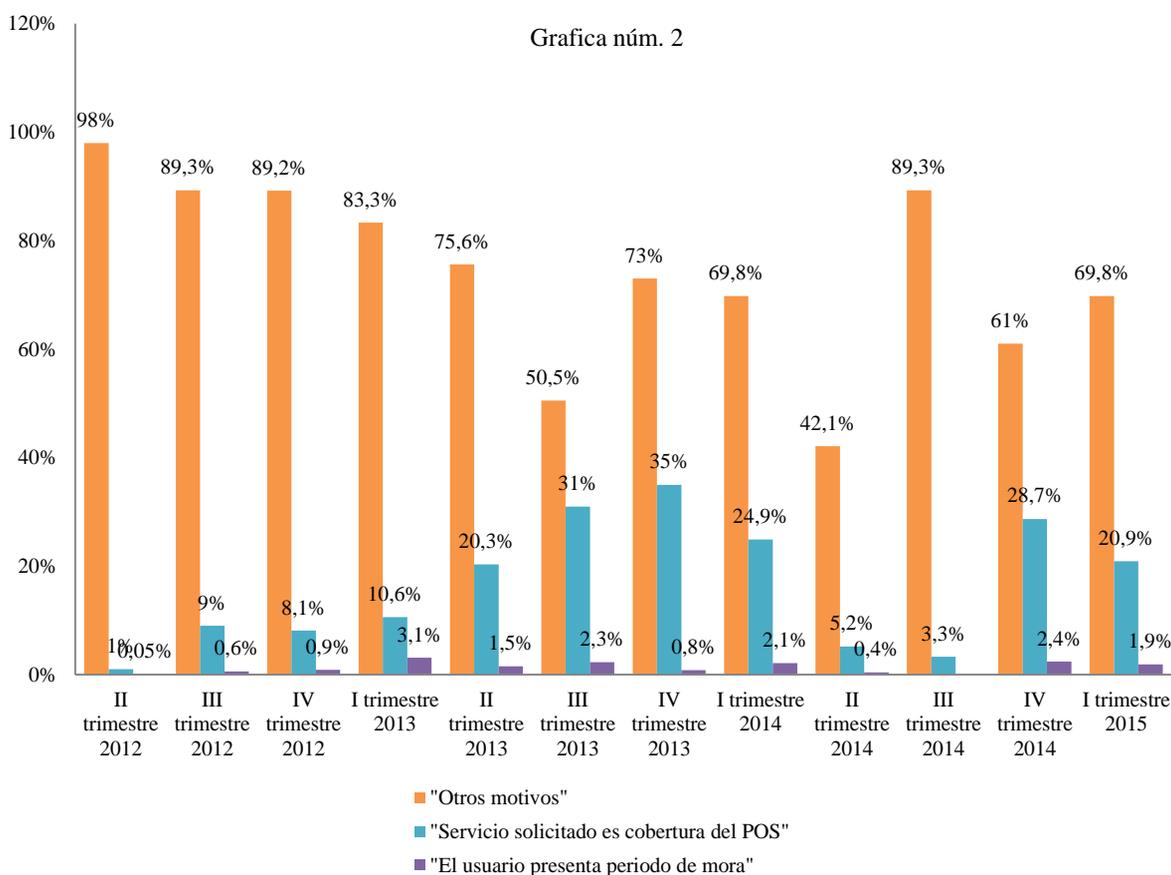
²²⁴ Cfr. AZ Orden XIX-K, folio 4735.

Es indispensable contar con la mayor cantidad de información posible de cara a facilitar la tarea del órgano de inspección, vigilancia y control, así como fortalecer las decisiones del regulador, las cuales serán más sólidas siempre que estén fundadas en datos completos, certeros y veraces.

Como quiera que en los últimos 3 trimestres se ha progresado en los porcentajes de validación exitosa desde el 8,98 %²²⁵, pasando por el 44,53 %²²⁶, hasta llegar al 75,62 %²²⁷; para esta Corporación es evidente que se podrá conocer la mayoría de la información en un corto tiempo. De allí que el Ministerio de Salud deberá adelantar las labores necesarias para que en el término de seis meses se cuente como mínimo con el 90 % de los registros validados y deberá acceder al 95 % en un año. En caso de considerar estos porcentajes inconvenientes o inalcanzables, el ente ministerial deberá justificarlo técnicamente ante esta Sala.

8.2. Sobre la causal “otros motivos”

8.2.1. Los servicios no autorizados se pueden clasificar según la causa codificada por el Ministerio que elija el reportante. Los conceptos de negación del servicio ordenado por médico tratante y no tramitado ante el CTC -NTR- más frecuentes son:



Asimismo, las justificaciones más recurrentes en la negación de las prestaciones por parte del CTC -NEG-²²⁸ son:

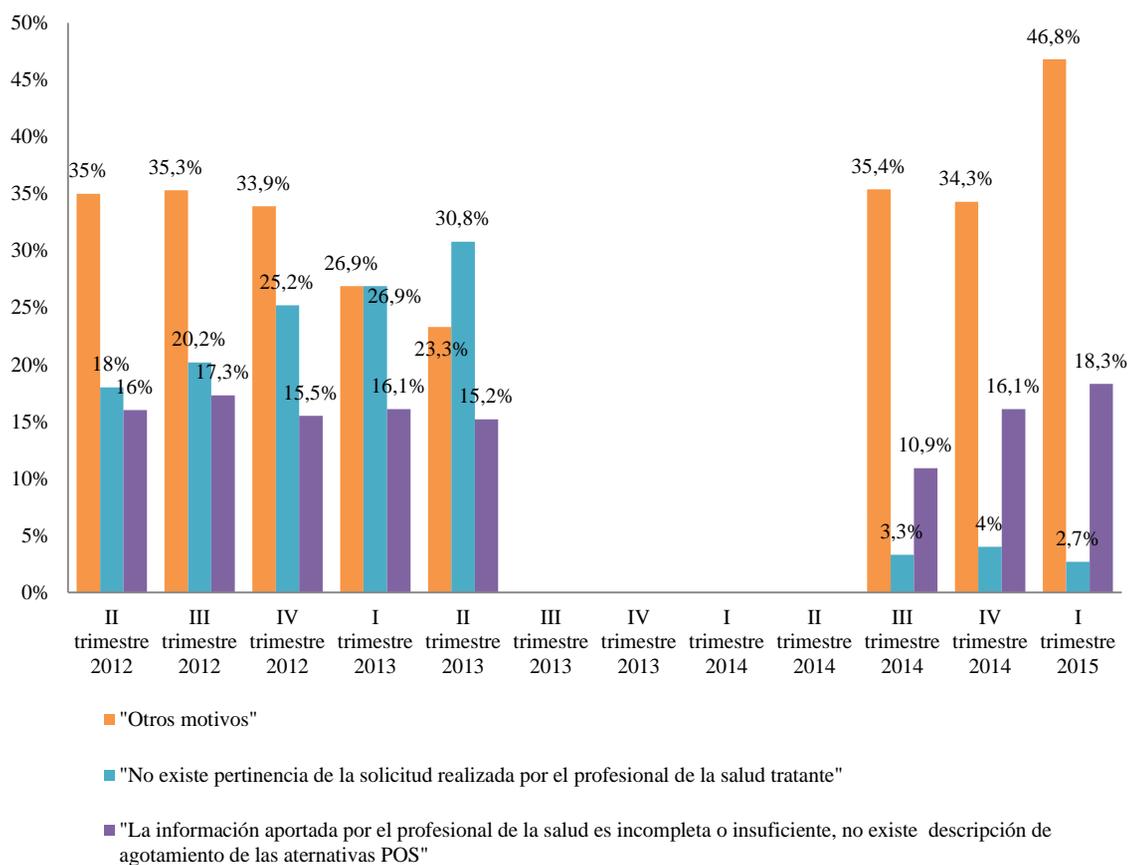
²²⁵ Corresponde al tercer trimestre de 2014.

²²⁶ Corresponde al cuarto trimestre de 2014.

²²⁷ Corresponde al primer trimestre de 2015.

²²⁸ Las barras en blanco de los trimestres tercero y cuarto de 2013, primero y segundo de 2014, no poseen información debido a que el Ministerio de Salud no reportó dichos datos en sus respectivos informes. Respecto del tercer trimestre de 2014 hasta la fecha no se ha presentado el informe por parte del Ejecutivo.

Gráfica núm. 3



8.2.2. Como se observa en las anteriores gráficas, existe un gran número de servicios de salud negados que son clasificados bajo la categoría de “*otros motivos*”²²⁹, el cual supera por un amplio margen porcentual a las demás razones expuestas en casi todos los trimestres. En tal sentido, las negaciones correspondientes a esa causa son:

Tabla núm. 14

Concepto de negación del servicio " <i>otros motivos</i> "					
Año	Trimestre	Negado por CTC	No tramitado ante CTC	Total periodo	Total Año
2012	II ²³⁰	8.837	51.563	60.400	129.689
	III ²³¹	13.956	20.852	34.808	
	IV ²³²	12.524	21.957	34.481	
2013	I ²³³	9.681	21.519	31.200	94.001
	II ²³⁴	10.128	23.145	33.273	
	III ²³⁵	No reportado ²³⁶	13.071	13.071	
	IV ²³⁷	No reportado	16.457	16.457	
2014	I ²³⁸	No reportado	22.270	22.270	52.301
	II ²³⁹	No reportado	15.434	15.434	

²²⁹ Cfr. Resolución 744 de 2012, anexo técnico, núm. 15, literales I y V.

²³⁰ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4212-4242. (17 de septiembre de 2012).

²³¹ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4269-4292. (17 de enero de 2013).

²³² Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4293-4317. (21 de marzo de 2013).

²³³ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4318-4341. (2 de julio de 2013).

²³⁴ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4380-4391. (31 de octubre de 2013).

²³⁵ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4392-4415. (11 de marzo de 2014).

²³⁶ En adelante entiéndase como “no reportado”, la información que no fue suministrada en el informe trimestral, pese a que aquel sí fue presentado ante la Corte.

²³⁷ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4416-4439. (11 de marzo de 2014).

²³⁸ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4664-4686. (27 de mayo de 2014).

²³⁹ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4716-4727 (5 de agosto de 2014).

	III ²⁴⁰	1.813	2.531	4.344	
	IV ²⁴¹	3.667	6.586	10.253	
2015	I ²⁴²	5.627	13.651	19.278	19.278
	II	No ha sido allegado			
					<u>295.269</u>

Aunado a lo expuesto, la Defensoría del Pueblo²⁴³ manifestó que en el análisis de los informes de negaciones encontró que los 137.492 registros enlistados bajo la categoría “*otros motivos*” durante 2013, se encuentran asociados a múltiples causas como: “*servicio No POS, no cubierto por el POSS, inconsistencias en soporte, lo asume el ente territorial, documentos pendientes según Decreto 1703 de 2002, no fue diligenciado el formato del CTC por el médico tratante, error en la solicitud del servicio y solicitud repetida*”, entre otras.

8.2.3. Según el Ministerio el 3,6 % de servicios negados bajo esta clasificación en el régimen contributivo y que no fueron tramitados ante el CTC²⁴⁴ corresponden a prestaciones incluidas en el POS. Esto implica un error en el diligenciamiento del formulario, puesto que hay una casilla específica para el caso que se niegue estos servicios, llamada “*el servicio solicitado es cobertura del POS*”.

Recurrentemente el ente ministerial ha manifestado en sus informes que “*el registro de servicios negados presenta falencias, como por ejemplo que las causas principales de la negación sean superadas por las causas ‘Otros motivos’*”²⁴⁵. No obstante, no acreditó ninguna acción tendiente a solucionar dicha deficiencia.

8.2.4. La Corte evidencia que la existencia de esta casilla no permite diferenciar las prestaciones que son negadas por estar incluidas en el POS, de las que realmente integrarían una categoría residual, lo que indiscutiblemente ocasiona un déficit de información en el interior del sistema.

Otro problema que se advierte con el elevado número de registros catalogados como “*otros motivos*”, es que por la ambigüedad del término se imposibilita un estudio sistemático y preciso del universo de causales aducidas por las entidades promotoras de salud²⁴⁶.

²⁴⁰ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4731-4750 (5 de diciembre de 2014).

²⁴¹ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4751-4771 (27 de febrero de 2015).

²⁴² Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4772-4787 (29 de mayo de 2015).

²⁴³ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4687 y 4715 (11 de junio de 2014).

²⁴⁴ En escrito del 31 de octubre de 2013 (folio 4390), el Ministerio manifestó: “*En cuanto a los “Otros Motivos” como causa de negación de los servicios, consolidadas para 2012 y 2013 en el Régimen Contributivo, que no son tramitados ante el Comité Técnico Científico, se observan dos (2) causas que representan el 79.9 % de todas las negaciones, siendo la primera de ellas “La solicitud es incompleta o mal diligenciada” que representa el 65.5 % del total, “El servicio ya había sido tramitado anteriormente” que representa el 10.8 % y “El servicio se encuentra incluido en el POS” que representa 3.6 %.*” (Subrayas originales, negrilla fuera de texto original)

²⁴⁵ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4390, 4414 y 4438 (11 de marzo de 2014).

²⁴⁶ Al respecto, la Defensoría del Pueblo, en su cuarto informe de seguimiento señaló: “*No se puede determinar las reales causas por las cuales las EPS están negando los servicios a los usuarios, toda vez que un alto porcentaje de registros no lo contiene*”.

Lo dicho hasta ahora, también fue ratificado en las respuestas recibidas por los peritos constitucionales voluntarios, mediante el cuestionario elevado a través del Auto 133A de 2012. De las intervenciones recogidas se destaca la realizada por Gestarsalud en la que señaló: “*Es posible que los campos “otros” generen dificultades en el análisis de la información contenida en el reporte, consideramos que deben avanzar en tratar de incorporarse todas las opciones posibles, basándose en los históricos de reportes existentes*”. AZ Orden XIX-J, folios 4035-4053.

De ahí, que las nueve razones para no tramitar la negación ante el CTC (NTR)²⁴⁷ (*ver considerando 5.3.1.1. tabla 4*) codificadas en el anexo técnico de la Resolución 744 de 2012, resultan insuficientes. La categoría “*otros motivos*” es la más usada, lo cual implica que se han incorporado denominaciones poco usuales y se han dejado de lado las causas más recurrentes. De igual forma, ocurre con las prestaciones negadas por el CTC (NEG)²⁴⁸ (*ver considerando 5.3.1.2. tabla 5*), que de diez posibilidades consagradas en la norma, registra la mayor cantidad en “*otros motivos*”.

Igual suerte corre la clasificación establecida en la Resolución 1683 de 2015, como quiera que dicha causa se mantuvo y, en vez de aumentar las razones para no autorizar, el regulador eliminó una categoría en ambos registros, pese a que es consciente que se deben agregar denominaciones que permitan determinar exactamente la razón de la negación. De hecho, el ente ministerial había propuesto dentro de sus acciones de mejora: “*modificar en el registro actual las causas principales de negación de forma tal que éstas reflejen de manera más precisa los otros motivos que hoy predominan como la causa principal*”²⁴⁹. No obstante, en la nueva norma se percibe un efecto totalmente contrario al planteado por el Ejecutivo.

La Corte considera que, en principio, esta sistematización de las causales permite establecer un lenguaje unificado y facilita un estudio cuantificado de las mismas; sin embargo, constata que revisados los reportes entregados por el regulador, las causales no gozan de la especificidad que persiguió la sentencia, como quiera que subsiste la posibilidad de clasificar miles de tecnologías negadas en categorías generales, lo cual impide establecer su causa de negación real y analizar los datos recaudados, como ocurre con “*otros motivos*”.

La amplísima generalidad de la causal puede ocasionar que las aseguradoras nieguen la solicitud de manera inexacta, dando lugar a diferentes interpretaciones, errores en la digitación y manipulación de los contenidos de los registros, entre otros. Incluso, ello puede propiciar que otras causales sean reportadas bajo este título.

Este Tribunal considera que el Ministerio no ha garantizado la calidad y certeza de los datos, máxime cuando el propio regulador ha aceptado las falencias existentes y no ha adoptado con oportunidad y eficiencia medida alguna que conjure la irregularidad propiciada con los registros clasificados bajo este concepto.

Así, la causa que debió ser residual se convirtió en la regla general y, por tal motivo debe ser modificada. En virtud de lo expuesto, la Cartera de salud deberá incluir en la regulación sobre servicios negados la mayoría de opciones necesarias para consignar las justificaciones o causales en que incurren las EPS y EOC al momento de negar una tecnología, de tal forma que logre rebajar radicalmente el porcentaje de negaciones correspondientes a esta categoría, que por ninguna razón puede superar el 10 % en el primer año, 5 % en el segundo y, 2 % a partir del tercer año de implementación del modelo actual, acorde a lo expuesto en el considerando 5.4.3.5. Se destaca que si el Ministerio considera inconvenientes o inalcanzables dichas metas deberá demostrarlo técnicamente ante la Corte.

Respecto de la información que no fue reportada, la Sala reitera que ello constituye una inobservancia de lo ordenado en el mandato décimo noveno, que además dificulta la

²⁴⁷ Cfr. Resolución 744 de 2012, anexo técnico, núm. 15.

²⁴⁸ *Ib.*, núm. 17.

²⁴⁹ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4380-4391. (31 de octubre de 2013).

labor de la Corte para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de los usuarios. Por ello, la Cartera de salud deberá explicar a la Sala las razones por las cuales pretermitió incluir el detalle de los registros de servicios negados por el CTC –NEG–, durante los siguientes 4 periodos: III - IV trimestre de 2013 y I – II trimestre de 2014.

8.3. Sobre la causal “el servicio es cobertura del POS”

8.3.1. En los reportes trimestrales aportados por el Ministerio de Salud, múltiples casos se ingresaron en la causal “el servicio es cobertura del POS”²⁵⁰, lo cual significa que se negaron medicamentos, procedimientos, intervenciones o insumos incluidos en el plan obligatorio de salud, como se expone a continuación:

Tabla núm. 15

Concepto de negación del servicio "otros motivos"					
Año	Trimestre	Negado por CTC	No tramitado ante CTC	Total periodo	Total Año
2012	II ²⁵¹	1.379	778	2.157	7.631
	III ²⁵²	754	2.109	2.863	
	IV ²⁵³	622	1.989	2.611	
2013	I ²⁵⁴	687	2.737	3.424	28.459
	II ²⁵⁵	817	6.239	7.056	
	III ²⁵⁶	No reportado	8.575	8.575	
	IV ²⁵⁷	No reportado	9.404	9.404	
2014	I ²⁵⁸	No reportado	7.958	7.958	12.155
	II ²⁵⁹	No reportado	1.908	1.908	
	III ²⁶⁰	106	69	175	
	IV ²⁶¹	388	1.726	2.114	
2015	I ²⁶²	1.687	657	2.344	2.344
	II	No fue allegado			
					50.589

De conformidad con lo expuesto, se tiene que durante los periodos referidos (abril de 2012 a marzo de 2015), se han negado más de 50.000 solicitudes cuyos servicios están incluidos en el POS.

A esa cifra se debe agregar un porcentaje del consolidado de la categoría “otros motivos” en los reportes NTR consolidados entre 2010 y 2013 en el régimen contributivo, ya que según el regulador al desagregar esta causa se advirtió que el 3,6 % de los registros correspondía al motivo “El servicio se encuentra incluido en el POS”²⁶³.

²⁵⁰ Cfr. Resolución 744 de 2012, anexo técnico, núm. 15, literales A y M.

²⁵¹ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4212-4242. (17 de septiembre de 2012).

²⁵² Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4269-4292. (17 de enero de 2013).

²⁵³ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4293-4317. (21 de marzo de 2013).

²⁵⁴ Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4318-4341. (2 de julio de 2013).

²⁵⁵ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4380-4391. (31 de octubre de 2013).

²⁵⁶ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4392-4415. (11 de marzo de 2014).

²⁵⁷ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4416-4439. (11 de marzo de 2014).

²⁵⁸ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4664-4686. (27 de mayo de 2014).

²⁵⁹ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4716-4727 (5 de agosto de 2014).

²⁶⁰ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4731-4750 (5 de diciembre de 2014).

²⁶¹ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4751-4771 (27 de febrero de 2015).

²⁶² Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4772-4787 (29 de mayo de 2015).

²⁶³ Cfr. AZ Orden XIX-K, folio 4390. En informe de 31 de octubre de 2013, el Ministerio manifestó “En cuanto a los ‘otros motivos’ como causa de negación de los servicios consolidadas (sic) para 2010 y 2013 en el Régimen Contributivo, que no son tramitados ante el Comité Técnico Científico, se observan dos (2) causas que representan el 79,9 % de todas la negaciones, siendo la primera de ellas ‘La solicitud es incompleta o mal diligenciada’ que

8.3.2. Igualmente, la Superintendencia Nacional de Salud informó, el 15 de enero de 2010, que en atención a las solicitudes de aprobación de los CTC, las “*causas de no aprobación o rechazo más significativas se presentaron en servicios o procedimientos POS en el 39,78 %*”²⁶⁴.

Con posterioridad, en documento de 5 de mayo de 2014²⁶⁵, dicho órgano enunció la cantidad de prestaciones negadas pese a estar incluidas en el POS, por cada asegurador de ambos regímenes de la siguiente manera:

Tabla núm. 16

Negaciones "el servicio es cobertura del POS"						
EPS	No tramitado ante CTC -NTR-		Negado por CTC -NEG-		TOTAL	
	2012	2013	2012	2013		
Régimen contributivo	Aliansalud	48	0	102	140	290
	Cafesalud	73	87	0	0	160
	Colpatria	2	0	2	0	4
	Comfenalco Antioquia	0	0	482	578	1.060
	Comfenalco Valle	0	0	37	8	45
	Compensar	0	0	348	47	395
	Coomeva	1.079	23.799	46	83	25.007
	Cruz Blanca	110	131	0	0	241
	Famisanar	0	0	0	4	4
	Golden Group	0	0	1	157	158
	Humana Vivir	613	132	73	25	843
	Nueva EPS	0	0	1	14	15
	Salud Total	1.427	632	0	0	2.059
	Saludcoop	488	485	0	0	973
	Salud Vida	0	0	0	6	6
	Sanitas	257	571	11	66	905
	Solsalud	53	26	4	0	83
SOS	0	0	5	0	5	
Sura	7	37	1	0	45	
Régimen subsidiado	AIC	0	0		3	3
	Anas Wayuu	0	13	1	1	15
	Asmet Salud	0	0	4	53	57
	Cafam	0	0	97	192	289
	Cajacopi	0	0	43	29	72
	Capital Salud	0	0	577	0	577
	Caprecom	0	0	12	6	18
	Capresoca	0	0	20	9	29
	Colsubsidio	0	0	72	46	118
	Comfaboy	0	0	52	27	79
	Comfacor	0	0	2	25	27
	Comfacundi	0	0	54	60	114
Comfaguajira	0	0	2	29	31	

representa el 65,5 % del total, ‘El servicio ya se había tramitado anteriormente’ que representa el 10,8 % y ‘El servicio se encuentra incluido en el POS’ que representa 3.6 %.”

²⁶⁴ Cfr. AZ Orden XIX-B, folios 622-679.

²⁶⁵ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4440-4661 (5 de mayo de 2014).

Comfahuila	0	22	136	998	1.156
Comfama - Savia salud	0	0	142	10	152
Comfamiliar Cartagena	0	0	3	0	3
Comfasucre	0	2	0	0	2
Comfenalco Tolima	0	0	3	0	3
Comparta	0	0	28	32	60
Condor	0	0	1	30	31
Convida	0	0	0	90	90
					<u>35.224</u>

Según lo informado por la Superintendencia, durante los años 2012 y 2013, fueron negadas más de 35.000 tecnologías en salud que estaban cubiertas por el plan de beneficios.

8.3.2.1. Por su parte, la Defensoría del Pueblo²⁶⁶ reportó que durante el año 2013, se realizaron 26.827 registros, con fundamento en la categoría “*el servicio es cobertura del POS*”. Al respecto, consideró que es alarmante que se esté llevando a los CTC la valoración de servicios que ya están en el POS, congestionando esta instancia y retrasando los posibles tratamientos que los pacientes requieren.

8.3.2.2. Como ejemplo de esto, la Procuraduría General de la Nación²⁶⁷ remitió una comunicación de la CRES²⁶⁸, en la que afirmó que era cuestionable que en los diagnósticos de las negaciones de ambos regímenes se encontrara “*embarazo confirmado*”, aunque el catálogo de servicios tiene cobertura plena para esta población priorizada del SGSSS.

Además, no se autorizaron fármacos incluidos en el POS como el omeprazol capsulas de 20 mg., el agua estéril por 10 ml. e, incluso, el medicamento de uso intrahospitalario *cefepime*²⁶⁹. Finalmente, refirió que una misma EPS registró un volumen importante de negaciones de *warfarina*²⁷⁰ en presentación de tabletas 5 mg., que también está abarcada por el catálogo de beneficios.

8.3.3. Aunado al desalentador panorama reseñado, la Corte advierte otros insumos importantes para este análisis que reposan en el expediente de seguimiento. Puntualmente, hará referencia a las demandas de tutela impetradas para obtener la prestación de tecnologías contenidas en el catálogo de beneficios.

8.3.3.1. En efecto, el Ministerio de Salud en el informe de cumplimiento correspondiente a la orden trigésima de la sentencia objeto de supervisión²⁷¹, indicó las siguientes cifras en relación con las acciones de tutela impetradas por servicios incluidos en el POS:

Tabla núm. 17

Porcentaje de solicitudes en las tutelas clasificadas como POS 2010 al 2012			
CONCEPTO	2010	2011	2012
Cirugías	85,4 %	80,9 %	79,0 %
Citas Médicas	85,2 %	78,1 %	89,8 %

²⁶⁶ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4687-4715 (11 de junio de 2014).

²⁶⁷ Cfr. AZ Orden XIX-I, folios 3809-3814 (14 de marzo de 2012).

²⁶⁸ Oficio remitido el 01 de agosto de 2011 a la Procuraduría Delegada para la Vigilancia Preventiva de los Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social por Comisión de Regulación en Salud (hoy liquidada).

²⁶⁹ Acuerdo 29 de 2011, código ATC J01DE01.

²⁷⁰ Acuerdo 29 de 2011, código ATC B01AA03.

²⁷¹ Cfr. AZ Orden XXX-B, folio 535-552 (19 de marzo 2014).

Exámenes	84,5 %	92,9 %	86,5 %
Insumos	62,2 %	49,6 %	49,4 %
Medicamentos	44,1 %	42,5 %	33,4 %
Terapias	66,6 %	82,6 %	59,0 %

8.3.3.2. Adicionalmente, en la publicación titulada “*La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013*”, la Defensoría del Pueblo aseveró que “*desde la expedición de la sentencia T-760 de 2008, la interposición de tutelas por solicitudes POS se incrementó ubicándose alrededor de 70 % en los dos últimos años (...) dichas solicitudes POS son superiores en el régimen subsidiado a pesar de la unificación*”²⁷², como lo evidencia la siguiente tabla:

Tabla núm. 18

Año	Número de tutelas en salud ²⁷³	Porcentaje de solicitudes sobre servicios POS ²⁷⁴	Porcentaje del régimen contributivo ²⁷⁵	Porcentaje del régimen subsidiado ²⁷⁶
2008	142.957	49,30 %	54,85 %	32,71 %
2009	100.490	68,20 %	59,90 %	76,50 %
2010	94.502	65,40 %	54,00 %	73,80 %
2011	105.947	67,81 %	64,16 %	70,26 %
2012	114.313	70,93 %	65,25 %	75,59 %
2013	115.147	69,96 %	64,90 %	75,63 %

Según datos de la Defensoría, el 69.96 % informado para 2013 equivale a 127.001 prestaciones incluidas en plan de beneficios que no fueron autorizadas por las EPS y, por ende, tuvieron que ser exigidas ante los jueces de tutela²⁷⁷. Para el año 2012, el 70,93 % corresponde a 135.606 servicios negados contenidos en el POS que tuvieron que ser reclamados ante la jurisdicción constitucional²⁷⁸.

El Ministerio de Salud y Protección Social²⁷⁹ consideró lo siguiente en relación con las conclusiones de la Defensoría del Pueblo²⁸⁰:

“se constató que el 56.4 % de las acciones de tutela presentadas en el periodo estudiado, reclamaban un servicio al cual legal y reglamentariamente los usuarios tenían derecho y que, por tanto, debía ser garantizado sin necesidad de demanda alguna, (...) es decir, no existen razones de ningún orden para que la prestación del servicio no se autorizara y que una buena parte de estas tutelas también se presenta porque, si bien la entidad promotora de salud no niega el suministro del servicio de salud, demora su entrega de manera tal que termina por obligar a los usuarios a asumir una carga desproporcionada que afecta su bienestar.” (Negrillas fuera de texto original).

8.3.4. El Ministerio sostuvo que la existencia de una cifra significativa “(6,239 en 2013)” de negaciones originadas en la causa “*el servicio está contenido en el POS*”, evidencia que “*el médico tratante no conoce la diferencia entre POS y No POS, lo que*

²⁷² Defensoría del Pueblo, “*La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013*”, pág. 289.

²⁷³ *Ibidem*, pág. 226.

²⁷⁴ *Ibidem*, pág. 290.

²⁷⁵ *Ibidem*.

²⁷⁶ *Ibidem*.

²⁷⁷ *Ibidem*, pág. 292.

²⁷⁸ *Ibidem*.

²⁷⁹ En comunicación del 5 de diciembre de 2011 que obra en la AZ Orden XIX-I, folios 3772-3801.

²⁸⁰ “*La tutela y el derecho a la salud período 2003-2005*”.

*termina dando lugar a un trámite innecesario para el paciente*²⁸¹. La Superintendencia se manifestó en términos idénticos en el reporte de 5 de mayo de 2014²⁸².

En relación con este aspecto, el ente regulador afirmó que la causal *“El servicio solicitado es cobertura del POS (...) no es en realidad una negación del servicio por lo que debería eliminarse del registro”*²⁸³. Este argumento es contrario a los datos registrados en los informes, en los cuales se evidencia que realmente las EPS se abstuvieron de prestar una tecnología al usuario con fundamento en que estaba incluida en el POS, más allá de que posteriormente haya sido ejecutada debido a una decisión de tutela.

A pesar de que según los entes gubernamentales, la culpa del índice elevado de negaciones de este tipo de prestaciones corresponde a la negligencia del profesional de la salud, no encuentra la Corte que esta apreciación tenga sustento en el expediente de seguimiento y, por demás, considera que dicha afirmación constituye una muestra acerca de la falta de claridad del plan de beneficios, que afecta su correcta aplicación por parte de los operadores del sistema y que será abordada al momento de valorar el cumplimiento de la orden décima séptima del fallo objeto de supervisión.

A juicio de la Sala, el sustrato de esta clasificación es distinto y lo que refleja es que el paciente no recibió la atención que el médico tratante le prescribió, por cuanto la EPS o el CTC la negó por estar incluida en el plan de beneficios.

Se destaca que por disposición legal los servicios contenidos en el catálogo de beneficios se encuentran financiados por la unidad de pago por capitación, mecanismo establecido en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para costear exclusivamente esta clase de prestaciones²⁸⁴. Como consecuencia, las entidades aseguradoras no pueden negarlas bajo ninguna circunstancia.

En el mismo sentido, la jurisprudencia de esta Corporación²⁸⁵ ha indicado que los conceptos comprendidos en el POS deben ser de obligatoria prestación en razón a que son ordenados por el galeno a cargo, quien realiza la valoración del historial clínico y las condiciones físicas o mentales de la persona para prescribir la tecnología en salud más eficaz e idónea para prevenir, diagnosticar, tratar, rehabilitar o paliar su enfermedad²⁸⁶.

²⁸¹ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4392-4415.

²⁸² Cfr. AZ Orden XIX-K, folio 4441.

²⁸³ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4380-4391.

²⁸⁴ La Ley 100 en su artículo 182 señala: *“De los ingresos de las entidades promotoras de salud. Las cotizaciones que recauden las entidades promotoras de salud pertenecen al sistema general de seguridad social en salud. Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el plan de salud obligatorio para cada afiliado, el sistema general de seguridad social en salud reconocerá a cada entidad promotora de salud un valor per cápita, que se denominará unidad de pago por capitación, UPC. Esta unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el consejo nacional de seguridad social en salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.”* (Negrilla fuera de texto original).

²⁸⁵ Corte Constitucional, sentencias T-971 de 2011 y T-918 de 2012, T-073 de 2013, T-160 de 2014, T-255 de 2015 entre otras.

²⁸⁶ Al respecto en la Sentencia T-918 de 2012, este Tribunal precisó que: *“las entidades promotoras de salud se encuentran en la obligación legal de brindar dichos servicios cuando hayan sido ordenados por el médico tratante, puesto que ya están financiados en la unidad de pago por capitación del régimen contributivo (UPC) entregada por el Estado para la atención de la población asegurada de conformidad con lo dispuesto en la Ley 100 de 1993(...).*

En ese sentido, en el fallo C-655 de 2003 la Corte precisó que ‘la UPC es la cuota de valor anual que reciben las EPS por cada una de las personas afiliadas, cotizantes o beneficiarias, para garantizar la adecuada prestación de los servicios que ofrece el POS durante ese período de tiempo’. Por tanto, los usuarios del Sistema de Salud tienen derecho a acceder a los servicios médicos incluidos en el POS, sin que deba mediar demanda de tutela alguna.”

Por ende, si la EPS o la EOC niega dicha prescripción está vulnerando el derecho fundamental a la salud del afiliado o beneficiario.

Este Tribunal concluye que una gran cantidad de usuarios del sistema deben acudir a la acción de amparo para reclamar las prestaciones que requieren, pese a estar cobijadas por el plan de beneficios correspondiente. Esto evidencia una actitud contraria al Estado constitucional de Derecho por la afrenta de los derechos de los usuarios del sistema de salud a manos de algunas EPS. También, que las estrategias de control del sistema están fallando ya que no previenen la imposición de obstáculos injustificados y no sancionan las conductas graves de las autoridades.

Para la Corte se transgrede el derecho a la salud del paciente cuando se le obliga a acudir a la administración de justicia para hacer valer sus derechos constitucionales, máxime al estar en riesgo su salud, integridad personal y su propia vida. Por consiguiente, ante la sistemática interposición de acciones de tutela para reclamar dichos servicios, que constituye la cuarta parte del total de amparos impetrados en el 2013, este Tribunal constata que los actores del sistema no están garantizando el acceso efectivo a que tienen derecho los usuarios, de forma que no se ha superado la falla estructural que dio origen a la orden *sub examine*.

En suma, no es constitucionalmente admisible que se niegue cualquier prestación incluida en el plan de beneficios que sea formulada por el médico tratante, debido a que se ponen en riesgo los derechos fundamentales de la persona, aunado a que el servicio ya fue costeadado por el sistema.

Lo anterior no implica que la solución sea hacer caso omiso a los registros con esta clasificación, ni afirmar que “*no es en realidad una negación del servicio*”²⁸⁷ como lo ha hecho el ente regulador, ni su eliminación como lo pretendió la Resolución 1683 de 2015 que, a pesar de mantener vigente la causal “*el servicio es cobertura del POS*”²⁸⁸, limitó el informe de negaciones a las tecnologías sin cobertura en el plan de beneficios.

Al contrario, la Corte considera que es necesario conocer la realidad de las negaciones, incluso aquellas que versan sobre prestaciones POS, entre otras razones, para que se adelanten acciones realmente encaminadas a controlar el acaecimiento de dichas situaciones y asegurar que los afiliados reciban, eficazmente, las tecnologías incluidas en el catálogo de beneficios; sumado a que se pueda investigar y sancionar a los responsables.

Por lo anterior, se ordenará el ente ministerial que: *i*) fortalezca el registro de esta causal, de manera que no pueda ser evadido y sea detectado en tiempo real y; *ii*) adopte las medidas tendientes a minimizar al máximo posible la ocurrencia de este tipo de negaciones, que de ningún modo puede exceder el 0,001 % (1 en 1.000 casos) y que debe avanzar progresivamente hasta lograr un 0,00 % en un plazo no mayor a 2 años; a menos que la Cartera de salud demuestre técnicamente que los porcentajes y tiempos son inalcanzables, acorde lo dispuesto en el considerando 5.4.3.6.

8.3.5. Aunque la Supersalud, la Procuraduría y el propio Ministerio han puesto de presente tal situación irregular, esta Corporación no detecta ninguna estrategia que permita conjurarla.

²⁸⁷ Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4392 y ss.

²⁸⁸ Resolución 1683 de 2015, numerales 15, literal A y 16, literal M del anexo técnico.

Además, la Corte observa un déficit puntual de información en el interior del sistema, como quiera que en torno a esta causal también el regulador y la Superintendencia reportan cifras distintas sobre los mismos periodos (*ver tablas 15 y 16 en apartados 8.3.1. y 8.3.2.*).

Lo cierto es que este tipo de prácticas irregulares actualmente continúan presentándose como motivo de negación de las prestaciones, sin que se adviertan medidas gubernamentales que las enfrenten y corrijan.

Teniendo en cuenta que las cifras enunciadas en este considerando son significativas, se advierte que estas deben impactar en las decisiones del regulador que ha observado pasivamente cómo la proporción ha crecido año tras año. Los problemas en el flujo de información y en la prestación de los servicios POS, denotan profundos defectos en el sistema que deben ser reconocidos y afrontados por los actores ante la ciudadanía.

Por ello, se dispondrá que el Ejecutivo adopte las acciones pertinentes para: *i)* investigar este tipo de conductas²⁸⁹ y, *ii)* conseguir la devolución del dinero pagado sin justa causa²⁹⁰, es decir, lo correspondiente a la prima pagada por usuario durante el mes en que haya sufrido esta barrera según los informes reseñados en los considerandos 8.3.1. y 8.3.2. De manera que se contribuya a la aplicación armónica de la Sentencia T-760 de 2008, especialmente del ordinal quinto del Auto 263 de 2012²⁹¹. Además, el ente

²⁸⁹ Cfr. Ley 1438 de 2011, art. 130: “*Conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud. La Superintendencia Nacional de Salud, impondrá multas en las cuantías señaladas en la presente ley o revocará la licencia de funcionamiento, si a ello hubiere lugar, a las personas naturales y jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de su vigilancia, así como a título personal a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quien haga sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado de las entidades vigiladas por dicha Superintendencia, cuando violen las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras, por incurrir en las siguientes conductas: (...)130.10 Efectuar por un mismo servicio o prestación un doble cobro al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*”

²⁹⁰ Cfr. Decreto 1281 de 2002, art. 3: “*Reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa. Cuando el administrador fiduciario del Fosyga o cualquier entidad o autoridad pública, en el ejercicio de sus competencias o actividades como participante o actor en el flujo de caja, detecte que se presentó apropiación sin justa causa de recursos del sector salud, en los eventos que señale el reglamento, solicitará en forma inmediata las aclaraciones respectivas o su reintegro, el cual procederá a más tardar dentro de los veinte días hábiles siguientes a la comunicación del hecho. Cuando la situación no sea subsanada o aclarada en el plazo señalado se informará de manera inmediata y con las pruebas correspondientes a la Superintendencia Nacional de Salud quien ordenará el reintegro inmediato de los recursos y adelantará las acciones que considere pertinentes. Cuando la apropiación o reconocimiento a que alude este artículo sea evidenciada por el actor que maneja los recursos, éste deberá reintegrarlos en el momento en que detecte el hecho. En el evento en que la apropiación o reconocimiento sin justa causa se haya producido a pesar de contarse con las herramientas, información o instrumentos para evitarlo, los recursos deberán reintegrarse junto con los respectivos intereses liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN. Cuando la apropiación se presente pese a la diligencia del respectivo actor o por circunstancias que escaparon a su control, los recursos deberán reintegrarse debidamente actualizados por el Índice de Precios al Consumidor, IPC.*”|| Decreto 674 de 2014, art. 3: “*Modifícase el artículo 23 del Decreto 4023 de 2011, el cual quedará así: ‘Control de pagos sin justa causa. El Fosyga realizará los cruces y validaciones para evitar pagos sin justa causa en el proceso de compensación o de los demás recursos reconocidos a las EPS y a las EOC con cargo al Fosyga y en todo caso, realizará la verificación de la inexistencia de pagos dobles. En caso de evidenciarse pagos de UPC u otros conceptos sin justa causa, sin importar el proceso de compensación al que corresponda, el Fosyga adelantará las gestiones correspondientes ante las EPS y las EOC, requiriéndoles la devolución de los recursos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 3° del Decreto-Ley 1281 de 2002. En caso de no efectuarse el reintegro de dichos recursos, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes, se dará traslado de los hechos y soportes documentales a la Superintendencia Nacional de Salud, quien ordenará el reintegro inmediato de los recursos. En el evento en que no se efectúe el reintegro ordenado, la Superintendencia Nacional de Salud informará de tal situación al Fosyga, quien podrá descontar los valores involucrados de futuros reconocimientos de UPC o prestaciones económicas según corresponda.’*”

²⁹¹ “*Quinto: REQUERIR al Gobierno Nacional – Ministerio de Salud y Protección Social – en conjunto con la Contraloría General de la República para que, en el término improrrogable de veinte (20) días siguientes a la comunicación de esta providencia, adopten las medidas necesarias para controlar y recuperar los recursos*

ministerial deberá gestionar una audiencia pública televisada, en un lugar establecido por los pacientes de alto costo, en la que los representantes legales de las EPS que hayan incurrido en negaciones de servicios POS, presenten excusas públicas por estas irregularidades.

8.3.6. Para esta Corporación es injustificada la destinación que le habrían dado a la UPC las aseguradoras responsables de estas prácticas, ya que al no utilizarla sufragando los gastos propios de la atención en salud incluida en el plan de beneficios, su uso real es incierto. Ello contraviene la Constitución, especialmente el principio de moralidad administrativa y la debida ejecución de los recursos públicos.

Además, causa una congestión adicional en el aparato jurisdiccional debido a la multitudinaria interposición de peticiones de amparo para obtener la autorización de servicios incluidos en el plan de beneficios, que por ley, se insiste, son de obligatorio suministro al paciente cuyo médico tratante los haya formulado.

Es imperioso poner en conocimiento de las autoridades competentes los hallazgos advertidos por la Corte, dada su gravedad e incidencia en el goce efectivo del derecho a la salud de los residentes en el territorio nacional, con la finalidad que realicen una verificación rigurosa de los hechos relatados en este considerando y tomen medidas al respecto, debido a las implicaciones penales, fiscales y disciplinarias que deriven de la negación de servicios POS por parte de los diversos actores.

8.3.6.1. Para tal efecto, se dispondrá el traslado de los informes trimestrales referidos en los considerandos de esta providencia a la Fiscalía General de la Nación y la Procuraduría General de la Nación, para que conforme a sus competencias, determinen las responsabilidades que correspondan a los representantes legales y demás empleados de las EPS que incurrieron en esa práctica.

8.3.6.2. Se le remitirán los mismos documentos a la Contraloría General de la República para que inicie las indagaciones o los procesos de responsabilidad fiscal pertinentes en los que se investigue el presunto detrimento patrimonial sufrido a causa de: *i)* el pago de la UPC a entidades promotoras de salud que negaron servicios incluidos en el POS a sus usuarios y; *ii)* los costos incurridos en la Rama Judicial como consecuencia de la serie de acciones de tutela interpuestas para reclamar prestaciones cubiertas por el plan de beneficios.

8.3.7. Se ordenará al Ministerio y a la Superintendencia que les remitan a la Fiscalía General, la Procuraduría General y la Contraloría General, los soportes de los registros negados bajo la causal el *“servicio solicitado es cobertura del POS”*.

8.3.8. Finalmente, se ordenará a la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura o en su defecto, al Consejo de Gobierno Judicial y a la Gerencia de la Rama Judicial, que difundan entre todos los jueces de la República la Sentencia T-255 de 2015, en la cual se aplicó la subregla jurisprudencial de cobro de costas a la parte accionada según el artículo 25 del Decreto estatutario 2591 de 1991, en acciones de tutela relacionadas con derecho a la salud, siempre que la EPS hubiere negado prestaciones incluidas en el POS.

malversados y dilapidados en el SGSSS, conminado a reinvertir tales dineros en la atención en salud de los colombianos.”

8.4. *Sobre las conclusiones entregadas por el regulador en los reportes trimestrales*

8.4.1. La Cartera de salud ha indicado que *“al clasificar las causas generales por las cuales se niegan servicios estas son de dos tipos: la primera por razones científicas asociadas a la pertinencia médica del servicio ordenado; y la segunda por diversos tipos de problemas de orden administrativo y financiero, como son por ejemplo la capacidad de pago, el diligenciamiento de la solicitud, o la no autorización de uso en el país de servicio solicitado”*²⁹².

Sin embargo, la Corte no encuentra coincidencia entre lo señalado en las conclusiones de los citados informes del Ministerio y los datos numéricos entregados en los mismos documentos, ya que en los 12 trimestres analizados desde marzo de 2012 hasta marzo de 2015, la categoría *“otros motivos”* fue la más frecuente en las negaciones no tramitadas ante el CTC (NTR), con porcentajes que van de 42 % a 98 % (*ver considerando 8.2.1.*).

También se constituyó como la causal más usada respecto de las prestaciones no autorizadas por el CTC (NEG), como quiera que en 7 de los 8 periodos informados obtuvo entre el 26 % y el 46 %. (*ver considerando 8.2.2.*).

Lo anterior evidencia que la mayoría de tecnologías no se negaron por criterios de pertinencia médica, sino por una categoría residual que no permite establecer si su origen es clínico o administrativo.

La Sala advierte que, en este aspecto, los reportes presentados por el Ministerio carecen de certeza toda vez que se presentan conclusiones que no concuerdan con las cifras suministradas; situación inadmisibles para esta Corporación, como quiera que precisamente, al haber solicitado que los datos fueran consolidados exclusivamente por conducto del ente regulador, se buscaba que estos fueran lo más fidedignos y exactos posible, pero el resultado advertido en las comparaciones realizadas es completamente contrario.

8.4.2. Ahora bien, uno de los argumentos esgrimidos por el ente regulador acerca de los motivos de negación consiste en que *“hay dificultades en el reconocimiento y pago de los servicios No POS en el Régimen Subsidiado, labor que le corresponde a las entidades territoriales y que por este motivo se constituye en la primera causa de servicios negados en este Régimen”*²⁹³.

Ello implica que se han dejado de autorizar prestaciones que los usuarios requieren por un motivo administrativo cuya carga solo le compete a las EPS, el cual consiste en que los entes territoriales no les han pagado cuentas anteriores presentadas por el suministro de servicios No POS a otros pacientes que, probablemente, han afectado su estabilidad financiera.

Al respecto esta Corporación ha manifestado en varios pronunciamientos *“el derecho a la salud se considerará vulnerado... si se niega o demora su suministro por surtir trámites burocráticos y administrativos que al paciente no le corresponde asumir”*²⁹⁴,²⁹⁵. Lo anterior se traduce en que al usuario no se le pueden imponer cargas insoportables que le impidan el acceso a los servicios de salud.

²⁹² Cfr. AZ Orden XIX-K, folio 4414 (11 de marzo de 2014).

²⁹³ *Ibidem*.

²⁹⁴ Sentencia T-195 de 2010.

²⁹⁵ Sentencia T-705 de 2011.

Por tanto, no es admisible constitucionalmente que la falta de pago al prestador o al asegurador constituya una causa de negación, como quiera que no se pueden anteponer los intereses económicos por encima del goce efectivo del derecho a la salud de los usuarios del sistema. Es decir, abstenerse de autorizar las tecnologías que requieren los pacientes con fundamento en que el pagador (entidad territorial o el Fosyga²⁹⁶) no ha cancelado las obligaciones dinerarias al asegurador, de plano configura una barrera que debe ser removida inmediatamente.

Por consiguiente, el ente regulador debe adoptar las medidas indispensables para que dicha situación no continúe afectando a los pacientes y que no se pueda utilizar como un motivo válido para la negación de servicios de salud.

8.4.3. Además a juicio del Ministerio, la cantidad de registros no autorizados supone *“la necesidad de adelantar por parte de las EPS algún tipo de acciones de información o capacitación al médico tratante en quien se origina la causa de muchas negaciones”*²⁹⁷.

En tal contexto, profirió la Circular Externa del 15 de abril de 2014²⁹⁸, a través de la que se ordenó a las EPS adoptar las acciones necesarias para el adecuado diligenciamiento y reporte de los campos 9²⁹⁹, 10³⁰⁰ y 11³⁰¹ del anexo técnico de la Resolución 744 de 2012.

La Corte advierte que esa indicación es insuficiente. Este Tribunal colige que las tareas de capacitación o cualquier otra orden impartida debe ser liderada integral y directamente por el órgano regulador, debido a que justamente el Ministerio es el responsable de la corrección de la falla que dio origen al mandato objeto de estudio. Toda gestión debe garantizar la credibilidad de la información evitando que sea manipulada o adulterada, asegurando la autonomía médica.

El regulador no se puede desentender de la implementación y el adecuado diligenciamiento del registro, delegando por completo su labor a las aseguradoras, cuando este tipo de problemas corresponde conjurarlos precisamente a él dentro del ámbito de sus competencias. Tal como se manifestó en la sentencia objeto de supervisión, las fallas de regulación advertidas en el sistema de salud deben superarse por conducto del ente responsable de la dirección del respectivo ramo.

9. Valoración de cumplimiento del mandato décimo noveno

9.1. En síntesis, este Tribunal concluye que la existencia de regulación sobre la materia no es suficiente para cumplir con lo ordenado en la orden décima novena de la Sentencia T-760 de 2008.

²⁹⁶ Cfr. Sentencia C-252 de 2010, consideración jurídica 7.2.4.: *“Dada la gravedad de la situación financiera del sistema de salud y en aras de garantizar el flujo adecuado de recursos para costear los servicios y medicamentos no POS-S que se requieran con necesidad, el Gobierno Nacional de conformidad con los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad, y en desarrollo de sus atribuciones ordinarias, debe permitir residualmente el recobro ante el Fosyga por los entes territoriales, las EPS-S y las IPS, siempre que se haya excedido los recursos asignados a aquellos para la prestación de los servicios de salud a la población pobre y sólo sobre aquellos que se requieran con necesidad. Al mismo tiempo y acorde con la Constitución, debe fortalecerse el Sistema General de Participaciones y mantenerse la estabilidad y suficiencia de la subcuenta de solidaridad del Fondo”*.

²⁹⁷ Cfr. AZ Orden XIX-K, 4392-4415 (11 de marzo de 2014).

²⁹⁸ Proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

²⁹⁹ Tipo del servicio solicitado.

³⁰⁰ Código del servicio solicitado.

³⁰¹ Nombre del servicio solicitado.

Respecto de la Resolución 744 de 2012, se advierte que los datos recaudados no son claros, se muestran en un lenguaje de difícil manejo y comprensión, han sido administrados sin el rigor que requieren las negaciones de servicios de salud. Adicionalmente, se deben mejorar las condiciones de acceso, ya que las reseñas no son analizables sin ayudas informáticas, imposibilitando un mejor estudio por parte de los órganos destinatarios. Además, el formulario es confuso y de complejo diligenciamiento.

En relación con la Resolución 1683 de 2015, la Corte encuentra aspectos positivos como: *i)* la realización del registro a través del portal web del Sispro, *ii)* la flexibilización de algunos campos cuya trascendencia no afecta el cumplimiento de la orden y, *iii)* la creación de mecanismos de ayuda y capacitación para los operadores del reporte.

Sin embargo, para esta Corporación es contrario al avance progresivo de la orden décima novena que se haya eliminado la obligatoriedad de la casilla “17. Motivo de negación por el CTC (NEG)”, debido a que este concepto configura precisamente uno de los pilares fundamentales de la decisión objeto de supervisión. Este cambio constituye un retroceso respecto de la norma anterior que por lo menos exigía formalmente que se ingresara la causal invocada.

Tampoco, se considera apropiada la decisión del regulador de no recolectar los datos referidos a la descripción detallada de “otros motivos”, como quiera que ello agravaría la incertidumbre en torno a las razones reales de negación.

La Sala reprocha que el informe se haya limitado a las tecnologías sin cobertura en el POS, toda vez que en los términos del mandato examinado es imperativo conocer el universo de prestaciones no autorizadas para que el Ejecutivo y los entes de control inicien las acciones que les correspondan, máxime cuando se trata de servicios incluidos en el POS.

En suma, se colige que aunque existieron avances formales en la anterior resolución, ante las irregularidades advertidas y los problemas de diligenciamiento, el registro vigente (Resolución 1683 de 2015) no permite evidenciar una medida conducente para obtener los datos requeridos en la Sentencia T-760 de 2008, debido a que no se identifica con claridad las razones por las cuales las EPS y los CTC están negando los servicios de salud formulados por el médico tratante y, hasta tanto ello no se logre no se superará la falla que dio origen a la orden *sub examine* (ver apartado núm. 5).

En esos términos, habrá de declararse el nivel de cumplimiento bajo de la orden décima novena en virtud de los parámetros establecidos en el considerando núm. 2, puesto que, a pesar de algunos avances, la resolución vigente no es compatible con los elementos del referido mandato, de forma que no se cuenta con un parámetro de estructura base.

Lo anterior no es óbice para que la Corte analice los procesos y resultados entregados por el ente ministerial, en aras de puntualizar algunas inconsistencias e irregularidades que, en lo posible, deberán ser observadas y conjuradas a futuro.

9.2. Respecto de la remisión de los informes trimestrales sobre los servicios negados al ente regulador, si bien en este momento la mayoría de EPS acatan esa disposición, esto no es suficiente para observar la orden, toda vez que al no contar con los datos de todas las entidades se pierde la confianza en los cálculos realizados por el Ministerio. Es imperioso que todas las aseguradoras realicen el reporte para contar con registros consolidados y fidedignos (ver apartado núm. 6).

9.3. La Sala no evidencia la existencia de un flujo de información entre las EPS, el Ministerio y los destinatarios de los datos – Supersalud, Defensoría del Pueblo y Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Ministerio de Salud y Protección Social –. Estos no reciben los informes de que trata esta orden, pese a que en ambas regulaciones formalmente fue impartida la directriz de enviárselos. No obstante, aún no se han tomado medidas efectivas materialmente para garantizar el cumplimiento del reporte (*ver apartado núm. 7.1.*).

9.4. En relación con la actuación de los receptores de la información, este Tribunal colige que no se han adelantado gestiones significativas con la información reportada, con excepción de la Defensoría del Pueblo, desconociendo que es importante la actuación armónica de las entidades involucradas para lograr un acceso al sistema de salud efectivo, real, oportuno, integral, con calidad y libre de barreras injustificadas.

Así, aunque la Supersalud haya informado sobre algunas investigaciones adelantadas, no se advierten sanciones ejemplares que se originen en la inobservancia de la orden décima novena, así como resultados específicos y proporcionales a las anomalías detectadas por la Sala que permitan declarar una gestión valiosa por parte de esta institución de inspección, control y vigilancia.

El panorama en torno a la dependencia del Ministerio de Salud que reemplazó a la CRES se muestra aún más preocupante, dado que no ha remitido ningún documento sobre las acciones adelantadas, lo que lleva a la Corte a desconocer si los reportes de negaciones de servicios fueron estudiados al momento de actualizar el POS (*ver apartados núm. 7.2. y 7.3.*).

9.5. Ahora bien, a partir del tercer trimestre de 2014, se observó una disminución en las clasificaciones NEG y NTR. Esto no implica algún avance, como quiera que la mengua se produjo porque el análisis se efectuó sobre los datos validados exclusivamente, lo que incluso llevo a que en un periodo tan solo se estudiara el 9 % de los datos. La Sala aprecia que la información puede ser más consistente actualmente, no obstante el universo examinado no es representativo de la totalidad de negaciones.

Para esta Corporación, por ahora, es poco útil realizar estudios cuantitativos y cualitativos de las cifras consolidadas de las dos categorías (NTR y NEG) y los motivos de no autorización, de manera que sirvan de insumo para la adopción de acciones de política pública que permitan conjurar las fallas que aún persisten en el sistema (*ver apartado núm. 8.1.*).

9.6. Además, a partir de los datos registrados sobre la causal “*otros motivos*”, la Corte constata que las categorías codificadas en la resolución vigente no fueron adecuadas, como quiera que la denominación genérica y residual obtuvo los mayores porcentajes.

Este Tribunal concluye que en este momento no existen condiciones que permitan evidenciar la total calidad de los registros, a pesar de que las autoridades han identificado las anomalías que los afectan (*ver apartado núm. 8.2.*).

9.7. La Corte tampoco puede pasar por alto el alto protagonismo que tiene la causal “*el servicio es cobertura del POS*” en los resultados examinados. Este implica que algunos aseguradores están negando numerosos servicios incluidos en el POS, que ya fueron costeados por la UPC y evidencia que el usuario en esos casos: *i)* es sometido a un obstáculo absolutamente contrario a la Constitución y, *ii)* tiene que acudir a la

administración de justicia para reclamar la prestación, aun cuando legalmente tiene derecho a su suministro sin barrera alguna.

Estas cifras aunque no son 100 % confiables, permiten constatar provisionalmente que el Estado colombiano no está garantizando el acceso efectivo a los servicios de salud, de forma que no se ha superado una de las fallas estructurales que dio origen a la orden *sub examine*, esto es, la negación de tecnologías cubiertas por el catálogo de beneficios (*ver apartado núm. 8.3. y ss.*).

9.8. Adicionalmente, analizada la información remitida por la Cartera de salud, la Corte observa que las conclusiones no concuerdan con las cifras que han sido entregadas en todos los periodos. Ejemplo de ello lo constituye que para el Ministerio la mayoría de tecnologías se negaron por criterios de pertinencia médica, cuando en realidad el motivo más usado fue “*otros motivos*”, que no es un concepto clínico ni científico (*ver apartado núm. 8.4.1.*).

9.9. Por último, se resalta que el regulador no remitió los informes correspondientes al IV trimestre de 2010 y I trimestre de 2011; sumado a que en los reportes entregados desde el III trimestre de 2013 a II trimestre de 2014 no se incluyeron los datos correspondientes a los servicios de salud formulados por el médico tratante, negados por la EPS y no autorizados por el CTC -NEG-. Este Tribunal reitera que ello constituye una inobservancia de lo ordenado en el mandato décimo noveno, que dificulta la labor de la Corte para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de los usuarios (*ver apartado núm. 8.2.4.*).

9.10. Este Tribunal concluye que transcurridos siete (7) años de la expedición de la Sentencia T-760 de 2008, el Gobierno ha contado con todas las posibilidades y plazos para adelantar las acciones que dieran cabal cumplimiento al mandato décimo noveno.

Como consecuencia, la Sala Especial de Seguimiento reitera que la Resolución 1683 de 2015 resulta inconducente para lograr el acatamiento general de la orden analizada. Dada la identidad sustancial entre la norma referida anteriormente y la Resolución 744 de 2012, no se puede inferir que con la nueva regulación se cumplan los objetivos perseguidos por la Corte, ante las inconsistencias en la recolección, procesamiento y difusión de los datos y del dificultoso flujo de información. Si bien, se advierten avances en el recaudo de los registros para la implementación del mandato estructural, ello solo constituye un progreso pequeño, con relación a la grave y sistemática negación de servicios de salud que ocurría en 2008.

Las falencias encontradas en los informes consolidados respecto de su contenido, evidencian que la regulación actual no permite cumplir a cabalidad con el objetivo del mandato estructural.

Actualmente los registros de servicios negados no son precisos, actualizados, consistentes ni confiables, lo que no facilita el análisis cuantitativo y cualitativo exigido por este Tribunal, como lo han manifestado los peritos constitucionales voluntarios. Tampoco es clara cuál es la totalidad de *i*) servicios que más se niegan, *ii*) cuáles se encuentran incluidos en el POS, *iii*) EPS que más se abstienen de autorizar y, *iv*) por último las razones por las que son negados.

Para esta Corporación, los reportes presentados por el Ministerio no reflejan que las dificultades estructurales que dieron origen a la orden décima novena, se hayan superado,

ni menos que sea razonable esperar que la misma se conjure en un tiempo prudencial, si se mantiene la regulación vigente sin modificación alguna.

Como lo ha señalado la Sala Especial³⁰², no basta con la observancia formal de los requisitos exigidos, sino que es necesario que haya un cumplimiento material de las disposiciones de la Corte³⁰³, que se traduzca en la adopción de acciones eficaces que propicien resultados concretos donde se pueda evidenciar que se ha superado la falla estructural que dio origen a la providencia objeto de supervisión, razón por la cual se declarará el nivel de cumplimiento bajo de la orden décima novena de la Sentencia T-760 de 2008, de conformidad con lo dispuesto en el capítulo segundo de la parte motiva del presente auto.

10. Órdenes a impartir por parte de la Sala Especial de Seguimiento

Inicialmente, la Sala llamará la atención al Ministro de Salud y Protección Social y al Superintendente Nacional de Salud, por cuanto resulta preocupante que habiendo transcurrido siete años desde la expedición de la Sentencia T-760 de 2008, las medidas implementadas no hayan permitido superar, siquiera en sus ingredientes más elementales, las fallas de regulación advertidas por la Corte.

Como se evidenció a lo largo de esta decisión, persiste la problemática estructural advertida y se presentan avances insuficientes para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de los colombianos. En tal sentido, se les prevendrá³⁰⁴ para que, en adelante, asuman como una prioridad la gestión de soluciones que estén encaminadas a conjurar la situación puesta de presente en este auto y se comprometan a que en la próxima valoración se alcance el cumplimiento alto o general de la orden en mención.

Además, se impartirán las siguientes órdenes:

Al Ministerio de Salud y Protección Social

10.1. **Estructura del registro:** Proferir una nueva regulación sobre el registro de negación de tecnologías en salud, donde se rediseñen los lineamientos establecidos en la Resolución 1683 de 2015 y se observen los siguientes parámetros:

- i) Debe ser alimentado mediante una plataforma de ingreso *web*, con usuario y contraseña privados para cada EPS o EOC reportante.
- ii) Debe ingresarse la información en línea.

³⁰² Cfr. Auto 249 de 2013, consideración jurídica núm. 4.

³⁰³ Tal y como lo señaló la Defensoría del Pueblo en su informe de seguimiento a las órdenes proferidas en la Sentencia T-760 de 2008, del 7 de noviembre de 2012, algunas EPS siguen sin remitir la información de los servicios de salud negados, sin que mediara alguna sanción de por medio. Obra en la AZ Orden XIX-I, folios 4294-4319.

³⁰⁴ Cfr. Decreto 2591 de 1991, art. 24: “Prevención a la autoridad. Si al concederse la tutela hubieren cesado los efectos del acto impugnado, o éste se hubiera consumado en forma que no sea posible restablecer al solicitante en el goce de su derecho conculcado, en el fallo se prevendrá a la autoridad pública para que en ningún caso vuelva a incurrir en las acciones u omisiones que dieron mérito para conceder la tutela, y que, si procediere de modo contrario, será sancionada de acuerdo con lo establecido en el artículo correspondiente de este decreto, todo sin perjuicio de las responsabilidades en que ya hubiere incurrido.

El juez también prevendrá a la autoridad en los demás casos en que lo considere adecuado para evitar la repetición de la misma acción u omisión.”

- iii)* El formulario debe ubicar automáticamente al afiliado o beneficiario por documento de identidad. En el evento que la persona no tenga documento de identificación deberá establecerse un mecanismo para incluirla en el registro.
- iv)* Debe contener el listado de medicamentos, procedimientos, insumos y demás servicios de salud cuyo uso esté autorizado por la autoridad competente en Colombia; de tal forma que el reportante elija la prestación negada de dicho catálogo.
- v)* Debe reportarse cada tecnología negada por separado, sin que se pueda utilizar la nomenclatura “otros servicios”.
- vi)* Debe especificarse la enfermedad que sufre la persona para establecer si la prestación está o no contenida en el POS.
- vii)* El mes y el año del periodo reportado no deben ser modificables.
- viii)* Los espacios no pueden ser llenados con comillas, sino con información predeterminada.
- ix)* Debe impedir que se diligencie el siguiente espacio sino no se ha ingresado correctamente la información del campo anterior.
- x)* Debe facilitar la consulta de los datos consolidados de cada trimestre.
- xi)* Debe incorporar un mecanismo de alarmas que se active ante el registro de una negación de un servicio POS, mediante el cual se le notifique vía correo electrónico a la dirección que para tal efecto dispongan la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación. Estas entidades deben actuar en el marco de sus competencias para determinar las responsabilidades de los representantes de las EPS o EOC que incurran en esa práctica.

Adicionalmente, la alerta se dará a conocer a la Defensoría del Pueblo que velará que los derechos involucrados del paciente a quien se le negó la tecnología POS sean respetados en el menor tiempo posible.

- xii)* Debe permitirse el acceso a la Defensoría del Pueblo, la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social. Entidades que garantizarán que los datos sensibles de las personas no sean circulados a terceros.
- xiii)* Debe contar con un mecanismo de seguridad informática de los registros una vez diligenciados.
- xiv)* Deberá entrar en funcionamiento en un término máximo de tres meses.

Las posibles dificultades y fallas que pueda presentar el sistema configurado bajo las condiciones expresadas en esta consideración jurídica, no pueden ser óbice para que los usuarios no sean atendidos oportunamente o no se les permita acceder a los servicios que requieren.

10.2. Motivos de negación: Rediseñar los motivos de negación NEG y NTR, cuyo ingreso es obligatorio, para que se incorporen junto a sus definiciones la mayoría de las causales que se puedan presentar en la atención en salud, bajo las siguientes directrices:

- i) Evaluar la permanencia de la causal “*F. Cambio de régimen de seguridad social en salud*” en los términos de la consideración 5.4.3.3. En caso de conservarla, deberá acreditar ante esta Sala las razones que sustentan dicha decisión en el mismo documento en el que allegue el acto administrativo contentivo del nuevo registro.
- ii) Adoptar las medidas indispensables para que no se nieguen servicios de salud con fundamento en que la entidad territorial no ha efectuado pagos a la EPS.
- iii) Incluir la descripción de “*otros motivos*”.
- iv) Rebajar ostensiblemente el porcentaje de negaciones correspondientes a las siguientes causales hasta la consecución de los indicadores de resultado que se indican a continuación:

Tabla núm. 19

Motivo	Tiempo límite ³⁰⁵	Porcentaje máximo
Otros motivos	1 año	10 %
	2 años	5%
	3 años	2 %
Servicio es cobertura del POS	1 año	0,001 % (1 en 1.000 casos)
	2 años	0,00 %

- v) El Ministerio podrá acreditar técnicamente la imposibilidad del cumplimiento de dichos porcentajes y plazos ante la Corte Constitucional.

10.3. Entrega del reporte: Garantizar que las EPS y EOC reporten, de manera completa y en periodos definidos en la normativa. Para tal efecto, debe establecer las causas de dicha reticencia y adoptar las medidas a corto plazo correspondientes para lograr que en 6 meses el 100 % de las entidades habilitadas entreguen los informes.

10.4. Validación de los datos: Adelantar las labores necesarias para 6 meses se cuente como mínimo con el 90 % de los registros validados y deberá acceder al 95 % en un año. En caso de considerar estos porcentajes inconvenientes o inalcanzables, el ente ministerial deberá justificarlo técnicamente ante esta Sala.

10.5. Obtener la devolución del dinero pagado sin justa causa³⁰⁶ a las EPS que hayan negado de servicios incluidos en el POS a partir del segundo trimestre de 2012, acorde a lo dispuesto en el numeral 8.3.5. de la parte motiva de esta providencia.

10.6. Crear los indicadores y parámetros cualitativos mediante los cuales se puedan medir y valorar los resultados obtenidos con la implementación del nuevo sistema de registros negados.

10.7. Enviar, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la terminación del respectivo trimestre, los reportes a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo y a esta Corporación, como se indica a continuación:

³⁰⁵ Estos plazos comienzan a contar desde la entrada en vigencia del nuevo registro ordenado en este auto.

³⁰⁶ Cfr. Decreto 1281 de 2002, art. 3. Decreto 4023 de 2011, art. 23. Decreto 674 de 2014, art. 3.

i) Tabla 20: Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud.

Régimen	Núm. de entidades habilitadas	Núm. de entidades que entregaron el informe
Contributivo		
Subsidiado		

ii) Tabla 21: Total de negaciones en el trimestre y por régimen.

Régimen	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC -NTR-		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC -NEG-	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Contributivo				
Subsidiado				
Total		100 %		100 %

iii) Tabla 22: Servicios de salud formulados por el médico tratante, no autorizados por la EPS y no tramitados ante el CTC –NTR–.

Motivo ³⁰⁷	Cantidad	%
Total		100 %

iv) Tabla 23: Servicios de salud formulados por el médico tratante, no autorizados por la EPS y negados por el CTC –NEG–.

Motivo ³⁰⁸	Cantidad	%
Total		100 %

v) Adicionalmente, el informe contendrá un análisis cualitativo en relación con las negaciones en el trimestre, así como un estudio cuantitativo que indique la tendencia de aumento o disminución respecto del trimestre antecedente y respecto del mismo periodo en el año anterior.

vi) De igual forma, el Ministerio deberá comunicar las soluciones tendientes a disminuir la cantidad de tecnologías no autorizadas a los usuarios del sistema.

A partir de lo expuesto, la Sala previene al Ministerio para que los reportes consolidados sean de calidad y que, sin perjuicio de la demás información que contengan, incluyan de manera completa y concreta los datos solicitados en este numeral.

10.8. Publicar en diferentes medios de comunicación y en su página *web* el reporte consolidado de que trata el considerando 10.8., dentro de los quince (15) días siguientes a la terminación de cada trimestre, dada la importancia que reviste para la sociedad

³⁰⁷ Se deberán enlistar la totalidad de categorías determinadas en la nueva regulación creada por el Ministerio.

³⁰⁸ *Ibidem*.

civil³⁰⁹ los resultados plasmados en el registro en mención. Por tanto, el lenguaje utilizado debe ser de fácil comprensión. Además, deberá indicar:

- i) los aseguradores que no reportaron,
- ii) las acciones correctivas iniciadas,
- iii) los resultados de dichas actuaciones,
- iv) las 10 tecnologías en salud (POS y No POS) más negadas durante el respectivo semestre, si son No POS se deberá justificar por qué no deben ser incluidos en el plan, si son POS las sanciones impuestas a los aseguradores; y
- v) la disminución o aumento de negaciones en cada periodo por EPS y por entidad territorial.

10.9. Gestionar una audiencia pública televisada, en un lugar establecido por los pacientes de alto costo, en la que los representantes legales de las EPS que hayan incurrido en negaciones de servicios POS, presenten excusas públicas por estas irregularidades, la cual deberá realizarse dentro de los tres (3) meses siguientes a la comunicación de este auto.

10.10. Explicar ante la Corte las razones por las cuales: i) no hizo entrega de los informes correspondientes al IV trimestre de 2010 y I trimestre de 2011; ii) no se incluyeron en los informes entregados a esta Sala los datos correspondientes a los servicios de salud formulados por el médico tratante, negados por la EPS y no autorizados por el CTC -NEG- desde el III trimestre de 2013 al II trimestre de 2014.

10.11. Remitir, dentro de los quince (15) días siguientes al recibo de la comunicación de este proveído, los soportes de los datos referidos en el considerando núm. 8.3.1, a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación, para que inicien las diligencias disciplinarias, fiscales y penales del caso.

A la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social

10.12. Adoptar las medidas para estudiar la pertinencia de la inclusión o exclusión explícita de las prestaciones negadas en las siguientes actualizaciones del POS

10.13. Reportar a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo y a esta Corporación, trimestralmente, las actuaciones iniciadas con ocasión de los resultados de los informes de negación de servicios.

A la Superintendencia Nacional de Salud

10.14. Iniciar las diligencias correspondientes contra las EPS que no han reportado o no lo han hecho oportunamente conforme a los datos consolidados y, aplique las sanciones previstas en la Ley 1438 de 2011. En caso de haberlo hecho, informar a esta Sala el estado actual de cada una de las investigaciones.

³⁰⁹ La Sala ha reiterado que en el trámite de seguimiento se busca asegurar que los diferentes grupos sociales conozcan la realidad del sector, así como cada proceso en el cual puedan verse afectados los derechos de la comunidad en general. Lo anterior, reviste mayor importancia en el ámbito del control social que puede efectuar toda persona sobre la gestión de los entes públicos. Para tal efecto, es menester que se facilite a todos los sectores sociales el acceso a la información.

10.15. Investigar las razones por las cuales se presentaron las negaciones de servicios incluidos en el POS señaladas en el considerando núm. 8.3. de este auto y establezca las sanciones a que haya lugar.

10.16. Reportar en su página web, trimestralmente, las actuaciones iniciadas y medidas adoptadas con base en los resultados de sus gestiones con ocasión de los hallazgos contenidos en los informes de negación de servicios.

10.17. Remitir, dentro de los quince (15) días siguientes a la comunicación de este proveído, los soportes de los datos referidos en el considerando núm. 8.3.2., a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación, para que inicien las diligencias penales, fiscales y disciplinarias del caso.

A otras autoridades obligadas

10.18. Trasladar los informes trimestrales referidos en los considerandos 8.3.1. y 8.3.2., a la Fiscalía General de la Nación y la Procuraduría General de la Nación, para lo de su competencia.

Específicamente, deberán indagar sobre posibles infracciones penales, disciplinarias y/o fiscales en que hayan podido incurrir los representantes legales de las aseguradoras que han negado servicios POS.

10.19. Remitir los documentos referidos anteriormente a la Contraloría General de la República para que inicie las indagaciones o los procesos de responsabilidad fiscal pertinentes en los que se investigue el presunto detrimento patrimonial sufrido a causa de: *i*) el pago de la UPC a entidades promotoras de salud que negaron servicios incluidos en el POS a sus usuarios y; *ii*) los costos incurridos en la Rama Judicial como consecuencia de la serie de acciones de tutela interpuestas para reclamar prestaciones cubiertas por el plan de beneficios.

10.20. Requerir a la Procuraduría General de la Nación para que con base en sus competencias constitucionales, legales y reglamentarias³¹⁰, especialmente de la función preventiva, acompañe el cumplimiento de la orden décima novena y este auto de seguimiento por parte de los órganos obligados.

10.21. Ordenar a la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura o en su defecto, al Consejo de Gobierno Judicial y a la Gerencia de la Rama Judicial, que difundan entre todos los jueces de la República la Sentencia T-255 de 2015, en la cual se aplicó la subregla jurisprudencial de cobro de costas a la parte demandada en acciones de tutela relacionadas negación de prestaciones incluidas en el POS.

³¹⁰ Cfr. Constitución Política art. 277.1: “El Procurador General de la Nación, por sí o por medio de sus delegados y agentes, tendrá las siguientes funciones: 1. Vigilar el cumplimiento de la Constitución, las leyes, las decisiones judiciales y los actos administrativos”. || Decreto Ley 262 de 2000 art. 24.1: “FUNCIONES PREVENTIVAS Y DE CONTROL DE GESTIÓN. Sin perjuicio de lo dispuesto en la ley, las procuradurías delegadas tienen las siguientes funciones de vigilancia superior, con fines preventivos y de control de gestión: 1. Velar por el cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales, así como de las decisiones judiciales y administrativas”. || Resolución 490 de 2008, por medio de la cual se crea el Sistema Integral de Prevención y se establecen los principios y criterios correspondientes al ejercicio de la función preventiva a cargo de la Procuraduría General de la Nación y se dictan otras disposiciones.

10.22. La Sala reitera³¹¹ que los informes trimestrales no deben ser remitidos directamente por las EPS a esta Corporación. Se aclara que esta Sala solo valorará los estudios sobre registros de tecnologías no autorizadas que para tal efecto remita el Ministerio de Salud y Protección Social, así como la Superintendencia de Salud y la Defensoría del Pueblo. Por tal motivo se dispondrá la devolución al Ministerio de los documentos enviados directamente por las EPS a esta Corporación en 529 folios.

10.23. Finalmente, en orden a las dificultades profundas sobre el sistema de salud que inquietan a esta Corporación y de la preocupación que le asiste por el no acatamiento de la orden examinada transcurridos siete años desde su expedición, se dispondrá informar esta determinación al señor Presidente de la República, al Presidente del Congreso y a los Presidentes de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso, que en el ámbito de la actuación dialógica³¹² que rige este trámite de verificación, deben estar enterados por ser sujetos de la configuración y dirección del sistema de salud.

En mérito de lo expuesto, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008,

III. RESUELVE:

PRIMERO.- Declarar el nivel de **CUMPLIMIENTO BAJO** de la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008, por los motivos expuestos en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO.- Llamar la atención al Ministro de Salud y Protección Social y al Superintendente Nacional de Salud, por cuanto las medidas implementadas hasta ahora no han permitido superar las fallas de regulación advertidas por la Corte la orden décima novena de la Sentencia T-760 de 2008. En consecuencia, prevenir a dichas autoridades para que, en adelante, todas sus actuaciones estén encaminadas a conjurar la situación puesta de presente en este auto, en lo que concierne a la orden décima novena.

TERCERO.- Ordenar al Ministro de Salud y Protección Social que rediseñe y ponga en funcionamiento el registro de negaciones de tecnologías en salud en las condiciones fijadas en el considerando núm. 10.1. de esta decisión, dentro de los tres (3) meses siguientes al recibo de la comunicación del presente auto.

CUARTO.- Ordenar al Ministro de Salud y Protección Social que adopte las medidas en torno a la creación del nuevo registro de negaciones y el control de las irregularidades, de que trata las consideraciones núm. 10.2. a 10.9., 10.12 y 10.13, dentro de los tres (3) meses siguientes al recibo de la comunicación del presente auto.

QUINTO.- Citar al Ministro de Salud a la sesión técnica que se realizará el 7 de octubre de 2015 a las 10 a.m., para que informe las razones por las cuales no se entregaron los datos referidos en el considerando 10.10. de esta decisión.

³¹¹ Cfr. Auto de 13 de julio de 2009, Auto de 20 de enero de 2010 y Auto 043 de 2012.

³¹² Cfr. Auto 386 de 2014, considerando 2.6: "... se ha procurado que el trámite de seguimiento se lleve a cabo mediante un proceso dialógico cuyos objetivos principales son: i) que las providencias adoptadas por la Sala estén precedidas de una discusión argumentada, respetuosa, seria y responsable sobre las actuaciones implementadas por las entidades gubernamentales y la problemática, aun sin solución, que enfrenta el sistema de salud a pesar de las órdenes emitidas desde 2008, los límites de la gestión gubernamental y las necesidades de la comunidad, y, ii) que las decisiones de política pública que hayan de adoptarse en materia de salud partan de la percepción de los demás actores del sistema y, principalmente, de los usuarios del mismo, de manera que puedan dimensionarse los distintos programas gubernamentales viables para resolver los problemas advertidos por los intervinientes."

SEXTO.- Ordenar al Ministro de Salud y Protección Social que remita los documentos enunciados en el numeral 8.3.1. de las consideraciones de esta decisión, a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación, para lo de su competencia, en el término de quince (15) días hábiles siguientes al recibo de la comunicación de este auto.

SÉPTIMO.- Ordenar al Superintendente Nacional de Salud que adelante las acciones y diligencias sancionatorias determinadas en las consideraciones 10.14. a 10.16. de la presente decisión, en el término de tres (3) meses siguientes al recibo de la comunicación de este auto.

OCTAVO.- Ordenar al Superintendente Nacional de Salud que remita los documentos enunciados en el numeral 8.3.2. de las consideraciones de esta decisión, a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación, para lo de su competencia, en el término de quince (15) días hábiles siguientes al recibo de la comunicación de este auto.

NOVENO.- Trasladar los informes trimestrales referidos en los considerandos 8.3.1. y 8.3.2., al Fiscal General de la Nación y al Procurador General de la Nación, para los fines previstos en el aparte 10.18. de la parte motiva de este auto. De lo anterior deberán rendir informe dentro de un (1) mes siguiente al recibo de la comunicación de esta decisión.

DÉCIMO.- Trasladar los informes trimestrales referidos en los considerandos 8.3.1. y 8.3.2., al Contralor General de la República para los fines previstos en el aparte 10.19. de la parte motiva de este auto. De lo anterior deberán rendir informe dentro de un (1) mes siguiente al recibo de la comunicación de esta decisión.

DÉCIMO PRIMERO.- Ordenar al Procurador General de la Nación que vigile y supervise el cumplimiento de la orden decima segunda y de lo aquí ordenado, incluyendo el acompañamiento en uso de la función preventiva en relación con las autoridades concernidas en la presente decisión. Asimismo, que dentro de un (1) mes siguiente al recibo de la comunicación de este auto, informe los avances advertidos y el estado actual de cumplimiento de este proveído y de la orden décima novena.

DÉCIMO SEGUNDO.- Ordenar a la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura o en su defecto, al Consejo de Gobierno Judicial y a la Gerencia de la Rama Judicial, que difundan entre todos los jueces de la República la Sentencia T-255 de 2015, según lo dispuesto en el considerando 10.21.

DÉCIMO TERCERO.- Devolver al Ministerio de Salud y Protección Social la documentación que hasta el momento ha sido remitida por las EPS en relación con la orden décima novena, para lo de su competencia.

DÉCIMO CUARTO.- Informar de esta determinación al señor Presidente de la República, al Presidente del Congreso de la República y a los Presidentes de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Senado de la República y la Cámara de Representantes.

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

Notifíquese, publíquese y cúmplase.

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO
Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO
Magistrado

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretario General