

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



## CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

### AUTO 044 de 2012

**Referencia:** Seguimiento al cumplimiento de la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008.

**Asunto:** Elaboración de los informes de la orden vigésima conforme a los parámetros constitucionales establecidos en la sentencia T-760 de 2008 y los autos de seguimiento.

**Magistrado Sustanciador:**  
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D. C., cinco (5) de marzo de dos mil doce (2012)

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

#### I. ANTECEDENTES

1. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación tomó una serie de decisiones dirigidas a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de que se adoptaran las medidas necesarias para corregir las fallas de regulación identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados en dicha providencia.

2. Del estudio de tales asuntos, se infirieron diversos problemas generales que contextualizan, identifican y concretan las fallas que dan origen al conjunto de mandatos de naturaleza o tendencia correctiva. Particularmente, teniendo en cuenta que a la fecha de expedición de la sentencia T-760 de 2008 no existía un adecuado recaudo y flujo de información en materia de salud, especialmente de aquella que le permitiera a las personas ejercer su libertad de escogencia, la Corte consideró lo siguiente:

*“(...) la libertad de escogencia es fundamental en el Sistema de Salud vigente, por cuanto permite a las personas desvincularse de aquellas entidades que no garantizan adecuadamente el goce efectivo de su derecho a la salud, a la vez que le permiten afiliarse a aquellas que demuestren que están prestando los servicios de salud con idoneidad, oportunidad y calidad (...) Sin embargo, para que la libertad de escogencia de las entidades de salud por parte de las personas tenga el efecto de promover las buenas entidades y desincentivar a las malas, es preciso que la información sobre las mismas exista y pueda ser conocida por las personas en el momento de escoger la entidad en cuestión.”.*

En virtud de esta problemática, en el ordinal vigésimo de la parte resolutive de la citada sentencia, se dispuso:

*“Ordenar al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que adopten las medidas para identificar las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad. Con este fin, el Ministerio y la Superintendencia deberán informar a la Defensoría del Pueblo, a la Procuraduría General de la Nación y a la Corte Constitucional (i) cuáles son las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas; (ii) cuáles son las medidas concretas y específicas con relación a éstas entidades que se adoptaron en el pasado y las que se adelantan actualmente, en caso de haberlas adoptado; y (iii) cuáles son las medidas concretas y específicas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, de las personas que se encuentran afiliadas a las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios identificadas.*

*El informe a cargo de la Superintendencia y el Ministerio deberá ser presentado antes de octubre 31 de 2008.”.*

3. En cumplimiento de la orden aludida, la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de la Protección Social, remitieron a la Sala Segunda de Revisión los respectivos informes el 24 y el 30 de octubre de 2008.

3.1. En su oficio, la Superintendencia Nacional de Salud divulgó un listado de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-<sup>1</sup> que se negaron a autorizar oportunamente servicios de salud a sus afiliados entre los años 2003 a 2008, utilizando como referente 707 casos conocidos por la Oficina Jurídica de dicha entidad.

---

<sup>1</sup> Según el informe de la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de las denominadas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB- se encuentran inmersas las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y otras entidades que, sin tener el carácter de EPS, fungen como aseguradoras respecto de cierta población.

Del mismo modo, relacionó el número de multas impuestas a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios -IPS-<sup>2</sup>, discriminando entidad por entidad.

En cuanto a las medidas concretas y específicas que se adoptaron con relación a estas entidades, manifestó que profirió varias “Resoluciones Sancionatorias” en contra de aquellas EPS e IPS que no prestaron los servicios de salud o que al prestarlos no cumplieron con los principios de calidad, eficiencia y oportunidad, y expresó que:

*“Las sanciones impuestas corresponden entre otros [sic], a una multa pecuniaria, la revocatoria del funcionamiento y/o la habilitación, la revocatoria de la autorización para administrar y operar los recursos del Régimen Subsidiado, Contributivo o Medicina Prepagada, así como las sanciones impuestas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por negar o incumplir el servicio de salud.”*

Además, mencionó que como medida concreta y específica para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de las personas afiliadas, mediante circular externa No. 051 del 17 de octubre de 2008, impartió varias instrucciones a las EPS e IPS para que cumplieran con lo dispuesto en la sentencia T-760 de 2008.

3.2. Por su parte, el Ministerio de la Protección Social reconoció que para dar cumplimiento a la orden es necesario que se desarrollen “mecanismos claros de flujo de información” y expresó lo siguiente:

*“(…) se observan los siguientes aspectos que arrojan alarmas en el sistema respecto de una EPS e IPS como rasgos indiciarios de un mal funcionamiento:*

*- Las quejas que se formulan en su contra. Generalmente, las mismas son presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud o remitidas a ella así como la gravedad de las mismas. Obviamente, una queja que se formule no necesariamente es sinónimo de que la EPS o IPS sobre la cual el ciudadano realiza el cuestionamiento esté actuando arbitrariamente. No obstante, si es un indicador que, indudablemente, debe ser tenido en cuenta.*

*- Las acciones de tutela que se interponen por negación de servicios que en su mayoría corresponden a las entidades promotoras de salud del régimen contributivo, en menor medida las del régimen subsidiado y las entidades territoriales.*

*(…)*

*- Las sanciones impuestas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.”*

---

<sup>2</sup> Según el informe, entre los años 2003 a 2008, se impusieron 415 multas a las EAPB y 187 a las IPS.

Simultáneamente declaró que:

*“(...) existen formas alternas para tal identificación que están asociadas a la utilización de la acción de tutela y cuya información reposa en las bases de datos administradas por el Encargo Fiduciario Fidufosyga 2005 asociada, [sic] básicamente a las radicaciones de recobros por parte de las EPS, especialmente aquellas que son glosadas por cuanto se pretende recobrar medicamentos y procedimientos que están previstos en el POS. Por lo tanto, el informe de este Ministerio se centrará en tales solicitudes de recobros realizados por la EPS por medicamentos y procedimientos no POS y aquellas cuyos recobros presentan mayor volumen de glosa por medicamentos y procedimientos contenidos en el POS (...)”.*

En este orden de ideas, acompañó un escrito en el que relacionó las solicitudes de recobro por concepto de fallos de tutela, enfatizando en aquellas que fueron glosadas por tratarse de medicamentos o procedimientos incluidos en el POS.

En cuanto a las medidas concretas y específicas que se adoptaron con relación a estas entidades, indicó que ha glosado aquellas solicitudes que pretenden recobrar medicamentos y procedimientos incluidos en el POS y que le ha dado traslado de estos casos a la Superintendencia Nacional de Salud para que ésta tome las medidas a que haya lugar.

Respecto de las medidas concretas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, mencionó algunas normativas que ha expedido.

4. Entre el 17 y el 28 de octubre de 2008, varias entidades privadas expresaron su interés por acompañar el acatamiento de la sentencia T-760 de 2008 y solicitaron su reconocimiento como grupo de seguimiento. Como consecuencia, la Sala Segunda de Revisión, mediante Auto de 9 de diciembre del mismo año, accedió a tal petición y decidió correr traslado de los informes reseñados a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI- y al Proyecto Así Vamos en Salud, para que se pronunciaran sobre su contenido:

4.1. El 18 de diciembre de 2008, ACEMI se pronunció, así:

4.1.1. Sobre el informe de la Superintendencia Nacional de Salud, expresó que esta entidad sí había realizado actividades de inspección, vigilancia y control, tanto investigativas como sancionatorias, pese a la falta de presencia regional y de claridad en las normas respecto de los plazos dentro de los cuales las EPS deben brindar los servicios previstos en la cobertura. En cuanto a la apertura de investigaciones y sanciones señaló que cada una de las EPS y EPS-S está verificando la precisión de la información para comunicar directamente a la Superintendencia sobre las diferencias que eventualmente puedan encontrarse. A la par, anotó que existe la posibilidad de que algunos actos administrativos a través de los cuales se impusieron sanciones estén siendo objeto de discusión en la vía gubernativa o ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

4.1.2. Sobre el informe del Ministerio de la Protección Social, indicó que este documento no tiene en cuenta el tamaño de las EPS en cuanto al número de afiliados, presencia regional de la entidad, etc. Asimismo, afirmó que tampoco se presenta discriminada la denominada “zona gris” y coligió que sería conveniente que el POS se aclarara y que se definieran alternativas de solución para dicha zona.

4.2. De otro lado, el 13 de enero de 2009, el Programa Así Vamos en Salud presentó un estudio en el que analiza los siguientes aspectos:

4.2.1. Respecto de la identificación de las EPS e IPS que violan el derecho a la salud señaló que: a) las tablas con información estadística deben presentar con claridad el lapso de tiempo al que corresponden los datos y la fuente de la que provienen (Vg. Quejas, fallos de tutela, solicitudes de recobro, resoluciones sancionatorias); b) para obtener información que pueda ser utilizada con fines preventivos es necesario caracterizar las principales y más recurrentes causas de quejas, fallos de tutela, solicitudes de recobro y sanciones, que permitan evidenciar cuáles son los principales motivos por los que se incurren en estas prácticas violatorias y así poder tomar medidas preventivas a futuro; y c) en caso de que la orden recaiga sobre el Ministerio y la Superintendencia sería de gran valor la construcción de un informe unificado.

4.2.2. Respecto de las medidas concretas que se adoptaron en contra de dichas entidades, recomendó hacer seguimiento a cada una de las medidas adoptadas.

4.2.3. Con relación a las medidas para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, expuso que éstas se habían plasmado en varias normas y circulares.

5. Adicionalmente, a través de Auto proferido el 18 de diciembre de 2008, esta Sala le solicitó a la Superintendencia que la presentación de los informes se realizara dentro de unos parámetros determinados, con el propósito de que permitieran mostrar los avances en el goce efectivo del derecho a la salud, así:

*“(…) la Sala estima que la Superintendencia debe orientar los informes que presente sobre el cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, a mostrar cómo se ha avanzado en el goce efectivo del derecho a la salud. Como mínimo estos informes deben:*

*a. Identificar de forma precisa las fechas de los hechos a los que se haga referencia.*

*b. Identificar los problemas que dieron lugar a la reacción de la entidad.*

*c. Relacionar la identificación de los problemas con las reacciones específicas a los mismos. Mostrar de qué manera se ha dado respuesta a cada uno de los problemas identificados.*

*d. Valorar los hechos y las actuaciones que se relacionan, ponerlas en contexto. Los informes no pueden limitarse a enunciarlos, salvo que ello sea lo que corresponda.*

*e. Explicar cómo la gestión de la entidad resultó en algo positivo para el goce efectivo del derecho a la salud. Las actuaciones y los resultados que sean presentados o analizados, deberán ser valorados teniendo en cuenta (1) las metas trazadas inicialmente, (2) el grado de cumplimiento de las mismas y (3) la tendencia en la cual se avanza actualmente -esto es, si el progreso en los resultados se mantiene, aumenta o disminuye.*

*f. Identificar cuáles son las principales dificultades que aún persisten y las razones por las que aún no han podido ser superadas.*

*g. Indicar de forma adecuada y específica las fuentes de información utilizadas.”.*

6. Luego, la Sala profirió el Auto del 15 de enero de 2009, en el cual ordenó correr traslado de los documentos allegados por los grupos de seguimiento a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social.

7. Estos organismos dieron respuesta mediante oficios separados del 26 de enero de 2009, así:

7.1. El Ministerio de la Protección Social anotó que la Corte Constitucional sólo señaló la necesidad de establecer qué entidades estaban involucradas en procesos de tutelas y nada dijo sobre cuáles criterios debían aplicarse a ese dato o si el mismo debería o no verse reducido o incrementado por aspectos ajenos al hecho mismo de la acción de tutela. Indicó que no puede afirmarse un eventual incumplimiento por parte de ese Ministerio bajo el argumento de que la presentación de los informes no se ajustó a algunos criterios que, al no haber sido ordenados por la Corte, simplemente no pueden ser tenidos en cuenta, ya que ello implicaría modificar la sentencia.

7.2. Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud afirmó que si bien es cierto que está centralizada en Bogotá y no tiene regionales, para cumplir sus funciones realizó alianzas estratégicas con varias entidades del orden nacional e internacional, mediante la suscripción de convenios interadministrativos para fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control.

8. Por Auto del 29 de enero de 2009, la Corte ordenó que se enviara copia de las respuestas suministradas por el Ministerio y la Superintendencia a los grupos de seguimiento con el fin de que presentaran los comentarios pertinentes.

9. El 10 de febrero de 2009, ACEMI consideró que el “ranking” debe apoyarse en elementos de juicio que tengan en cuenta las diferencias existentes entre las entidades aseguradoras desde el punto de vista del número y el nivel socio-económico de sus afiliados y su presencia regional.

10. La Defensoría del Pueblo en oficio del 25 de junio de 2009, remitió un estudio sobre los informes allegados por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de la Protección Social. Consideró que el mecanismo utilizado por el Ministerio para medir las negaciones debe adecuarse, ya que no todas las negaciones se reflejan en tutelas. Afirmó que la Superintendencia se limitó a informar que sancionó algunas entidades sin hacer referencia a las acciones específicas que adoptó con el fin de evitar que reincidieran en dicha práctica. Por último, dijo que pese a la expedición de normas para garantizar el goce efectivo del derecho, éstas no fueron suficientes en cuanto a la accesibilidad y oportunidad en la prestación de los servicios, ni en la participación ciudadana.

11. Aunado a lo anterior, el 13 de julio de 2009, la Sala le solicitó a la Procuraduría General de la Nación que indicara los resultados obtenidos como consecuencia de los informes entregados por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. Requirió establecer si la información allegada es suficiente con la finalidad de hacer un balance acerca de las fallas presentadas en la orden veinte y definir algún tipo de solución. Por otra parte, requirió a la Defensoría del Pueblo para que, teniendo en cuenta el informe presentado el 25 de junio de 2009, procediera a precisar qué apartes del informe del Ministerio deberían adecuarse, indicando los mecanismos que podrían utilizarse para el cumplimiento de la sentencia. Además, se le aclaró que teniendo en cuenta su “naturaleza de constitucional”, sus estudios debían descubrir anomalías y plantear soluciones con fundamento en los derechos fundamentales. Por último, le solicitó al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que señalaran si habían creado o eliminado alguna de las variables para establecer el goce efectivo del derecho a la salud y en especial para darle cumplimiento a esta orden, así como también si requirió alguna información adicional a las EPS, EPS-S e IPS, o se ha establecido algún tipo de conducto con el fin de que los usuarios participen.

12. En respuesta al Auto en mención:

12.1. El 30 de julio de 2009, el Ministerio de la Protección Social señaló que suministró la información requerida por la Corte y que la Superintendencia Nacional de Salud informó las medidas concretas adoptadas en particular. Por lo tanto, manifestó que no le correspondía adoptar una nueva infraestructura, como tampoco crear indicadores. Precisó que no ha dispuesto de infraestructura humana, organizativa y material distinta a la existente en la entidad, dado que la reestructuración de las entidades estatales, así como los procesos de contratación, requieren de estudios técnicos y de viabilidad presupuestal previa, por lo que consideró que con la infraestructura existente y los contratos suscritos era más que suficiente. Agregó que el Ministerio evaluará la posibilidad de adoptar cambios estructurales o de contratación de personas o materiales adicionales. Además, señaló que no ha modificado, creado o suprimido los procedimientos, criterios o indicadores para medir el goce efectivo del derecho a la salud y que tampoco ha requerido información adicional o definido canales de participación a los usuarios diferentes a aquellos que se les brindan a través de los mecanismos de atención al usuario definidos en la ley.

12.2. En otro sentido, el 30 de julio de 2009, la Procuraduría General de la Nación remitió un informe acerca de las actividades de “vigilancia preventiva y de control de gestión” realizadas al Ministerio de la Protección Social, al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, al Comité de Regulación en Salud y a la Superintendencia Nacional en Salud. No presentó ningún tipo de respuesta acerca de los mecanismos utilizados por estas entidades, ya que sólo se limitó a resumir las actuaciones de las mismas.

12.3. Por su parte, el 3 de agosto de 2009, la Defensoría del Pueblo indicó que el informe del Ministerio debe centrarse en la frecuencia de las negaciones por tipo de entidad más que en el valor del recobro, ya que éste no es un reflejo fidedigno de negaciones reiteradas de bajo impacto económico.

13. Posteriormente, mediante Auto 317 del 28 de septiembre de 2010, la Sala Especial de Seguimiento, invitó a las instituciones universitarias y a los grupos de investigación especializada y de seguimiento para que se pronunciaran respecto a las variables aplicadas por el Ministerio de la Protección Social y por la Superintendencia Nacional de Salud, para la construcción del ranking. Fundamentalmente, preguntó si esos criterios cumplían los requisitos mínimos para identificar las EPS e IPS que incurrían en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas y de no ser así cuáles eran las variables adecuadas para la construcción de ese ranking.

14. Al respecto, mediante oficios del 3 de diciembre de 2010 se pronunciaron las siguientes entidades:

14.1. La Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008 y de Reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud -CSR- recomendó definir unos estándares que constituyan el punto de referencia para garantizar el derecho a la salud a partir de los cuales se puedan formular indicadores específicos. Señaló que se cuenta con la Observación General número 14 del Comité los Derechos Económicos, Sociales y Culturales -DESC- que se refiere a la: i) disponibilidad, ii) accesibilidad, iii) aceptabilidad y iv) calidad. Agregó que existen otros documentos guía de organismos como la Organización Mundial de la Salud -OMS- y la Organización de los Estados Americanos -OEA-. Frente a esta última destacó el estudio denominado “Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales”.

14.2. ACEMI consideró que para hacer un análisis completo de los derechos de los usuarios y demás actores del sistema, debían elaborarse indicadores frente al ejercicio, efectividad o acceso.

14.3. Por último, el Proyecto Así Vamos en Salud indicó que con la información adecuada podría realizarse un ranking integrado con las diferentes variables que podría seguir la metodología planteada por la Universidad Nacional en el Ranking de EPS o se podría generar una nueva metodología multidimensional que requeriría de un trabajo interdisciplinario.

15. Finalmente, el 26 de enero de 2011, la Sala emitió el Auto 006, en el cual le solicitó al Ministerio de Protección Social que allegara el estudio realizado en relación con el ranking de EPS-2009, e informara si ese estudio ha sido analizado por la Superintendencia, así como también señalara las observaciones que se hubieran realizado. Además, le solicitó un informe sobre las actividades realizadas para implementar lo estipulado en el artículo 2° de la Ley 1122 de 2007 y remitir copia de esta información a la Comisión de Seguimiento de la sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social -CSR-.

16. El 4 de febrero de 2011, el Ministerio de la Protección Social presentó un informe que desarrolló bajo dos ítems: el primero que denominó “Estudio de Ranking de EPS” para lo cual acompañó el resumen ejecutivo del documento “Ordenamiento de Entidades Promotoras de Salud- EPS 2009” del Centro de Investigación para el Desarrollo CID de la Universidad Nacional. En segundo lugar, relacionó las actividades adelantadas en virtud del artículo 2° de la Ley 1122 de 2007, en materia de indicadores de salud.

## II. CONSIDERACIONES

1. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación precisó el alcance del derecho a la información, en el marco del derecho a la salud, así:

*“Las entidades del Sistema de Salud tienen la obligación de brindar a las personas la información que sea necesaria para poder acceder a los servicios de salud que requieran, con libertad y autonomía, permitiendo que la persona elija la opción que le garantice en mayor medida su derecho.”.*

Agregó que dicha información debe ser entregada con anterioridad al momento de la afiliación, condición *sine qua non* para que las personas puedan ejercer su derecho a la libre escogencia<sup>3</sup>, aclarando que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 199 de la Ley 100 de 1993<sup>4</sup>, le corresponde al Ministerio del sector salud producirla:

---

<sup>3</sup> La Corte Constitucional consideró el derecho a la “libre escogencia” como uno de los principios y características fundamentales del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sobre el particular, la sentencia T-011 de 2004, precisó: “(...) el derecho fundamental de acceso a la seguridad social, previsto de manera específica en los artículos 48 y 49 de la Carta, comprende no solo el acceso al sistema de salud como tal y a su cobertura, sino que además se proyecta sobre las garantías de permanencia y traslado de sus afiliados dentro del sistema. Ello explica por qué el derecho a la “libre escogencia” (...) constituye un principio fundante del Sistema de Seguridad Social en Salud y a su vez una característica básica del mismo (...)”.

<sup>4</sup> Ley 100 de 1993, artículo 199. “Información de los Usuarios. El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con la patología y necesidades de atención del paciente. || 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.”

*“La información que deben dar a las personas los diferentes actores dentro del sistema de salud (los empleadores, la Superintendencia de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, y las entidades territoriales responsables), debe ser entregada antes del momento de la afiliación. En efecto, para que una persona pueda ejercer su libertad de afiliación (art. 153, Ley 100 de 1993), ha de contar con los datos suficientes que le permitan conocer (i) cuáles son las opciones de afiliación con las que cuenta, y (ii) el desempeño de cada una de estas instituciones, en función del respeto al goce efectivo del derecho a la salud. Legalmente corresponde al Ministerio del sector, producir información que se fije especialmente en el acceso a los servicios de salud en condiciones de oportunidad, calidad y eficiencia; información orientada a la evaluación y corrección de la prestación de los servicios de salud a los usuarios.”.*

En este sentido, le ordenó a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social -hoy, Ministerio de Salud y Protección Social- que, entre otras cosas, adoptaran las medidas necesarias para identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud, con el fin de que las personas cuenten con un elemento de juicio ecuánime que les permita elegir la opción que les garantice en mayor medida el goce efectivo de su derecho. Para tal efecto, discriminó las prácticas violatorias del derecho a la salud, especialmente en los capítulos 4° y 8° de la mencionada providencia.

2. Ahora bien, a la fecha, los indicadores utilizados por la Superintendencia Nacional de Salud y por el Ministerio de la Protección Social para identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud no han sido eficaces, porque miden errónea o parcialmente dichas prácticas, y porque no las identifican. En ese sentido, una vez analizada la información allegada por los grupos de seguimiento se develaron varios aspectos relevantes respecto a los indicadores utilizados:

2.1. Las quejas no son un indicador adecuado, puesto que, en algunos casos, obedecen a la falta de información de que adolecen los usuarios o incluso a un mero capricho de los mismos. Por lo tanto, teniendo en cuenta que una queja que se formule en contra de una EPS o IPS no implica necesariamente que ésta esté violentando el derecho a la salud de quien la presenta, se reitera la falta de idoneidad de esa variable.

2.2. De otro lado, si bien los fallos de tutela proferidos contra una EPS o IPS son un indicador efectivo de que éstas transgredieron el derecho a la salud amparado, no es el único que debe tenerse en cuenta, ya que no toda negativa injustificada a prestar un servicio de salud finiquita en la interposición de este tipo de acciones, lo que obedece, en parte, a la falta de conocimiento que tienen algunos usuarios del sistema sobre sus derechos, en especial aquellos pertenecientes al régimen subsidiado.

Adicionalmente, si se quieren utilizar como un instrumento para identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia violentan el derecho a la salud, es necesario que se individualice cada fallo con el fin de descubrir las prácticas perpetradas en el caso específico.

2.3. En este sentido, resulta aún más impreciso utilizar como indicador el número de solicitudes de recobro con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA-, debido a que no todos los fallos de tutela en los que se amparó el derecho a la salud ordenaron recobro, en tanto que en un porcentaje alto de tutelas se solicitaron servicios incluidos en el POS que fueron negados por las EPS a sus usuarios.

2.4. Por su parte, las sanciones pueden contribuir a esclarecer cuáles EPS e IPS incurren con mayor frecuencia en prácticas violatorias del derecho a la salud, siempre y cuando se individualice cada una de ellas y se especifique la práctica que da origen a la misma. No obstante, se advierte que la utilización de las sanciones como único indicador no refleja un panorama global de las entidades que quebrantan el derecho de que se trata, en mayor medida, ni tampoco es un indicador muy exacto, toda vez que existe la posibilidad de que algunos actos administrativos a través de los cuales se impusieron sanciones estén siendo objeto de controversia en la vía gubernativa o ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, por lo que, hasta tanto no se resuelva el recurso, no se podrá afirmar con exactitud si la sancionada actuó o no negligentemente.

2.5. Por último, en cuanto al estudio de ranking de EPS e IPS realizado por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional de Colombia -CID-, debe indicarse que, pese a estar bien elaborado, no cumple con los parámetros constitucionales establecidos en la sentencia T-760 de 2008 y en los autos de seguimiento, toda vez que no permite individualizar las prácticas violatorias del derecho a la salud contempladas en la providencia en mención.

3. A saber, para que las entidades responsables cumplan materialmente con lo dispuesto en la orden vigésima, deben identificar las prácticas violatorias del derecho a la salud contempladas en los capítulos 4° y 8° de la mencionada providencia, o lo que es igual, las EPS e IPS que con mayor frecuencia:

3.1. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS.

3.2. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos del POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada.

3.3. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico -CTC-.

3.4. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con sujeción al principio de integralidad, entendido éste como el no fraccionamiento de las prestaciones que requiera la persona para recuperar su salud.

3.5. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando éstos han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y cuyo concepto no fue desvirtuado por la entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente.

3.6. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside.

3.7. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos.

3.8. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aun cuando dichos servicios estén excluidos del POS y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación.

3.9. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.

3.10. Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello.

3.11. Se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica.

3.12. Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador.

3.13. Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo.

3.14. Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela.

4. Adicionalmente, deberán presentar:

4.1. Las medidas concretas y específicas que han adoptado con relación a las

entidades que perpetran este tipo de prácticas.

4.2. Las medidas concretas y específicas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de las personas afiliadas.

5. Aunado a lo anterior, como información adicional, el informe ordenado debe tener en consideración el número de usuarios con los que cuenta cada EPS o IPS.

6. Así entonces, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social definir periódicamente el ranking de EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud, puesto que la obligación de brindarle información a las personas no se agota con la presentación de un primer informe, sino que, por el contrario, se requiere que dicha información sea suministrada de manera periódica, ya que, como lo advirtió la sentencia T-760 de 2008: *“es preciso que la información sobre las mismas exista y pueda ser conocida por las personas en el momento de escoger la entidad en cuestión.”*

7. Además, las entidades responsables deben construir el ranking de manera unificada, de tal forma que se dé una verdadera correlación de la información.

8. Finalmente, no sobra advertir que el ranking debe ser comprensible para todas las personas, incluso para aquellas que no tengan conocimientos técnicos sobre el sistema de salud, puesto que, como se indicó en la sentencia T-760 de 2008:

*“El entregar un ranking simple (1ª, 2ª, etc.) como única información de la carta de desempeño puede producir un desequilibrio entre la reacción de los consumidores y el desempeño de las empresas ‘rankeadas’, pues no muestra de manera explícita las diferentes facetas de la prestación del servicio, e impide observar la diferencia real en los resultados de las empresas. En el otro extremo, el entregar un sinnúmero de estadísticas complejas acerca de cada una de las EPS o IPS, lleva a una carta de desempeño que es incomprensible para la mayoría de usuarios.”*

### III. RESUELVE

**PRIMERO.** Ordenar a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social que, de manera conjunta, presenten un informe en el que identifiquen las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en las prácticas violatorias del derecho a la salud descritas en la sentencia T-760 de 2008 y en la parte considerativa de esta providencia. Dicho informe deberá contener un ranking de las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en estas prácticas, así como: i) las medidas concretas y específicas que han adoptado con relación a éstas entidades; y ii) las medidas concretas y específicas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de las personas afiliadas.

Asimismo, dicho ranking deberá: i) tener en cuenta el número de usuarios con los que cuenta cada EPS e IPS; y ii) ser comprensible para todas las personas, incluso para aquellas que no tengan conocimientos técnicos sobre el sistema de salud.

El informe deberá ser presentado a la Defensoría del Pueblo, a la Procuraduría General de la Nación y a la Corte Constitucional antes del 30 de abril de 2012.

**SEGUNDO. Ordenar** a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social que, de manera conjunta, sigan elaborando un ranking anualmente, con remisión de copia a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación. Dicho ranking deberá ser allegado a estas entidades antes del 30 de abril de cada año.

**TERCERO. Requerir** a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación para que, de conformidad con lo establecido en los artículos 278 y 282 de la Constitución Política de Colombia, adopten las medidas necesarias para que se cumpla con lo dispuesto en la orden vigésima de que aquí se trata.

**CUARTO. Ordenar** a la Secretaría General de esta Corporación que libre las respectivas comunicaciones a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO  
Magistrado

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO  
Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO  
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ  
Secretaria General