

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



## CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento en Salud

### AUTO 584 de 2022

**Referencia:** Valoración de la orden décima sexta de la sentencia T-760 de 2008.

**Asunto:** Acceso a servicios incluidos en el plan de beneficios.

**Magistrado Sustanciador:**  
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D.C., veintiséis (26) de abril de dos mil veintidós (2022).

La Sala Especial de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008 conformada por la Sala Plena de la Corte Constitucional, para llevar a cabo la verificación del cumplimiento de las órdenes generales establecidas en la misma, integrada por los magistrados Alejandro Linares Cantillo, Antonio José Lizarazo Ocampo y José Fernando Reyes Cuartas, 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 mandatos dirigidos a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>1</sup>, con el fin de que se tomaran las acciones pertinentes para corregir las fallas de regulación, identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados.

La sentencia estructural evidenció, entre otros inconvenientes, la falta de actualización integral de los planes de beneficios, la desigualdad entre los regímenes contributivo<sup>2</sup> y subsidiado<sup>3</sup>, así como la negación de tecnologías cubiertas por el entonces POS<sup>4</sup>, hoy PBS.

En aras de superar tales obstáculos, ordenó adoptar las medidas necesarias para superar los problemas normativos de los planes de beneficios<sup>5</sup> consistentes en

---

<sup>1</sup> En adelante SGSSS.

<sup>2</sup> En adelante RC.

<sup>3</sup> En adelante RS.

<sup>4</sup> Plan Obligatorio de Salud.

<sup>5</sup> Orden 16.

realizar la actualización integral de estos periódicamente<sup>6</sup>, llevar un registro de servicios negados<sup>7</sup> y de las EPS que más vulneran el derecho fundamental a la salud<sup>8</sup>, unificar el POS<sup>9</sup>, e implementar un procedimiento que permitiera a los galenos autorizar en forma directa los servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios distinto a medicamentos como los explícitamente excluidos<sup>10</sup>.

2. En atención a lo expuesto, la decisión décima sexta dispuso al entonces Ministerio de la Protección Social<sup>11</sup>, a la Comisión de Regulación en Salud<sup>12</sup> y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud<sup>13</sup>:

*“adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente, (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud. Esta regulación también deberá (i) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales. **Para dar cumplimiento a esta orden, se adoptarán por lo menos las medidas relacionadas en los numerales décimo séptimo a vigésimo tercero**”.* (negrilla fuera del texto original)

3. Teniendo en cuenta lo anterior, y como quiera que la orden decimosexta abarca, además, de la directriz decimoséptima a la vigesimotercera, la Sala Especial, primero hará un recuento de lo acontecido en aquel mandato y después hará mención brevemente de las valoraciones realizadas con respecto a estos últimos mandatos.

### **Orden decimosexta**

4. A través de auto de 13 de julio de 2009 la Sala Especial de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, precisó que la orden decimosexta comprendía dos dimensiones y consecuencias genéricas, a saber: (i) constituyó un preámbulo de las

<sup>6</sup> Órdenes 17 y 18.

<sup>7</sup> Orden 19.

<sup>8</sup> Orden 20.

<sup>9</sup> Órdenes 21 y 22.

<sup>10</sup> Orden 23.

<sup>11</sup> Mediante la Ley 1444 de 2011 “por medio de la cual se escinden unos Ministerios, se otorgan precisas facultades extraordinarias al Presidente de la República para modificar la estructura de la Administración Pública y la plata de personal de la Fiscalía General de la Nación y se dictan otras disposiciones”, el entonces Ministerio de la Protección Social fue escindido en dos: el Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social, que en adelante será enunciado como MSPS, Minsalud, Ministerio, ente ministerial, cartera de salud.

<sup>12</sup> La Comisión de Regulación en Salud fue suprimida a través del Decreto 2560 de 2012 (artículo 1º) y sus funciones fueron trasladadas al Ministerio de Salud (artículo 26).

<sup>13</sup> Suprimido por la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. El artículo 3º de la Ley 1122 de 2007, señaló lo siguiente: “Créase la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. **El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mantendrá vigentes sus funciones establecidas en la Ley 100 de 1993, mientras no entre en funcionamiento la Comisión de Regulación en Salud CRES.-Parágrafo: Se le dará al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.**” (se resalta). Por su parte, el artículo 145 de la Ley 1438 de 2011 derogó el parágrafo del artículo 3º de la Ley 1122 de 2007.

principales medidas tomadas por el Tribunal Constitucional<sup>14</sup> para hacerle frente a las dificultades de regulación identificadas en el SGSSS y, (ii) de manera autónoma estableció una de las obligaciones que debían cumplir el Ministerio de Salud, la Comisión de Regulación en Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, aunque la misma no determinara un espacio temporal en concreto<sup>15</sup>.

Teniendo en cuenta lo anterior, ordenó al Ministerio de Salud, a la Comisión de Regulación en Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que: (i) hicieran un balance general y preliminar del cumplimiento de los mandatos generales<sup>16</sup> y observaran de manera estricta las condiciones y proposiciones de las decisiones tomadas en la sentencia estructural; (ii) emitiera un informe de los avances y obstáculos identificados en cada una de las actividades desarrolladas y; (iii) evaluaran si las actuaciones efectuadas en razón a los numerales 17 a 23 de la parte resolutive de la sentencia T-760 eran suficientes para superar tales problemáticas.

En atención a esta providencia, las entidades mencionadas se pronunciaron de la siguiente manera:

4.1. El Minsalud<sup>17</sup> describió los progresos logrados con los mandatos de acceso impartidos en la sentencia de seguimiento, para ello señaló las actividades desplegadas respecto de las órdenes décima séptima a vigésima tercera así:

a. Décimo séptimo: adelantó tres grupos de acciones: (i) las relacionadas con actuaciones de diagnóstico del estado de salud de los colombianos<sup>18</sup>, el comportamiento del entonces POS en términos de uso de servicios de salud<sup>19</sup>, estudios de suficiencia de la UPC para financiar los planes obligatorios y de la disponibilidad de recursos y equilibrio financiero del sistema de salud; (ii) aquellas conformadas por medidas propias de actualización del entonces Plan Obligatorio de Salud, como la priorización de la problemática en salud al ser abordadas a través del POS<sup>20</sup>, el desarrollo de guías de atención integral de las condiciones de salud priorizadas, la evaluación de tecnologías, el desarrollo de campañas de información masiva a la ciudadanía sobre sus deberes y derechos y en especial los servicios incluidos en los planes de beneficios y, (iii) por estrategias transversales para realizar las actualizaciones del POS<sup>21</sup>.

---

<sup>14</sup> Ordenadas en los mandatos 17 a 23.

<sup>15</sup> Esta obligación es la atinente a “(i) incentivar que las EPS y las Entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales.”

<sup>16</sup> Directrices dadas para hacer frente a las fallas de regulación.

<sup>17</sup> 24 de agosto de 2009 Cfr. AZ XVI-B, folios 483-493.

<sup>18</sup> A través del análisis de estudios como la Encuesta Nacional de Salud 2007, el Estudio de Carga de la Enfermedad 2005, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005 y la Encuesta Nacional de Demografía en Salud 2005.

<sup>19</sup> Para identificar la demanda de servicios, los patrones de práctica médica y los costos.

<sup>20</sup> En esta se incluye la metodología de priorización de condiciones y tecnologías en salud, que contó con la asesoría de expertos internacionales y la aplicación centrada en una consulta amplia de actores sectoriales y de la población en general.

<sup>21</sup> Como el apoyo de expertos nacionales en aspectos técnicos, jurídicos económicos y operativos, así como internacionales versados en priorización, metodologías de elaboración de guías y evaluación económica, mecanismos de apelación y de participación ciudadana por medio de un convenio de cooperación con el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE).

Puntualizó, que junto con el Consejo Nacional en Salud estudió diferentes alternativas para garantizar un plan de beneficios que respondiera a las necesidades en salud y obtuvo como resultado el “*documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los Colombianos - Actualización Integral de los Planes Obligatorios de Salud*”.

b. Decimoctavo: durante el 2009 el cumplimiento de la orden correspondió a la actualización anual de los planes obligatorios de salud.

c. Decimonoveno: la información allegada por las EPS sobre las negaciones de servicios no fue oportuna ni suficiente para tomar decisiones de regulación; por lo que debería expedir en el término indicado por esta Corporación<sup>22</sup>, una resolución definiendo los parámetros bajo los cuales las EPS debían realizar los reportes trimestrales.

d. Vigésimo: estableció que la base de datos del Sistema de Seguridad Social en Salud era el instrumento de acopio de información que mejor guiaba la regulación en salud, pues recolectaba datos sobre las acciones de recobro y la operación del Coordinador Único Nacional del no POS.

e. Vigésimoprimer: en coordinación con el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud adelantó estudios financieros y de operación tendientes a cumplir el mandato de unificación para los niños y las niñas.

f. Vigésimosegundo: afirmó haber avanzado en el desarrollo de modelos de sostenibilidad financiera orientados a establecer el porcentaje en que, eventualmente, se unificarían las UPC<sup>23</sup> de los dos regímenes.

g. Vigésimotercero: especificó que la Resolución 3099 de 2008<sup>24</sup> reguló los comités técnicos científicos y el procedimiento de recobro por prestaciones no POS ante el entonces Fosyga<sup>25</sup>.

Afirmó que persistían dificultades de orden técnico y administrativo, la primera, debido a que las actualizaciones del POS no respondían a estudios epidemiológicos, actuariales o económicos, de orden financiero, pues la unificación de los planes podría tornarse insostenible y estimular la evasión en las cotizaciones; y la segunda, ya que subsistía la renuencia de las EPS a construir junto al Ministerio la trazabilidad de sus estados financieros.

---

<sup>22</sup> Mediante auto de 13 de julio de 2009 se requirió al Ministerio para que el término de diez (10) días proyecte el acto administrativo, el cual, debería proferirse dentro de los 30 días siguientes a la notificación de dicha providencia.

<sup>23</sup> Unidad de Pago por Capitación.

<sup>24</sup> “*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 y por fallos de tutela*”.

<sup>25</sup> Fondo de Solidaridad y Garantía.

4.2. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud manifestó<sup>26</sup> que aprobó unos lineamientos metodológicos que debían ser aplicados y desarrollados tanto por el Ministerio como por el Centro de Gestión Hospitalaria y se refirió a las medidas adoptadas en relación con las órdenes 17, 21 y 22 así:

a. Decimoséptima: autorizó una metodología que permitiera precisar los contenidos del POS haciendo uso de frecuencias y costos de los procedimientos, y tecnologías en salud<sup>27</sup>.

b. Vigésimoprimeras: aportó un informe de avance en el que expuso un sistema que pudiera establecer los costos y requerimientos para la unificación del POS en niños y niñas.

c. Vigésimosegunda: presentó la necesidad de una unificación progresiva de los planes de beneficios en función de los recursos disponibles y sostenibles en el tiempo.

Por último, señaló las dificultades que persistían, sus causas y alternativas para enfrentarlas, de la siguiente manera: (i) no todas las EPS entregaban información sobre frecuencia y costos con adecuados niveles de calidad; (ii) la unificación del POS de niños y niñas podía no estar costada por el presupuesto del SGSSS. Además, la igualación de los contenidos del POS, con la consecuente equiparación de la UPC, podía no ser suficiente para lograr la verdadera unificación del POS y, (iii) la igualación de los contenidos del POS para la población no incluida en el grupo de niñas o niños estaría sujeta a un importante crecimiento sostenido de los recursos disponibles.

4.3. La Comisión de Regulación en Salud<sup>28</sup> precisó que no contaba con elementos de juicio para evaluar el progreso y los resultados de las medidas implementadas<sup>29</sup>.

Agregó que había dificultades en la cantidad, calidad, consistencia y cobertura de la información reportada por los agentes del sistema y que se debían optimizar los mecanismos de participación que garantizarían el proceso de apertura, democratización y legitimación del POS.

Por medio de auto 104 de 8 de junio de 2010 la Corte consideró que los reportes remitidos<sup>30</sup> por la CRES y el Ministerio de Salud deberían ser actualizados. En cumplimiento de este auto, se pronunciaron así:

4.4. El Ministerio de Salud mediante escrito de 29 de junio de 2010<sup>31</sup> respondió los

---

<sup>26</sup> El 25 de agosto de 2009 Cfr. AZ. orden XVI-B, folios 494 a 502 Informe que allegó viceministro de salud el cual señaló expresamente que “*el consejo Nacional de Seguridad Social en Salud cesó en sus funciones de Dirección el pasado 3 de junio de 2009 y la Ley 1122 de 2007 lo mantiene en su carácter asesor*”.

<sup>27</sup> Planteó que la actualización y precisión del POS era un proceso permanente y dinámico.

<sup>28</sup> Informe del 25 de agosto de 2009, AZ orden XVI-B, folios 503 a 517.

<sup>29</sup> En consideración del tiempo transcurrido de la operación de la Comisión y las restricciones de orden administrativo y financiero, no es posible valorar e informar acerca del progreso de los ordinales 17 a 23 de la T – 760 de 2008.

<sup>30</sup> En virtud del auto de 13 de julio de 2009.

<sup>31</sup> Cfr. AZ Orden XVI-B, folios 680 a 708.

interrogantes planteados de la siguiente manera:

(i) Avances y obstáculos identificados en el intento de garantizar el acceso a los servicios de salud y disminuir la denegación de servicios de salud: señaló que una de las problemáticas que afectó la garantía al goce efectivo del derecho a la salud<sup>32</sup> en cabeza de las entidades territoriales fue la insuficiencia de recursos con que contaban, frente a la creciente demanda de las tecnologías en salud. Para solucionar esta falla manifestó que implementó una estrategia de saneamiento de cartera, con la asignación de recursos que permitieran el pago de las obligaciones de las entidades territoriales por concepto de prestación de servicios a la población pobre no asegurada y eventos no incluidos en el POS-S<sup>33</sup>, a través de IPS o EPS del régimen subsidiado.

De otra arista, en lo atinente a la disminución de negación de servicios manifestó que se avanzó con la expedición de las resoluciones 3173 de 2009<sup>34</sup> y 3821 de 2009<sup>35</sup>. Además, afirmó que la Superintendencia Nacional en Salud<sup>36</sup> en cumplimiento del debido proceso administrativo, en actuación preliminar, requirió a 61 EPS y EOC con el fin de que rindieran las explicaciones del caso referente a las negaciones de servicios.

En cuanto a los entes territoriales la dificultad radicó en que éstos no reportaron información al Ministerio.

(ii) Progresos y retrocesos evidenciados en cada una de las actividades desarrolladas para hacer frente a las fallas de regulación del SGSSS advertidas por la Corte: en relación con este aspecto manifestó que la CRES profirió los acuerdos 003<sup>37</sup> y 008 de 2009<sup>38</sup> y adelantó un proceso con el fin de realizar la actualización de los planes de beneficios de los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado.

Señaló que, como inicio de la unificación del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado y contributivo *“adoptó la figura de las pruebas piloto de los Distritos de Barranquilla y Cartagena, la segunda de ellas, previa la autorización de los Ministerios de Protección Social y Hacienda, según lo establecido por el Decreto 965 de 2010 expedido por el Gobierno Nacional. Correspondió a la Comisión de Regulación en Salud fijar mediante los Acuerdos 12 y 13 de 2014 la UPC respectiva cuyo valor es de trescientos ochenta mil trescientos novena y siete pesos (4380.397) y para el caso del Distrito de Barranquilla D.E.I.P., una prima diferencial conurbada de cuatrocientos veinte mil ciento veintisiete pesos con veinte centavos (\$402.127.20)”*<sup>39</sup>

<sup>32</sup> A la población pobre no asegurada y los eventos no cubiertos por el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado.

<sup>33</sup> Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

<sup>34</sup> Por la cual *“se define el registro de negación de servicios y medicamentos por parte de las EPS y EOC del régimen contributivo y subsidiado en salud”*.

<sup>35</sup> *“Por la cual se modifica la Resolución 3173 de 2009”*.

<sup>36</sup> En adelante Superintendencia, Supersalud, SNS.

<sup>37</sup> *“Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”*.

<sup>38</sup> *“Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”*.

<sup>39</sup> Cfr. AZ Orden XVI-B, folio 686.

Afirmó que, para superar las dificultades respecto de los recobros, el Ministerio expidió la Resolución 3099 de 2008<sup>40</sup> mediante la cual estableció el procedimiento de recobro ante el Fosyga por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS autorizados por el CTC y por fallo de tutela.

(iii) Sobre si las medidas adoptadas referente a las órdenes 17 a 23 eran efectivas y eficaces puntualizó lo siguiente:

a. Orden 17 y 18: fueron benéficas en cuanto marcaron una periodicidad en la actualización del POS que inició con la expedición del Acuerdo 03 de 31 de julio de 2009 y posteriormente con el Acuerdo 008 de 29 de diciembre de 2009.

b. Orden 19: en relación con las negaciones expuso lo siguiente:

(i) Servicios ordenados por el médico tratante negados por las EPS y no tramitadas ante el CTC: se reportaron 32.170 registros para el periodo de noviembre de 2009 a enero de 2010 y 52.900 entre febrero y abril de 2010, lo que representó un incremento del 64%.

(ii) Servicios ordenados por el médico tratante, negados por el CTC: se evidenciaron 20.406 registros para el periodo de noviembre de 2009 a enero de 2010 y 13.123 para el comprendido entre los meses de febrero a abril de 2010, lo que resultó en un decrecimiento del 36 % respecto al periodo anterior.

Adicionalmente aseguró que entre los meses de noviembre de 2009 y enero de 2010 el motivo de negación con mayor trascendencia fue “servicio no incluido en el POS-S” con 8842 registros, seguido de “sin motivo de negación” con 4.408, y para el periodo comprendido entre febrero a abril de 2010 se presentaron 2.598 reportes en donde los motivos de negación más relevante fueron “no se encuentra incluido en el acuerdo 306 del CNSSS” y “sin motivo de negación”.

c. Orden 20: expresamente indicó que “como muestra de las Entidades Promotoras de Salud –EPS- que practican acciones atentatorias del derecho a la salud de las personas, mediante la negación de servicios, este Ministerio ha evidenciado las EPS que presentan recobros por servicios POS, cuando ello constituye su obligación principal”.

Aseveró que en el periodo 2007 a 2009 se glosaron 126.409 recobros por valor de \$181.121'107.614 correspondientes a la causal “POS” que equivalía al 34.56% del total glosado.

d. Orden 21: señaló que este mandato se cumplió con los acuerdos No. 004 de 30 de

---

<sup>40</sup> Esta Resolución derogó la 2933 de 2006, la cual establecía el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, solo por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y de fallos de tutela.

septiembre de 2009<sup>41</sup>, 005 de 30 de septiembre de 2009<sup>42</sup>, 009 de 30 de diciembre de 2009<sup>43</sup> y 011 de 29 de enero de 2010<sup>44</sup> expedidos por la CRES.

e. Orden 22: indicó que la directriz se acató debido a que la Comisión de Regulación en Salud presentó un programa para la unificación de los planes de beneficios de ambos regímenes y el cronograma de ejecución.

f. Orden 23: declaró que con anterioridad a la fecha de notificación de la sentencia T-760 de 2008 expidió la Resolución 3099 de 2008<sup>45</sup> por lo que taxativamente arguyó que *“lo ordenado en la orden vigésima tercera con el propósito de permitir recobros al Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA con ocasión de prestaciones No POS aprobadas por Comité Técnico Científico, distintas (sic) a medicamentos, se cumplió”*<sup>46</sup>.

Agregó que la Resolución 3099 de 2008 fue ajustada por las resoluciones 3754 y 5334 de 2008 en lo relativo a elementos puntuales que señalaba la sentencia T-760 de 2008.

4.5. El 29 de junio de 2010 la Comisión de Regulación en Salud puntualizó que para el acatamiento de la orden 16 y por ende la 17 a la 23 se adelantaron las siguientes actuaciones:

a. En obediencia de las órdenes 17 y 18 adoptó los acuerdos 003 de julio de 2009 y 008 de diciembre de 2009 mediante los cuales actualizó el POS.

b. En lo atinente a la directriz 19 anotó que del primer informe preliminar de negaciones concluyó que: (i) la mayoría de negaciones se presentaban en el régimen subsidiado con el argumento que dichos servicios debían ser asumidos con cargo al subsidio a la oferta; (ii) en el régimen contributivo la mayor parte de los servicios negados correspondían a medicamentos no incluidos en el POS o porque la indicación de uso no estaba autorizado por el Invima; (iii) se encontraron servicios explícitamente excluidos en los planes obligatorios de salud; (iv) un gran número de servicios negados tenían como motivo la presunta escasa información de la solicitud realizada por el médico tratante, que el afiliado no tenía la edad para el tratamiento solicitado o que se prescribió sin haber agotado las posibilidades técnicas contenidas en los diferentes manuales adoptados por el SGSSS y, (vi) había negación de servicios presuntamente incluidos en el POS sin la debida justificación.

---

<sup>41</sup>“Por el cual se da cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional” en relación con la unificación de los planes de beneficios para los niños y niñas entre 0 y 12 años.

<sup>42</sup> “Por el cual se fija la Unidad de Pago por Capitación del régimen Subsidiado en cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008.”

<sup>43</sup> “Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2010”.

<sup>44</sup> “Por el cual se da cumplimiento al Auto número 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional”, relacionado con la unificación de los planes de beneficios para los niños y niñas entre 12 y 18 años.

<sup>45</sup> “Por la cual se reglamentan los Comités Técnicos-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”.

<sup>46</sup> Cfr. AZ Orden XVI-B, folio 699.



c. Con respecto a las órdenes 21 y 22 expuso que: (i) la unificación de los planes de beneficios para niñas o niños se efectuó con los acuerdos 004, 005 de 2009 y 011 de 2010, y; (ii) la unificación de los planes de beneficios para el resto de la población estaría sujeto a la definición de un cronograma que se derivaría de la evaluación de las pruebas piloto de unificación del POS para toda la población adelantadas en los distritos de Barranquilla y Cartagena. Precisó que una evaluación preliminar de las mismas mostró, por una parte, reducción en las tutelas y por la otra, satisfacción de los usuarios.

d. En relación con la orden 23 afirmó que si bien la CRES abordó el conocimiento de este tema, con la expedición de las normas de Emergencia Social, el Gobierno Nacional retomó su competencia y agregó que con la declaratoria de inexecutable de dicho estado de excepción, estaría revisando nuevamente el tema, el cual tendría una solución transitoria como sería el conocimiento por parte del CTC no solo de los medicamentos, sino también de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidos del POS.

5. Mediante auto 317 de 2010 la Corte consideró necesario recopilar instrumentos, información primaria y conceptos técnicos especializados que le permitieran valorar en mejor forma el acatamiento formal y material de algunas cuestiones identificadas como críticas; con tal fin invitó a universidades<sup>47</sup>, un grupo de investigación especializado<sup>48</sup> y de seguimiento<sup>49</sup> para que precisaran cuáles fueron las condiciones materiales de cumplimiento de las órdenes impartidas en la sentencia T-760 de 2008.

En atención al auto 317 de 2010 la Universidad de los Andes<sup>50</sup> informó que el Programa de Ciencias Políticas, Derechos Constitucionales y Regulaciones desarrolló un proyecto en el ámbito de la salud, producto del cual obtuvo dos documentos de política pública sobre como fijar las prioridades en materia de salud y rediseñar los planes de beneficios. El primero denominado “*establecimiento de prioridades en el sistema de salud: la definición de un nuevo plan de beneficios, la deliberación pública y el papel de la Corte Constitucional en el seguimiento de sus decisiones relativas al establecimiento de prioridades*”<sup>51</sup> y el segundo, llamado “*Razón de ser, diseño y reforma de los planes de beneficios en salud en el contexto colombiano*”<sup>52</sup>.

Con el último documento presentó cuáles eran los puntos álgidos en la construcción de planes diseñados bajo los criterios de accesibilidad y universalidad. En relación con esto expresó que la construcción de planes de beneficios equitativos,

---

<sup>47</sup> Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de los Andes, Universidad del Valle, Universidad Industrial de Santander (UIS), Universidad CES, Universidad del Tolima, Universidad de Cartagena, Universidad Caldas, Universidad del Norte, Universidad del Cauca, Universidad del Magdalena, Universidad Surcolombiana, Universidad de Nariño.

<sup>48</sup> Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP).

<sup>49</sup> Grupo de Seguimiento reconocidos por la Sala.

<sup>50</sup> Cfr. AZ Orden XVI, folios 735 a 843.

<sup>51</sup> Documento elaborado por Alicia Yamín de la Escuela de Leyes de la Universidad de Harvard y Ole Frithjof Norheim del Departamento de Salud Pública y Cuidado Primario de la Universidad de Bergen. Cfr. AZ Orden XVI-B, folios 781 a 820.

<sup>52</sup> Elaborado en español por Ramiro Guerrero del ICESI y Thomas Bossert de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Cfr. AZ Orden XVI-B, folios 737 a 780.

transparentes y exigibles sería la meta de la reforma, en ese sentido consideró necesario establecer las exclusiones y límites de sus contenidos. Señaló que en Colombia existía un modelo de racionamiento binario; sin embargo, de acuerdo con su investigación era más conveniente el diseño de un plan con tres niveles.<sup>53</sup> Resaltó la relevancia de hacer devenir el plan de beneficios de una “*lista de mercado*” a un conjunto de problemas de salud e indicaciones sobre los casos específicos en que podía ser adecuado utilizar determinadas tecnologías y medicamentos, por lo que sería importante considerar las etapas de la historia natural de la enfermedad en su diseño, preferir la medicina preventiva sobre la curativa e implementar mecanismos administrativos que permitieran hacer directamente exigible los derechos.

6. El 8 de noviembre de 2012, la Defensoría del Pueblo allegó a esta Sala el cuarto informe de seguimiento, con corte al 31 de diciembre de 2011. El documento compiló las comunicaciones de la CRES, Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, relacionadas con el cumplimiento de las órdenes 18 a 23, 28, 29, 30 y 32 de la T 760 de 2008, con respecto a las primeras seis se refirió de la siguiente manera:

a. Orden 18: adujo que las actualizaciones de los Planes Obligatorios de Salud (POS) se iniciaron en el 2009 con el Acuerdo 03 de la CRES<sup>54</sup>, seguido del Acuerdo 08 de 29 de diciembre de 2009<sup>55</sup>. Agregó, que con este último se incluyeron más de 300 procedimientos que no estaban incorporados en la Resolución 5261 de 1994.

Puntualizó que en el año 2011 se profirieron los acuerdos 21 de 15 de febrero, 25 de 24 de mayo, 28 de 30 de noviembre y 29 de 28 de diciembre<sup>56</sup>. El primero, amplió unas concentraciones de algunos fármacos incluidos en el Acuerdo 08 de 2009; el segundo, introdujo los medicamentos Clopidogrel y Alendronato; el tercero<sup>57</sup> y el cuarto<sup>58</sup> actualizaron el POS.

Adicionalmente, señaló como aspectos positivos la actualización y ampliación del Plan Obligatorio de Salud y la participación ciudadana en las mismas; como aspectos negativos, indicó la persistencia de las negaciones POS por parte de las EPS y la incertidumbre que existía respecto al periodo de actualización del POS<sup>59</sup>.

Por último, indicó las principales dificultades que persistían y sus causas así: (i)

---

<sup>53</sup> Un conjunto básico de servicios garantizados, que sea exigible, un segundo conjunto de servicios que tienden a prestarse, pero no se garantizan y un tercer conjunto de servicios definitivamente excluidos.

<sup>54</sup> Acto administrativo de 30 de julio de 2009, a través del cual se aclaraba y actualizaba integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, el cual entraría a regir en el mes de enero de 2010, y fue derogado el Acuerdo 08 de 2009.

<sup>55</sup> El cual aclaró y actualizó los contenidos de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado e incorporó el concepto de integralidad como principio y enfoque de los Planes Obligatorios de Salud. Esta normatividad fue expedida luego de que la CRES recibiera inquietudes y recomendaciones en relación con el Acuerdo 03 de 2009 por las partes interesadas.

<sup>56</sup> Es importante precisar que en el 2010 se emitió el Acuerdo 17, el cual aclaró el nombre del principio activo Dihidromorfa contenido en el anexo 01 del Acuerdo 08 de 2009.

<sup>57</sup> El cual entraría a regir del 1 de enero de 2012. Debido a las solicitudes de modificaciones, aclaraciones y/o adiciones, este precepto normativo no entró en vigor.

<sup>58</sup> Este acto administrativo empezó a regir el 1 de enero de 2012 y derogó los acuerdos 08 de 2009, 014 y 017 de 2010 y 021 y 025 de 2011.

<sup>59</sup> La sentencia T-760 de 2008 indicaba que la actualización del POS se debía hacer cada año y la Ley 1438 de 2011 señalaba que la misma tenía que darse cada dos años.

ampararse a las aseguradoras en las supuestas “zonas grises” para negar servicios POS; (ii) falta de consenso entre los mismos representantes de los usuarios para priorizar las actualizaciones del POS en beneficio general y, (iii) incorporaciones al POS sujetas a las decisiones tomadas por los Ministerios de Salud y Hacienda.

b. Orden 19: Expuso que el Ministerio emitió la Resolución 3173 de 2009<sup>60</sup> la cual dispuso que las EPS le remitieran la información sobre negaciones, sin que se dispusiera el envío de esta en forma directa a la Defensoría y a la CRES.

Agregó que en el 2010 analizó el primer reporte enviado por el Ministerio<sup>61</sup> en el que concluyó que los datos allegados no permitían determinar el total de negaciones, debido a que más de la tercera parte de las entidades de aseguramiento no reportaron información a la cartera de salud, por lo que no se mostraba la realidad de la negación de las autorizaciones.

Con posterioridad, la cartera de salud profirió la Resolución 163 de 2011<sup>62</sup> señalando que con ésta no se evidenció ningún progreso debido a que la información llegaba incompleta, lo que impedía realizar el análisis respectivo.

Expresó que con posterioridad el MSPS dictó la Resolución 744 de 9 de abril de 2012<sup>63</sup>, la cual derogó las normas anteriores y ordenó remitir a la Defensoría y a la CRES y a la Supersalud el registro de negaciones. Observó que a pesar del nuevo acto administrativo la información seguía presentando problemas de calidad, puntualizando que el Ministerio “*en oficio enviado a esta entidad el 10 de septiembre, declaran que dentro de las acciones adelantadas para mejorar la calidad de la información están la capacitación a los funcionarios encargados de diligenciar el reporte de registro de negación y medicamentos, y el establecimiento de un sistema de comunicación rápido y efectivo para resolver dudas y aclaraciones, lo cual no se ve reflejado en la información que actualmente están enviando las EPS a la defensoría y por consiguiente debe ser la misma que envían al Ministerio*”<sup>64</sup>.

Por último, indicó que evidenció: (i) la inexistencia de gestión del Ministerio para solicitar la corrección de archivos que no se pudieron leer; (ii) la deficiencia en la calidad de la información; (iii) la falta de medidas contra las EPS que no enviaron información y, (iv) la imposibilidad de determinar las causas reales de la negación de servicios por parte de las EPS.

c. Orden 20: afirmó que tanto el Ministerio como la Superintendencia se mostraron renuentes a entregar los datos requeridos y que, por ello, mediante auto 044 de 2012 la Corte les solicitó que rindieran un informe conjunto; sin embargo, la información

---

<sup>60</sup> “Por la cual se adopta 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”.

<sup>61</sup> Que comprendía el informe de negaciones de enero a octubre de 2009.

<sup>62</sup> “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”. Este acto administrativo derogó la Resolución 3173 de 2009.

<sup>63</sup> “Por la cual se adopta el registro de negación 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.”

<sup>64</sup> Cfr. AZ Orden XVI, folio

siguió siendo deficiente e incompleta.

d. Orden 21: precisó que, en la respuesta del 15 de marzo de 2012, la vocera del CRES manifestó que se había creado un observatorio para la verificación de la efectividad de la unificación de POS para menores de 18 años; sin embargo, no presentó los resultados de dicho organismo.

e. Orden 22: puntualizó que, tras dos requerimientos, la CRES señaló que cumplió con lo dispuesto en el ordinal 22; no obstante, no existía un mecanismo para observar el impacto de la medida de unificación.

f. Orden 23: expuso que el Ministerio afirmó no haber recibido los informes de que trataba este mandato y estar atenta a la repuesta que las entidades pudieran proferir en razón del auto 198 de 2012 de la Sala Especial.

7. Mediante auto de 5 junio de 2013, la Corte elevó una serie de interrogantes a la Superintendencia Nacional de Salud, relacionados con el cumplimiento de las órdenes décima sexta, décima novena, vigésima y vigésima novena. En esa ocasión indagó sobre qué EPS e IPS del régimen contributivo, subsidiado e indígenas se encontraban habilitadas para prestar servicios de salud, y cuáles se hallaban en proceso de intervención forzosa, o de vigilancia especial; asimismo, cuestionó sobre el número de quejas recibidas en contra de las EPS e IPS por esa entidad durante los años 2011, 2012 y lo corrido de 2013, las causales de esos requerimientos por parte de los usuarios y la cantidad de sanciones que se impusieron como consecuencia de las acciones ciudadanas.

Finalmente preguntó qué actuaciones de vigilancia y control había llevado a cabo la Superintendencia en relación con los Comités Técnicos Científicos durante el 2012 y el primer trimestre del 2013 y la cantidad de medidas cautelares de cesación provisional que fueron decretadas en el mismo lapso.

7.1. En atención a la providencia anterior, el 25 de julio de 2013, la Supersalud<sup>65</sup> presentó algunas consideraciones sobre la cantidad de IPS y EPS habilitadas, discriminadas en razón del régimen al que pertenecían; informando cuántas y cuáles tenían medida de intervención forzosa para administrar, liquidar o de vigilancia especial. Señaló la cantidad de reclamos recibidos en razón a su operación y las principales motivaciones de ello. Así mismo puso de presente la cifra de sanciones impuestas por operador durante el 2011, 2012 y lo corrido del 2013, así como el número de afiliados en cada EPS.

En el mismo informe señaló que de acuerdo con el reporte de la BDUA el 47,60% de población afiliada pertenecía al régimen subsidiado, el 42% al régimen contributivo, el 0,80% a regímenes especiales y de excepción y el 0,20% al Inpec; de lo que infirió que el porcentaje de población no afiliada corresponde al 9,40% de población colombiana, refiriéndose al funcionamiento de los CTC indicó haber ejecutado un proceso de auditoría en 20 EPS del régimen contributivo y 18 del RS,

---

<sup>65</sup> Cfr. AZ XVI – C Folios 993 a 1009.

entre las cuales se encontraban 4 EPS indígenas; y que como resultado de ello se iniciaron procesos sancionatorios contra 10 EPS del subsidiado y 14 del contributivo.

8. El 6 de agosto de 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social allegó las políticas públicas tendientes a asegurar el goce efectivo del derecho a la salud para la población con discapacidad, destacando la implementación de instrumentos<sup>66</sup> que procuraban imprimir un enfoque diferencial al SGSSS y promovieran la priorización de la atención a las personas con discapacidad; en desarrollo de las cuales inició el diseño e implementación de mecanismos<sup>67</sup> que permitieran la identificación de la población, la remoción de las barreras presentes en su entorno, la promoción de su integración laboral y la identificación de las necesidades presentes en su entorno familiar.

9. Por medio de auto 027 de 2014 la Sala de Seguimiento solicitó a los Consejos Comunitarios de Nariño que absolvieran preguntas referentes a la problemática en los territorios colectivos de comunidades negras del departamento en materia de salud.

El 6 de marzo de 2014, la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, integrada por Recompas, Asocoetnar, Copdiconc y los Consejos Comunitarios de Magui, respondió al auto 027 de 2014<sup>68</sup>, debido a los eventos acaecidos en su comunidad y relacionados con las órdenes 16 y 32; al respecto indicaron carecer de instalaciones y bienes de salud. Denunciaron que las EPS no les informaban sus derechos y deberes al momento de la afiliación y cuando requerían una cita aquellas retardaban la programación, pues no atendían los teléfonos, obligándolos a desplazarse desde los territorios colectivos hasta las EPS para obtener la atención. Resaltaron que este medio de comunicación no era un canal idóneo, pues el 90% de la población carecía de dicho servicio.

10. Mediante auto 100 de 11 de abril de 2014 la Sala Especial de Seguimiento en Salud requirió a la Defensoría del Pueblo, la Secretaría Distrital de Salud, la Personería Distrital de Bogotá, el Instituto Departamental de Salud de Tumaco, los personeros de Tumaco, el Charco, Santa Bárbara de Iscuande, Policarpa y Pasto en el departamento de Nariño, para que dieran respuesta a un cuestionario elevado por esta Corporación<sup>69</sup>.

---

<sup>66</sup> i) Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2020), ii) Ley 1438 de 2011, iii) Ley 1616 de 2013, iv) Ley 1618 de 2013 y, v) la circular 017 de 2013.

<sup>67</sup> Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, el manual de certificación de la discapacidad, la estrategia interinstitucional e intersectorial de focalización, verificación de necesidades y remisión hacia la atención de personas en situación de desplazamiento con discapacidad.

<sup>68</sup> Reconocimiento de organizaciones representantes de las comunidades negras de Nariño como grupo de seguimiento y solicitud de información.

<sup>69</sup> Los interrogantes planteados fueron los siguientes: ¿Cuántos reclamos en materia de salud fueron radicados por parte de los usuarios del sistema?, ¿Cuáles son los principales motivos de los reclamos en materia de salud en dicho periodo?, De los reclamos formulados por los usuarios en materia de salud, ¿qué proporción refleja deficiencias de acceso oportuno?, ¿Cuál es la Empresa Promotora de Salud, Institución Prestadora de Servicios de Salud o Empresa Social del Estado, de la cual los usuarios presentan más reclamos?, ¿Se han formulado denuncias penales con base en alguno de los reclamos allegados por los usuarios? De ser afirmativa la respuesta ¿Cuáles son los números de radicados y las fechas de las mismas en la Fiscalía General de la Nación?, ¿Ha formulado denuncias penales por los hechos que ha conocido de oficio, relacionados con falta de acceso oportuno a los servicios de salud? De ser afirmativa la respuesta ¿Cuáles son los radicados y las fechas de esas actuaciones en la Fiscalía General de la Nación?, ¿Cuál es el tiempo

Del mismo modo hizo un llamado al Movimiento Social Pacientes Colombia, a la Asociación de pacientes con VIH de la Nueva EPS e ISS, al Comité Control Social y Veeduría Ciudadana y a la Veeduría Nacional de Salud para que se pronunciaran sobre el temario relacionado en el citado auto<sup>70</sup>.

A su vez, le solicitó al Superintendente Nacional de Salud que presentara un informe en el que relacionara “¿Cuáles EPS aseguran usuarios en el Distrito Capital y en el Departamento de Nariño? De las EPS reseñadas en la respuesta anterior, ¿cuáles en el último trimestre de 2013 y en el primer trimestre de 2014 no cumplieron con los plazos para la asignación de citas y cuáles si lo hicieron? ¿Cuáles son las acciones concretas que adoptó la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las EPS que no observaron la Resolución 1552 de 2013? ¿Cuáles fueron los resultados específicos obtenidos con esas medidas?”.

En cumplimiento al auto 100 de 2014 se pronunciaron la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud, la Veeduría Nacional de Salud, la Asociación de Pacientes de Alto Costo, el Instituto de Salud Departamental de Nariño, la Defensoría del Pueblo y la Secretaría Distrital, así:

10.1. El 30 de abril de 2014 la Superintendencia Nacional de Salud<sup>71</sup> informó que en los meses de febrero a marzo adelantó visitas de auditorías especiales para identificar irregularidades en el proceso de asignación de citas, adoptados por las EPS, cuyo informe final fue enviado a las auditadas el 25 de abril de 2014, en ese documento se identificaron vulneraciones al artículo 2 de la Resolución 1552 de 2013<sup>72</sup>; igualmente indicó haber iniciado procesos sancionatorios administrativos, en razón de los hallazgos de las visitas de la referencia.

---

promedio que un paciente debe esperar en puntos de atención de urgencias desde su ingreso hasta el momento en que es atendido por el médico?, En relación con el artículo 1° de la Resolución 1552 de 2013 ¿Las Empresas Promotoras de Salud y/o Instituciones Prestadoras del Servicio de salud que operan en Bogotá y en el Departamento de Nariño cumplieron con el sistema de agendas abiertas para la asignación de citas durante el último trimestre de 2013 y el primero de 2014? En caso negativo, identifique cuáles no lo hacen, ¿Las EPS cumplen los plazos establecidos en dicha resolución, es decir, cinco (5) días hábiles para asignar cita para medicina especializada y tres (3) días hábiles para la asignación de citas en odontología y medicina general?, Con relación al incumplimiento de los plazos consagrados en la Resolución 1552 de 2013, ¿Ha recibido manifestaciones de inconformidad por parte de los usuarios? De ser positiva la respuesta, ¿Qué trámite dio a esos reclamos?

<sup>70</sup> Los cuestionamientos fueron los siguientes: ¿Cuál es nivel de protección del derecho al acceso oportuno en Bogotá y en el Departamento de Nariño? Deberá allegarse la información que soporte las conclusiones presentadas. Como asociación de pacientes ¿ha presentado reclamos o denuncias ante las entidades gubernamentales por el déficit de protección del derecho al acceso oportuno en el último trimestre de 2013 y el primero de 2014? De ser afirmativa la respuesta, ¿cuáles entidades?, ¿cuáles son los radicados y qué respuesta han recibido?, Respecto a la Resolución 1552 de 2013 ¿las Empresas Promotoras de Salud y/o Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud en Bogotá y en el Departamento de Nariño, durante el último trimestre de 2013 y el primer trimestre de 2014, cumplieron con el sistema de agendas abiertas para la asignación de citas? En caso negativo, identifique cuáles no lo hacen. ¿Las EPS, cumplen los plazos establecidos en dicha resolución, es decir cinco (5) días hábiles para asignar cita para medicina especializada y tres (3) días hábiles para odontología y medicina general? ¿Cuál es el tiempo promedio que debe esperar un paciente desde que ingresa a un centro de urgencias hasta que es atendido por el médico correspondiente?

<sup>71</sup> Cfr. AZ XVI-C, Folios 1131 a 1149.

<sup>72</sup> “Artículo 2°. Obligación de registro. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de ambos regímenes, directamente o a través de la red de prestadores, estarán obligadas a disponer de un sistema de información para las citas de odontología, medicina general y medicina especializada, en el que se registren los siguientes datos: (i) la identificación del usuario y datos de contacto, (ii) la fecha en que el usuario solicita la cita, (iii) la fecha en que el usuario solicita le sea asignada la cita; (iv) la fecha para la cual se asigna la cita, y (v) institución prestadora de servicios de salud donde se asigna la cita, identificándola con el código del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud”.

Además, puntualizó que en los informes finales remitidos a cada una de las EPS se determinó que las promotoras debían elaborar un plan de mejoramiento, el cual tendría que ser enviado a más tardar el 12 de mayo de 2014.

Al ocuparse de la denuncia de la Comisión de Seguimiento aseguró que no contenía conductas o acciones presuntamente violatorias de las normas de seguridad social, ni los elementos facticos necesarios para motivar medida cautelar alguna.

10.2. El 2 de mayo de 2014 el Ministerio de Salud y Protección Social presentó informe sobre el estado de las acciones adoptadas para asegurar el acceso universal a la salud, particularmente en el municipio del Charco Nariño, en dicho documento plasmó las medidas ejecutadas, los indicadores de progreso y sus resultados. En lo que tiene que ver con las acciones adoptadas indicó que impuso la obligación de mantener las agendas abiertas y estableció que las citas médicas se deberían asignar en un plazo máximo de 3 días. Lo anterior con base en la Resolución 1552 de 2013<sup>73</sup>. Asimismo, manifestó haber realizado las actividades necesarias para solventar la falta de especialistas, e hizo saber que tuvo lugar la auditoría en los sistemas de información de oportunidad de la prestación de los servicios de salud en todas las EPS.

En relación con la construcción del puesto de salud de Charco-Nariño, expresó que no era competencia del Ministerio gestionar la prestación de los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad y que, por el contrario, esta sería una obligación de las entidades departamentales. Destacó que la labor del ente ministerial se enfocaba en prestar la asistencia técnica a las entidades territoriales para lograr el mejoramiento de las condiciones de la prestación de los servicios de salud. No obstante, expresó estar trabajando de manera mancomunada con las entidades territoriales para garantizarle el derecho a la salud de los habitantes de todo el territorio nacional.

Finalmente relacionó la cantidad de prestadores de salud con los que se contaba para el año 2014.

10.3. La Veeduría Nacional de Salud<sup>74</sup> mediante escrito de 7 de mayo de 2014<sup>75</sup> expuso los pro y contra de la atención de los usuarios por parte del sistema de salud.

Manifestó que el SGSSS no tenía un verdadero censo de especialistas y carecía de capacidad resolutoria para la demanda que generaba la población.

Además afirmó que había un aumento del déficit en las EPS y hospitales intervenidos por la Supersalud, por lo que consideró pertinente establecer plazos para decidir sobre la liquidación o refinanciación de las entidades; adicionalmente expuso que, la Superintendencia delegó en la Secretaría Departamental de Salud del Vichada “*el*

---

<sup>73</sup> “Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones”.

<sup>74</sup> A través de José Villamil, director ejecutivo de Fusisso, veedor nacional de salud.

<sup>75</sup> Cfr. AZ orden XVI, folios 1169 a 1173

*reconocimiento y pago de los afiliados a las EPS Mallamas y Confahuila, el pago a la UBA Nuestra señora del Carmen de Vichada, de los dineros que se encuentran pendientes por entregar y depositados a la fecha en FOSYGA” por lo que solicitó a la Corte requerir a la Superintendencia para que explicara esta situación.*

10.4. El 8 de mayo de 2014<sup>76</sup>, la Asociación de Pacientes Alto Costo de la Nueva EPS, dio respuesta a los interrogantes planteados por la Sala Especial de Seguimiento en Salud a través del auto 100 de 2014.

En relación con el acceso oportuno manifestó que en los pacientes crónicos este tema estaba relacionado con el pago oportuno de las EPS a las IPS, toda vez que mientras las EPS mantenían sus contratos al día existía una atención médica continua y a tiempo; sin embargo, cuando había demora se afectaba el derecho a la salud de los usuarios, como ocurrió con Caprecom EPS que negó el tratamiento a 240 pacientes de VIH en la ciudad de Cali. Igualmente señaló, que otro de los problemas que ocurría con mayor frecuencia era la no entrega de medicamentos o la demora en las autorizaciones de las tecnologías en salud, lo que llevaba a los pacientes a interponer acciones de tutela o incidentes de desacatos.

Agregó, que en los enfermos con cáncer el inconveniente general era falta de oportunidad en la atención en la consulta oncológica especializada y sub especializada *“porque las EPS a veces no contratan si no con una sola IPS por costos y el paciente está limitado a la disponibilidad, otras veces porque se demoran las autorizaciones para tratamientos y exámenes después de haber logrado la consulta”*<sup>77</sup>.

Manifestó que, en las enfermedades comunes, el derecho a la salud se veía afectado por la falta de agendas o tiempos muy largos para citas con especialistas, sumado a las barreras administrativas que imponían las EPS para el goce efectivo del derecho a la salud *“siendo un problema notorio en la entrega completa y continua de medicamentos y autorización de ayudas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.”*

Indicó que todas esas dificultades en cuanto al acceso a los servicios de salud se veían más acentuadas en el régimen subsidiado por la crisis hospitalaria que se vivía en las ESE de Bogotá.

De otra arista, en cuanto a las acciones tomadas por la asociación frente a los problemas en materia de acceso, expresó que primero acudían a las EPS porque el nivel de quejas que ellos manejaban era en la mayoría de las veces crítico y se necesitaba solución lo más pronto posible.

Arguyó, que en los eventos de quejas frecuentes sobre un mismo problema, la remitían a la EPS con copia al Superintendente Nacional de Salud, al Director de participación ciudadana, a distintos funcionarios de la Supersalud asignados para resolver reclamos, al Defensor del Pueblo, a la Secretaría General y al Delegado para

---

<sup>76</sup> Cfr. AZ Orden XVI-D, folios 1242 a 1248.

<sup>77</sup>Ib. Folio 1243.



la Salud de la Defensoría, e igualmente a la Delegada para Asuntos en Salud de la Procuraduría General de la Nación.

Señaló que: *“las respuestas que recibimos a estas quejas (por parte de la Superintendencia) generalmente son que enviaron la queja a la EPS y que en cinco días responden. Algunas veces nos contestan con la respuesta que dio la EPS y nunca la Supersalud toma medidas contra las EPS por las quejas que mandamos (...). Vale la pena mencionar a la Corte que en nuestra experiencia de 9 años de quejas en la Supersalud, hasta el día de hoy solo hemos logrado que se habrán tres (3) investigaciones con nuestras quejas: una a finales del 2013 y dos en el 2014, las cuales hasta el momento no sabemos si terminarán en sanción o no.”*<sup>78</sup>

Ilustró que por parte de la Defensoría usualmente no recibían contestación porque argumentaban que *“los copiamos y no lo dirigimos directamente a ellos, que no son ente de control y que para eso está la Supersalud”*. Enfatizó que nunca respondieron solicitando algún tipo de investigación a ninguna EPS.

En relación con las actividades desplegadas por la Procuraduría, reveló que había visitado a la Nueva EPS con el soporte de las quejas presentadas, expresando que desconocían más detalles.

Sobre el cumplimiento de la disponibilidad de agendas para asignación de citas, denunció que el cierre de estas por parte de las EPS era una práctica generalizada de todas las entidades que operaban en la capital de país. Declaró que en Bogotá se habían presentado casos de pacientes que tuvieron que esperar más de un año para que se les asignara una cita médica especializada *“ya que siempre les decían que la agenda del mes estaba copada o cerrada y que no tenían agendas de los siguientes meses. Las excusas son que los médicos solo reportan la disponibilidad de agenda de ellos mes a mes debido a que no tienen contratos indefinidos con ellos y generalmente son por horas y estos trabajan para diferentes IPS. Y otro caso encontrado fue de una IPS que cerró agendas por un mes por que ya terminaban el contrato”*.

Reportó que algunas IPS privadas<sup>79</sup> daban agendas de acuerdo con el estado de cartera de cada EPS *“si llama paciente de Compensar o Sanitas asignan citas, pero si llama de Nueva EPS responden que no hay agenda.”*<sup>80</sup> Del mismo modo, señaló que las personas que tenían un plan complementario accedían de una forma más rápida a la asignación de citas.

En lo atinente a si las EPS cumplían los plazos establecidos en la Resolución 1552 de 2013<sup>81</sup>, para la asignación de citas, esto es, cinco (5) días hábiles para medicina especializada y tres (3) para odontología y medicina general, indicó que los tiempos para acceder a las citas de medicina general eran muy variables, *“por ejemplo en*

---

<sup>78</sup> Ib. Folios 1244 y 1245.

<sup>79</sup> Sin mencionar el nombre de estas.

<sup>80</sup> Ib. Fl. 1246.

<sup>81</sup> *“Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto –Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones”*.

*reuniones de usuarios con la nueva eps, la EPS nos muestra seguimiento de ellos donde nos argumentan que en promedio se aproximan a la norma en un 95%, con la metodología de muestreos como paciente oculto, pero cuando cruzamos contra la información obtenida por nosotros por medio de veedurías, evidenciamos que no se está cumpliendo la norma pues recibimos quejas de pacientes a quienes no les dieron citas a Medicina General o se las dieron a más de 5 días<sup>82</sup>»<sup>83</sup>. Para citas con especialistas expuso que el tiempo de cinco (5) días nunca se cumplía, con el inconveniente adicional de que “la oportunidad solo la tenemos desde el momento que se asigna la cita, pero el tiempo que el paciente le toma hasta que se le asigna no queda registrado estadísticamente porque las agendas solo la abren cada mes”, y relató que en el caso de la Nueva EPS<sup>84</sup> “en la IPS Andar Barrios Unidos (...) la oportunidad para Urología en marzo ya estaba a 180 días o sea la cita era asignada para Septiembre”<sup>85</sup>.*

Recalcó que el cumplimiento de citas a tres días en medicina general no llegaba a más de un 50% y de especialistas a un 5%.

10.5. El 12 mayo de 2014<sup>86</sup> el Instituto Departamental de Salud de Nariño expuso que en materia de salud se radicaron 36 reclamos en el último trimestre del 2013 y 29 en el primero de 2014, además indicó que de las quejas presentadas en dichos periodos el 36% estaban relacionadas con deficiencias en el acceso oportuno. Informó que no había presentado denuncias ante la Fiscalía con ocasión de tales reproches.

Al indicar el tiempo promedio para la atención en urgencias citó la clasificación de *triage* y su prioridad.

Finalmente afirmó que no identificó incumplimiento relacionado con la Resolución 1552 de 2013 en cuanto a agendas abiertas y al tiempo de asignación de citas<sup>87</sup>; empero, sostuvo que emitió la Circular Externa D377 de 13 de noviembre de 2013<sup>88</sup> por medio de la cual explicó los alcances de la norma e instó al cumplimiento de esta.

10.6. El 13 de mayo de 2014<sup>89</sup> la Defensoría del Pueblo manifestó que en el periodo comprendido entre el último trimestre de 2013 y el primero de 2014 recibió en el Departamento de Nariño y en la regional Bogotá 1307 reclamos de usuarios del

---

<sup>82</sup> Muestran problemas de oportunidad de más de tres meses.

<sup>83</sup> Ib. Fl. 1246.

<sup>84</sup> En la cual se solicitó agendas abiertas por todo el año.

<sup>85</sup> Ib. Fl. 1247.

<sup>86</sup> Cfr. AZ XVI-D Folios 1418 a 1431.

<sup>87</sup> De acuerdo a dicha normatividad el tiempo de asignación de citas para medicina especializada debe ser de cinco (5) días hábiles y para medicina general y odontología de tres (3) días hábiles.

<sup>88</sup> Con destino a los alcaldes municipales, directores locales de salud, EPS del régimen subsidiado y contributivo, ESE e IPS del Departamento de Nariño.

<sup>89</sup> Cfr. AZ Orden XVI-D, folios 1432 a 1437.

sistema de salud, especificando los motivos de quejas recurrentes<sup>90</sup> y las IPS<sup>91</sup> y EPS<sup>92</sup> más denunciadas, puso en evidencia que la mayoría se relacionan con barreras al acceso.

Expuso que, en el periodo referido en el párrafo anterior, la Defensoría en su regional Nariño y Bogotá no habían formulado denuncia penal en relación con el acceso oportuno.

En cuanto al goce efectivo del derecho a la salud en la prestación de servicios de urgencias afirmó que el 13 de marzo de 2014 había visitado una muestra de 10 hospitales en Bogotá, lo que le permitió observar que el tiempo promedio de espera entre la llegada del paciente y el triage era de 15 minutos y entre este último y la atención médica de una hora. Igualmente develó una insuficiencia de red de servicios por sobrecupo en camas de observación que obligaba a los pacientes a la utilización de camillas y sillas, *“un medio inadecuado de observación, la cual se prolonga mucho más allá de las doce horas establecidas”*<sup>93</sup>, y evidenció, la existencia de grandes dificultades en la remisión de pacientes al III nivel por falta de camas.

En lo relacionado con el sistema de agendas abiertas indicó que no se estaba cumpliendo. Aseveró que se habían presentado reclamos recuentes por la demora en la asignación de citas de medicina especializada.

10.7. El 15 de mayo de 2014<sup>94</sup> la Secretaría Distrital de Salud en cuanto a reclamos en materia de salud, indicó que, en el último trimestre de 2013 se interpusieron 6640 quejas y 6931 en el primer trimestre de 2014.

Al abordar el tema del cumplimiento de los plazos señalados por la Resolución 1552 de 2013 comentó que, de manera general las EPS sí acataron los términos establecidos en dicha norma; no obstante, aclaró que tal precepto normativo estableció el término *“para la asignación de citas’, no para la atención tras la solicitud de cita por parte del usuario”*<sup>95</sup>.

Respecto del sistema de agendas abiertas expresó que las EAPB trabajaron en la consolidación del mismo; sin embargo, indicó que *“exist[ía] un problema estructural que conlleva a dificultades para que el sistema de agendas abiertas opere efectivamente: la insuficiencia de talento humano profesional de salud especializado y la creciente demanda de especialistas ‘super especializados’, en particular en la atención pediátrica (cardiología pediátrica, cirugía cardiovascular pediátrica, neuro-pediatría, endocrino-pediatría, por ejemplo) y en oncología especializada”*<sup>96</sup>.

---

<sup>90</sup> a) Suministro de medicamentos no POS, b) demora en la asignación de citas para atención médica especializada, c) suspensión de procedimientos, d) Negación por CTC de insumos que ordena el especialista tratante, e) incumplimiento a fallos que tutelan integralidad del derecho a la salud, f) sobrecupo en los servicios de urgencias del II y III nivel de atención.

<sup>91</sup> Clínica SaludCoop de la 106, Hospital Central de la Policía Nacional, Hospital Militar Central, Hospital de la Red Pública de Bogotá.

<sup>92</sup> Proyecto CAPRECOM – INPEC, Capital Salud, Grupo Saludcoop, Nueva EPS.

<sup>93</sup> Ib. Folio 1435.

<sup>94</sup> Cfr. AZ Orden XVI-D, folios 1438 a 1431.

<sup>95</sup> Ib. folio 1440.

<sup>96</sup> Op.Cit.

11. A través de auto 156 de 28 de mayo de 2014<sup>97</sup>, la Sala Especial señaló que la Veeduría Nacional de Salud y los Consejos Comunitarios de Nariño expusieron situaciones que probarían la persistencia del déficit de protección del derecho fundamental a la salud, por tal razón, consideró que dichos documentos deberían ser puestos en conocimiento del Ministerio y la Superintendencia.

En atención a lo anterior, ordenó a la cartera de salud informar sobre las acciones tomadas con el fin de prevenir los problemas de acceso denunciados, así como las medidas a corto plazo, concretas y medibles que adoptaría en aras de evitar el acaecimiento de circunstancias similares.

Por su parte, instó a la Supersalud para que se pronunciara en el marco de su competencia, sobre los aspectos planteados por la veeduría y los Consejos Comunitarios de Nariño.

En cumplimiento al auto 156 de 2014 la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio sostuvieron lo siguiente:

11.1. El 11 de junio de 2014<sup>98</sup>, la Superintendencia afirmó que esa entidad dio respuesta en forma debida y oportuna a cada una de las solicitudes presentadas por el director ejecutivo de Fusissco, desconociendo los casos que, conforme al dicho del veedor nacional, la Supersalud no había efectuado pronta gestión.

11.2. El Ministerio de Salud, mediante escrito de junio de 2014<sup>99</sup> dio respuesta al auto 156 de 2014. En ese documento se refirió, entre otros puntos, a las barreras de acceso relacionadas con la falta de médicos especialistas y la oportunidad en las citas médicas.

Para abordar estos aspectos, se pronunció sobre la queja presentada por la veeduría atinente a la falta de un censo de especialistas; arguyó que a finales del año 2012 realizó un estudio para conocer la disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas en servicios de alta y mediana complejidad en el país, el cual arrojó como resultado que, en el 2011, en Colombia había 77.473 profesionales de la medicina, entre generales y especialistas. Por consiguiente, declaró que contrario a lo asegurado por la veeduría, el país sí tenía dicho censo.

Siguiendo con el contexto de la accesibilidad a servicios de médicos especialistas, reconoció la existencia de múltiples dificultades para garantizar en el país la prestación equitativa de los mismos. En razón a ello y para superar tal problemática, llevó a cabo reuniones con el Ministerio de Educación, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), la Asociación Colombiana de Universidades (Ascun) e instituciones de educación superior, en las que se abordó la necesidad de aperturar nuevos programas académicos de especialización o aumentar el cupo.

---

<sup>97</sup> Cfr. AZ Orden XVI-D, folios 1457A a 1457C.

<sup>98</sup> Cfr. AZ Orden XVI-D, folio 1459.

<sup>99</sup> Cfr. AZ orden XVI-D, folios 1484 a 1495.

Agregó que en los últimos años se había incrementado de manera progresiva el número de beneficiarios de programas de especialización, pasando de 987 en 2010 a 1171 en 2012 (19%) y estimó que en el 2013 ingresaron aproximadamente 1225 profesionales nuevos distribuidos en los programas de pediatría, medicina interna, ginecobstetricia, anestesiología, cirugía general, ortopedia traumatología, psiquiatría, oftalmología, radiología, dermatología y otras especialidades.

En cuanto a la asignación de citas médicas sostuvo que adoptó un conjunto de acciones para que las mismas fueran agendadas de manera oportuna, entre esas, creó la Resolución 1552 de 2013 que incluyó como medidas *“(1) la obligación de mantener las agendas abiertas durante todo el año sin que se pueda alegar que ‘la agenda está cerrada’ (artículo 1); (2) el establecimiento de un plazo máximo de 3 días para la asignación de citas de medicina y odontología general (artículo 1, parágrafo 3); (3) el establecimiento de un plazo máximo de 5 días para la autorización de citas de medicina especializada cuando lo requieran (artículo 2, parágrafo); (4) la obligación de disponer de medios no presenciales para la asignación de citas (artículo 1 parágrafo 1).”*<sup>100</sup>, igualmente, *“el Ministerio de salud adoptó también medidas en la Resolución 1552 de 2013 para (...) crear un registro un registro de citas de odontología, medicina general y medicina especializada (artículo 2) (...) que debe dar lugar a mediciones sobre los tiempos de espera y publicación de los mismo (artículo 3 y 4)”*<sup>101</sup>.

Anotó que estos estándares se complementaron con otros previstos en regulaciones anteriores como la Circular Externa 056 de 2009 que determinó el tiempo de espera para consulta de urgencias, y se dispuso que el mismo sería de 30 minutos cuando se trataba de *“triage II”*<sup>102</sup>.

Resaltó que de esa forma se crearon reglas claras de oportunidad en la asignación de citas, *“lo cual establece un estándar para las EPS y las expectativas de los usuarios. Pero además crea un incentivo para que sean aplicadas, más allá de las sanciones, pues la publicidad de su cumplimiento o incumplimiento también informa a los usuarios y les permite tomar decisiones y quejarse por el funcionamiento del sistema”*<sup>103</sup>.

<sup>100</sup> Ib. Folio 1489.

<sup>101</sup> Ib. Folio 1490.

<sup>102</sup> El artículo 10 del Decreto 4747 de 2007 señaló que: *“El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado “triage”, el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios.”*. La “Guía Para Manejo de Urgencias” tomo III elaborada por el Ministerio de la Protección Social en el año 2009, al abordar la atención en los centros hospitalarios estableció cinco escalas de prioridad. La prioridad II de emergencia la describió como *“Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo potencial de amenaza a la vida o pérdida de una extremidad u órgano si no recibe una intervención médica rápida; por ejemplo pacientes en estado de agitación, dolor torácico, dolor abdominal, síntomas asociados con diabetes descompensada, algunas cefaleas, trauma o fiebre alta en niños, otras dolencias como vómito y diarrea, dolor de cólico renal, amputación traumática. También se incluye todo tipo de dolor severo (nivel 7-10) y afecciones en las cuales el tiempo es crítico para iniciar el tratamiento”*. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADas%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20III.pdf>. Consultada el 7 de noviembre de 2018 a las 10:34 am.

<sup>103</sup> Ib. Folio 1490.

12. El 25 de julio de 2014<sup>104</sup> la Red de Veeduría Ciudadana de Santiago de Cali puso en conocimiento a la Sala Especial la problemática en la prestación de servicios de salud que había evidenciado, para ello indicó que la IPS “*Clínica Santiago de Cali*” le estaba prestando un mal servicio de salud a los pensionados del Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles –División Pacífico- y Puertos de Colombia. Precisó que la deficiencia en la atención obedecía a diferentes irregularidades dentro de los procesos de contratación, situación que denunció con anterioridad ante la Contraloría General de la República, la Superintendencia Nacional de Salud y la Procuraduría General de la Nación.

Indicó que, para el acceso a los servicios incluidos en el plan, los usuarios tenían que interponer acción de tutela. También expresó que los medicamentos formulados por lo médicos eran de baja calidad.

13. El 15 de agosto de 2014<sup>105</sup> un grupo de usuarios con “*patología de alta complejidad terapéutica de Medellín*” allegó copia de un escrito dirigido a la Superintendencia de Salud, en el que expusieron “*las situaciones que viven a diario los usuarios de las EPS que padecen patologías de alta complejidad terapéutica, en especial los trasplantados, los pacientes con cáncer, VIH, los dializados y en protocolo para trasplantes*”<sup>106</sup>.

Ilustraron las dificultades vividas por ellos en torno a la entrega de medicamentos, relatando que se les retrasaba el suministro de estos con la justificación de que no habían llegado a la farmacia, igualmente señalaron que por la razón antes expuesta la dispensación de estos se daba en forma parcial o fraccionada<sup>107</sup>.

Reseñaron que no les estaban reponiendo las deudas de medicamentos cuando las EPS se atrasaban en el suministro, dado que la asociación de trasplantados tenía un banco de medicamentos para prestarle a los pacientes.

También develaron que algunas EPS no entregaban el medicamento de marca comercial ordenado por el médico tratante sino genéricos.

14. En virtud de las quejas descritas<sup>108</sup>, la Sala Especial de Seguimiento profirió el auto 289 de 12 de septiembre de 2014 en el que requirió al Ministerio de Salud para que respondiera interrogantes sobre: (i) las medidas efectuadas a fin de procurar la no ocurrencia de los hechos descritos por la Red Municipal de Veedurías Ciudadanas de Santiago de Cali; (ii) los mecanismos puestos en práctica para garantizar la protección especial de aquellos grupos poblacionales que se encontraban en circunstancias de debilidad manifiesta; (iii) las personas que hacían parte del grupo de pacientes de alta complejidad terapéutica.

---

<sup>104</sup> Cfr. AZ Orden XVI-D, folios 1496 a 1505.

<sup>105</sup> Cfr. AZ Orden XVI-D, folios 1506 a 1507.

<sup>106</sup> Ib. Folio 1506.

<sup>107</sup> Precisarón textualmente que “*en estos casos no se los llevan a domicilio como lo establece la ley, sino que les toca ir varias veces al lugar de entrega*”

<sup>108</sup> De 25 de julio de 2014 aportada por la Red Municipal de Veedurías Ciudadanas de Santiago de Cali (Redvcali) y de 15 de agosto de 2014 por un grupo de pacientes de alta complejidad terapéutica.

Igualmente solicitó a la Superintendencia que indicara: (i) las acciones llevadas a cabo a fin de superar las barreras de acceso advertidas por la sociedad civil; y (ii) las actuaciones que se desarrollarían para evitar que hechos como los expuestos se siguieran presentando.

La SNS y el Ministerio de Salud se pronunciaron en atención al auto 289 de 2014, así:

El 23 de septiembre de 2014<sup>109</sup> la Superintendencia Nacional de Salud anotó que revisados los sistemas de registro de peticiones, quejas, reclamos y denuncias de la entidad no se encontraron documentos remitidos por la Red Municipal de Veedurías Ciudadanas de Cali (Redvcali); sin embargo, indicó que la Dirección de Atención al Usuario entre el 1 de enero y 31 de agosto de 2014 dio trámite a 185 PQRD<sup>110</sup> relacionadas con los servicios de salud prestados por la IPS Clínica Santiago de Cali a los beneficiarios del Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles y Puertos de Colombia. Manifestó que la Dirección de Atención al Usuario<sup>111</sup> formuló requerimiento de información a las EAPB denunciadas.

14.1. El Ministerio de Salud<sup>112</sup> indicó que había aplicado herramientas tendientes a procurar la provisión de servicios con calidad. En ese sentido, expidió reglas para la entrega oportuna de medicamentos<sup>113</sup>, sobre cuotas moderadoras y copagos, la actualización y aclaración del POS<sup>114</sup> y asignación de citas<sup>115</sup>. Añadió, que la efectividad de dichos instrumentos se calculaba permanentemente por los resultados en salud de la población, y por el proyecto de medición del impacto de la unificación del POS, adelantado por el Departamento Nacional de Planeación.

Mediante auto 178 de 2015 la Corte señaló que en virtud de los interrogantes planteados en el auto 100 de 2014<sup>116</sup> recibió respuestas proporcionadas por la Veeduría Nacional de Salud, la Asociación de Pacientes de Alto Costo Nueva EPS, el Instituto Departamental de Salud de Nariño, la Defensoría del Pueblo y la Secretaría Distrital de Salud, quienes coincidieron en afirmar que Bogotá y Nariño enfrentaron varios inconvenientes como “*i) el déficit de profesionales de la salud especializados, lo que hace inoperante el sistema de agenda abierta; ii) demoras de las autorizaciones de referencia y contra-referencia, iii) incumplimiento en la entrega de medicamentos, iv) espera de periodos de más de tres meses para citas en algunas especialidades, entre otros*”. Por ello consideró necesario indagar sobre los mecanismos implementados para superar las dificultades que enfrentaban los usuarios del sistema relacionadas con el acceso a los mismos.

Por consiguiente, le preguntó al Ministerio sobre: (i) los progresos en la superación de los problemas de escasez de especialistas; (ii) los resultados obtenidos de las

---

<sup>109</sup> Cfr. AZ orden XVI-E, folios 1676 a 1692.

<sup>110</sup> Peticiones, quejas, reclamos y denuncias.

<sup>111</sup> A través del grupo de instrucción y atención al usuario.

<sup>112</sup> Mediante oficio de 20 de noviembre de 2014 Cfr. AZ orden XVI-E, folios 1750 a 1763.

<sup>113</sup> Mediante la Resolución 1604 de 2013.

<sup>114</sup> A través de Resolución 5521 de 2013.

<sup>115</sup> Por medio de Resolución 1553 de 2013.

<sup>116</sup> Numeral 11 de los antecedentes del presente auto.

estrategias desarrolladas para eliminar tal escollo; (iii) los indicadores y herramientas cualitativas con los que se evaluó y supervisó la implementación de la Resolución 1552 de 2013; (iv) las EPS que obedecieron los plazos establecidos en esa normatividad y las que no lo acataron<sup>117</sup> y, (v) las actuaciones adelantadas para superar las principales causas de quejas expuestas por la Defensoría del Pueblo, la Secretaría Distrital de Salud y el Instituto Departamental de Salud de Nariño.

Igualmente, le solicitó a la Supersalud que conforme a los resultados de la auditoría<sup>118</sup> precisara: (i) las EPS habilitadas y auditadas, indicando las obligadas a elaborar plan de mejoramiento y si las mismas lo presentaron, así como las labores desplegadas respecto de las que no lo realizaron; (ii) el seguimiento efectuado a tales planes y si las acciones adelantadas corrigieron los inconvenientes encontrados y, (iii) las reformas institucionales y de fondo que deberían efectuarse para que no se siguieran incurriendo en las dificultades advertidas.

En observancia a la providencia mencionada, el MSPS y la SNS se pronunciaron de la siguiente manera:

14.2. El 12 de junio de 2015<sup>119</sup> el Ministerio de Salud contestó los interrogantes planteados por esta Corte en providencia anterior así:

En lo concerniente con los avances en la superación de escasez de especialistas, anotó que la dificultad de fondo no era la carencia de estos “*sino la brecha creciente entre la demanda de servicios especializados y la falta de capacidad del sistema y sus instituciones para atenderla y gestionarla adecuadamente, lo cual se traduce en problemas de acceso y de oportunidad en la prestación de los servicios, particularmente en algunas áreas de especialización y en algunas regiones del país*”<sup>120</sup>. También consideró que este inconveniente se generaba por la falta de capacidad resolutoria de las instituciones del primer nivel de atención y sus equipos de salud, lo que llevaba a remitir pacientes a los servicios especializados o de mayor complejidad a los que les hubiera podido atender su situación.

Por eso enfatizó que el margen de la diferencia entre la demanda y ofertas de tecnologías de salud debía cerrarse no solamente con el incremento de la disponibilidad de médicos, sino también “*a través de estrategias que lleven a que las instituciones del primer nivel de atención, con personal de salud no especializado, puedan atender y resolver un porcentaje cada vez mayor de las situaciones de salud de los pacientes evitando la demanda innecesaria de servicios especializados y de mayor complejidad*”<sup>121</sup>. Debido a ello argumentó que estaba adoptando cinco medidas para superar las barreras en la oferta de especialistas<sup>122</sup>.

<sup>117</sup> En relación con este ítem y el anterior la cartera de salud a través de escrito de 12 de junio de 2015 señaló que a través de oficio 201514000900251 remitió estas preguntas por competencia a la Superintendencia.

<sup>118</sup> La cual se adelantó entre febrero y marzo de 2013.

<sup>119</sup> Cfr. AZ Orden XVI, folios 1908 a 1916.

<sup>120</sup> Ib. Folio. 1909.

<sup>121</sup> OP. Cita.

<sup>122</sup> a) Promoción de la apertura de programas y cupos de formación de especialistas en el país; b) promoción de la oferta de formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria; c) servicio social obligatorio para médicos especialistas; d) crecimiento del programa de becas crédito como estímulo para la formación de especialistas en el país



En cuanto a los resultados obtenidos de las estrategias implementadas, aseguró que se encontraba trabajando en un modelo de atención que se sustentaba en el desarrollo de instituciones de atención primaria en salud o prestadores primarios que constituirían la puerta de entrada a los servicios de salud con una capacidad resolutoria significativamente superior a las que tenían las IPS de primer nivel, el cual iría de la mano con la adopción de un enfoque de salud y medicina familiar en los servicios y, en la formación de talento humano, la consolidación de equipos de salud integrales, multidisciplinarios y con capacidad resolutoria, la disponibilidad de equipos y tecnologías básicas de apoyo.

Agregó que, para incentivar la formación de los médicos especialistas requeridos en el país, el Gobierno aumentó en forma significativa los recursos del programa de becas crédito, precisando que entre el 2011 y 2014 se apropiaron \$144 mil millones de pesos a través de los presupuestos del Icetex y del Ministerio de Salud lo que permitió otorgar 4.717 nuevas becas, con un crecimiento de más del 70% frente al periodo 2006 a 2010. Reveló, que las mismas se otorgaron dando prioridad a las especialidades básicas para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud.

Expresó que *“del total de los beneficiarios de 2013, el 66% se encontraban cursando una de las especialidades priorizadas en el país, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, anestesiología, cirugía general, medicina familiar y psiquiatría. Para 2014, se destinaron al fondo \$41 mil millones; el presente año se gestiona una adición de recursos que se espera permita vincular 1.300 nuevos beneficiarios al programa y así continuar ampliando la cobertura en las especialidades priorizadas, específicamente programas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Medicina Familiar, Psiquiatría y Anestesiología”*<sup>123</sup>.

En relación con la promoción de la oferta de formación de especialistas en salud y medicina familiar y comunitaria, gestionó procesos de coordinación intersectorial a nivel territorial<sup>124</sup> con el fin de incorporar el enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria en la formación y gestión del talento humano y en la organización de los servicios.

Expuso que concertó con la gobernación de Guainía y la Universidad FUCS, la asignación de recursos para apoyar la formación de posgrado en medicina familiar de cinco médicos generales que tendrían el compromiso de permanecer en el territorio, en el marco de su proyecto de desarrollo profesional, en contraprestación por una beca que les otorgaría el departamento. Sostuvo, que esperaba replicar este mismo proceso en el departamento de Nariño, donde el Ministerio ya había efectuado acercamientos con la Secretaría de Salud.

---

y, e) eliminar limitantes legales, institucionales o administrativas en el ejercicio autónomo y a la capacidad resolutoria de los profesionales de la salud.

<sup>123</sup> Ib. Folio. 1911.

<sup>124</sup> En los Departamentos de Nariño, Boyacá, Huila, Santander, Barranquilla, Guainía, Tolima, Cauca, y otros sin mencionar los mismo.

De otra arista, enseñó que: *“a los médicos extranjeros que ingresen al país con el fin de ejercer su profesión se le exigen unos requisitos académicos y de ejercicio, entre ellos haber cumplido el servicio social obligatorio durante un año. Este último requisito se eliminó para los médicos que hayan obtenidos título de especialista en el exterior en áreas de prioridad o interés para el sistema de salud colombiano”*<sup>125</sup>.

En relación con las actuaciones adelantadas frente a las quejas presentadas por la Defensoría del pueblo, la Secretaría Distrital de Salud y el Instituto Departamental de Salud de Nariño, anunció acercamientos con la Secretaría de Salud del Departamento de Nariño para iniciar la estimación del talento humano existente y el requerido en el marco del nuevo modelo de atención integral en salud propuesto por el Gobierno.

14.3. El 12 de junio de 2015<sup>126</sup> la Superintendencia comunicó el resultado de las visitas adelantadas en febrero y marzo de 2014<sup>127</sup>, en las cuales se auditó a las EPS Aliansalud, Cafesalud, Comfenalco Valle, Compensar, Coomeva, Cruz Blanca, Famisanar, Golden Group, Nueva EPS, S.O.S., Salud Total, Saludcoop, Saludvida, Sanitas S.A., Sura, AIC, Alianza Medellín, Ambuq. Anaswayuu, Asmet Salud, Cafam, Cafesalud Subsidiado, Cajacopi, Capital Salud, Caprecom EPS, Capresoca, Colsubsidio, Comfaboy, Comfachoco, Comfactor, Comfacundi, Comfamiliar Cartagena, Comfamiliar Guajira, Comfamiliar Huila, Comfamiliar Nariño, Comfaoriente, Comfasucre, Comparta, Convida, COOSALUD, dusakawi, Ecoopsqueos, Emdisalud, EMSSANAR, Mallamas, Manexka, Mutual Ser, Pijaos y Saludvida, las cuales se obligaron a elaborar plan de mejoramientos. Las mencionadas entidades presentaron dicho plan salvo Comfaboy, contra la cual se adelantaron actuaciones administrativas de carácter sancionatorio.

En lo referente al seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento aseveró que este se efectuó en el primer trimestre del año 2015, relató que durante el mismo los funcionarios de la Superintendencia evaluaron cada una de las medidas de mejoramiento definidas por las EPS, lo cual, permitió clasificar las acciones propuestas en los estados de *“abierta”*<sup>128</sup>, *“cerrada”*<sup>129</sup>, y *“en ejecución”*<sup>130</sup>.

Puntualizó que en los regímenes contributivo y subsidiado gran parte de las EPS cumplieron con la ejecución o cierre de las propuestas de mejora realizadas<sup>131</sup>. Manifestó que la mayoría de los hallazgos relacionados en los planes de mejoramiento estaban asociados a debilidades en los sistemas de información, cuya solución implicaba un proceso de adaptación, capacitación y migración de información que requería mayores periodos de tiempo. Indicó que en el seguimiento

<sup>125</sup> Ib. Folio 1912.

<sup>126</sup> Cfr. AZ XVI-E, folios 1917 a 1933.

<sup>127</sup> Correspondiente a la vigencia de 2013.

<sup>128</sup> Se consideraban en estado abierto las acciones de mejora que no han sido ejecutadas de ninguna manera, esto significa que la EPS no ha iniciado su implementación.

<sup>129</sup> Las acciones que fueron desarrolladas y finalizadas por las EPS conforme con el plan de mejoramiento.

<sup>130</sup> Acciones en desarrollo.

<sup>131</sup> Promedio de acciones: cerradas del 68,47% en el régimen contributivo y 83,15% en el subsidiado; en ejecución del 23,94% en el régimen contributivo y 12,12% en el subsidiado; y abiertas del 7,59% en el régimen contributivo y 4,54% en el subsidiado.

observó mejoramiento por parte de las EPS en cuanto a:

i) Implementación y fortalecimiento de procesos que optimizarían el acceso a los servicios de salud a través de diferentes acciones<sup>132</sup>.

ii) Autorizaciones directas, y eliminación de dicho trámite en varios servicios.

iii) Adecuación de sus sistemas de información, con el fin de permitir la captura de las fechas de emisión de la orden médica y de prestación efectiva del servicio.

iv) Fortalecimiento de procesos de auditoría interna para identificar demoras en oportunidad de servicios.

v) Acuerdos con la red prestadora que contribuyeran con la calidad, oportunidad y frecuencias de la entrega de información relacionada con el seguimiento y control de la prestación de servicios de salud.

En relación con las acciones adelantadas frente a las quejas presentadas<sup>133</sup> anotó que las mismas se referían a dificultades en el aseguramiento y prestación de servicio, por lo que dicha Superintendencia priorizó el desarrollo de las visitas de auditorías.

Por otro lado, acotó que la Supersalud realizó medición semestral a la oportunidad en la asignación de las citas de odontología y medicina general conforme lo establecido en el parágrafo 3º del artículo 1º de la Resolución 1552 de 2013.

15. El 24 de junio de 2015<sup>134</sup> la Defensoría del Pueblo presentó el séptimo informe de seguimiento a las órdenes impartidas en la sentencia T-760 de 2008. En el mismo, hizo una valoración del progreso en el acatamiento de las disposiciones décima novena, vigésima y vigésima tercera<sup>135</sup>.

a. Orden décima novena: afirmó que se apreciaba un esfuerzo positivo por mejorar, *“primero, los procesos de recepción y procesamiento de información proveniente del auto reporte de las EPS, sobre la base de la Resolución 744 de 2012, y segundo, se presenta, a diferencia de informes anteriores, una relación de los procesos investigativos iniciados en curso, por incumplimiento o anomalías en la información reportada”*. También señaló que existían avances sobre la disminución de las negaciones, pero que la información y su confiabilidad no había tenido mejoras sustantivas, consideró también como adelantos la apertura de procesos investigativos por parte de la SNS.

---

<sup>132</sup> Como coordinación del agendamiento de citas médicas con la red prestadora, capacitación a las mismas y disminución en la negación de servicios.

<sup>133</sup> Por la Defensoría del Pueblo, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y el Instituto Departamental de Salud de Nariño.

<sup>134</sup> Cfr. AZ Orden XVI-E, folios 1934 a 1963.

<sup>135</sup> El cual se hizo teniendo en cuenta solamente las respuestas dadas por la Superintendencia a interrogantes planteados por la Defensoría, toda vez, que pese a requerimientos realizados al Ministerio de Salud éste no dio contestación a la solicitud de información.

Enfatizó que no existían garantía sobre la suficiencia, confiabilidad, validez y oportunidad de la información proveniente por reporte de las EPS.

b. Orden vigésima: la Defensoría precisó que el sistema de auditorías de 2014 era un avance significativo; no obstante, consideró que el informe presentado por la Supersalud no dio cuenta de la orden vigésima ni del auto 044 de 2012.

c. Orden vigésima tercera: señaló que no era valorable el progreso a partir de la información proporcionada.

16. Mediante auto 442 del 2015 la Corte estimó que la ausencia reiterada de respuesta a las solicitudes elevadas por la Defensoría del Pueblo constituía una grave falencia dentro del proceso de adopción de las políticas públicas y en especial, en el trámite de supervisión del fallo estructural, por lo que citó a sesión técnica al Ministerio de Salud, a la Defensoría del Pueblo y a los peritos constitucionales voluntarios, y ordenó a la cartera de salud responder las preguntas formulada por la Defensoría.

18.1. En atención al auto 442 de 2015 el Ministerio de Salud respondió los interrogantes formulados por la Defensoría y se pronunció sobre cada una de las órdenes desde la 18 hasta la 23<sup>136</sup> así:

a. Orden 18: expresó que para la vigencia 2014 no se realizaron inclusiones ni exclusiones al plan de beneficios, en razón a que las actualizaciones se efectuaban cada dos años de conformidad con lo establecido en la Ley 1438 de 2011, por tal motivo, para dicha anualidad no se observaron solicitudes de la comunidad médica y de los usuarios.

Agregó que en la actualización del POS del año 2013 se definieron tres criterios para priorizar el ordenamiento y selección de las tecnologías en salud<sup>137</sup> y en el segundo semestre de 2014 se ampliaron a seis (6) así: (i) carga de la enfermedad; (ii) situación de salud; (iii) guías de práctica clínica; (iv) primera línea; (v) grupo poblacional y, (vi) frecuencia de recobro.

Sostuvo que en la vigencia de 2015 correspondió la actualización integral del POS estipulada con periodicidad bienal<sup>138</sup>, por lo que en el año 2014 se iniciaron los eventos de participación ciudadana con la intervención de los usuarios de SGSSS<sup>139</sup> y la comunidad médica.

b. Orden 19: la entidad develó que en el año 2014 se negaron 57.722 servicios ordenados por los médicos, sin ser tramitados en el Comité Técnico Científico y 102.232 que no fueron autorizadas por el CTC.

En cuanto al tratamiento y análisis de datos de las negaciones, relató que las EPS o

<sup>136</sup> Cfr. AZ Orden XVI, folios 1968 a 2103.

<sup>137</sup> Carga de enfermedad, recobro por valor aprobado y recobros por frecuencia.

<sup>138</sup> Artículos 17 y 25 de la Ley 1438 de 2011.

<sup>139</sup> Asociaciones de usuarios del sector salud y de pacientes, veedurías ciudadanas, Copacos.

EOC remitían comunicado con archivo plano<sup>140</sup>, una vez llegado los datos se procedía a validar que cumplieran con la estructura y contenido en el marco del Anexo Técnico de la Resolución, si el mismo acataba estos lineamientos en el 100%, era aceptado, de lo contrario, se remitía a la entidad por medio de correo electrónico.

En lo atinente a la validez y confiabilidad de la información explicó que *“se encuentra una limitante en la forma como se ordena evaluar lo servicios negados en el contexto de la Corte, dado que radica en el hecho que se le tenga que preguntar a las mismas EPS que reporten lo que niegan injustificadamente, generando un sesgo indiscutible, y es por ello que en su mayoría y casi en su totalidad, las negaciones son soportadas con argumentos justificables desde el orden legal, administrativo y técnico.”*<sup>141</sup>

c. Orden 20: en relación con la construcción de un ranquin de IPS el Ministerio manifestó serios inconvenientes, de una parte, por la heterogeneidad de las instituciones comparadas<sup>142</sup> y de otra, por las pocas fuentes de información disponible; a pesar de ello, enunció posibilidades de avanzar en la formulación de indicadores que permitieran evaluar la gestión y respondieran a estándares de comparabilidad entre prestadores.

d. Orden 21: precisó que el Ministerio garantizó a todos los colombianos el acceso al POS actualizado y unificado.

Reseñó que las medidas relacionadas con la unificación del POS en menores de edad y la fijación de la UPC<sup>143</sup> se basaron en estudios técnicos<sup>144</sup>. Concluyó que, con respecto a este grupo, el regulador cumplió la orden en un 100%.

e. Orden 22: en cuanto a esta directriz ilustró que la unificación del POS se realizó de manera gradual iniciando por los grupos considerados de mayor vulnerabilidad, menores de edad y adultos mayores, y con posterioridad los de edad productiva, entre los 18 y 59 años.

f. Orden 23: indicó que el Ministerio dispuso la normatividad necesaria<sup>145</sup> para garantizar la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, para los casos de urgencia<sup>146</sup> en forma oportuna de conformidad con el concepto del médico tratante, *“quien una vez prestado el servicio, presenta al Comité Técnico Científico la o las prescripciones médicas de las tecnologías suministradas en el marco de la urgencia, con su correspondiente justificación, la cual se soporta en la epicrisis o*

<sup>140</sup> Como indicaba el anexo técnico de la Resolución 744 de 2012.

<sup>141</sup> Ib. Folio 1987.

<sup>142</sup> Existen marcadas diferencias en cuanto a su naturaleza jurídica, niveles de complejidad de los servicios, tipos de servicios de salud que prestan, capacidad y ubicación geográfica.

<sup>143</sup> Decididas y aplicadas por la Comisión de Regulación en Salud.

<sup>144</sup> Acuerdo 5 de 30 de septiembre de 2009 *“documento técnico unificación de los planes de beneficios para los niños y niñas afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado del sistema general de seguridad social en salud cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008”* y Acuerdo 11 de 29 de enero de 2010 *“Ejercicios técnicos presentados como soporte de la UPC de unificación para la población entre 12 y 18 años de edad”*.

<sup>145</sup> Artículo 8° de la Resolución 3099 de 2008, Circular 019 de 2012, artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013.

<sup>146</sup> El artículo 3°, numeral 1° del Decreto 412 de 1992 definió el concepto de urgencia como *“la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.”*

*resumen de historia clínica del paciente, cumpliendo en todo caso con los criterios de evaluación”.*

17. Mediante auto de 11 de julio de 2018 la Sala de Seguimiento en aras de contar con elementos de juicio actualizado, le solicitó al Ministerio de Salud que respondiera ciertos interrogantes en relación con el cumplimiento de la orden décima sexta<sup>147</sup>, relativos a las herramientas desarrolladas por la cartera de salud para: (i) superar la falta de médicos especialistas; (ii) evitar el sobrecupo en los servicios de urgencia II y III en el nivel de atención; (iii) disminuir el tiempo promedio de asignación de citas; (iv) garantizar la continuidad en el tratamiento de los pacientes con enfermedad de alto costo; (v) asegurar la prestación de servicios en forma oportuna, eficazmente y con calidad a la población que habita en zonas dispersas; (vi) disminuir negaciones por parte de las EPS; (vii) para la consulta en forma sencilla por parte de los usuarios del sistema del ranquin de EPS e IPS y, (viii) referente a la prescripción de servicios por parte de las EPS.

Así mismo, requirió a la Superintendencia de Salud para que informara sobre las quejas contra las EPS relacionadas con los temas de oportunidad, acceso en la prestación de servicios, portabilidad, así como las acciones desplegadas frente a ellas.

Igualmente, le pidió a la Defensoría que presentara informe en el que señalara los principales motivos de reclamos en materia de salud por parte de los usuarios de SGSSS<sup>148</sup>, el cumplimiento de las EPS de la obligación de tener agendas abiertas para especialista y que se refiriera a las preguntas realizadas al Ministerio<sup>149</sup> relacionadas con el cumplimiento de las órdenes 16 a 23.

Por último, solicitó a los peritos voluntarios<sup>150</sup> que señalaran las deficiencias evidenciadas en tema de acceso oportuno, así como que se pronunciaran sobre los interrogantes realizados al MSPS.

17.1. En atención al auto anterior, el Ministerio<sup>151</sup> respondió los cuestionamientos planteados de la siguiente manera:

a. Con respecto a las acciones implementadas para superar la insuficiencia de médicos especialistas, lo primero que hizo fue señalar que las dificultades en el acceso y oportunidad para atender la demanda de los servicios de salud especializados se originaba por: (i) la falta de capacidad resolutive de las instituciones de primer nivel de atención y sus equipos de salud al remitir a los pacientes a servicios especializados y de mayor complejidad sin necesidad, debido a que en los primeros niveles de atención se hubiese podido atender la situación y (ii) el aumento lento de oferta de médicos especialistas en el país, así como de los programas y cupos para formación.

---

<sup>147</sup> La cual encierra el acatamiento de la orden 17 a la 23.

<sup>148</sup> Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<sup>149</sup> Párrafo primero del presente numeral.

<sup>150</sup> Gestarsalud, Así Vamos en Salud, Acemi, Ascofame, Fedesalud.

<sup>151</sup> Oficio de 8 de agosto de 2018.

b. En lo atinente a aumentar la oferta de médicos especialistas y mejorar su distribución territorial expresó que se habían generado varias estrategias y acciones, tales como la ampliación de cupos para la formación de especialistas en el país, promoción de la oferta para estudios en medicina familiar y en salud familiar y comunitaria, crecimiento del programa de becas crédito, servicio social para médicos especialistas y facilidad en el ingreso de médicos con estudios en el exterior.

Señaló como medidas recientes, la expedición de la Ley 1719 de 2018 a través de la cual implementó acciones para mejorar las condiciones de formación y desempeño de los residentes mediante su condición de médico en ejercicio y la creación de un contrato especial de garantías básicas, remuneración y un sistema que articula lo académico con los servicios asistenciales.

c. En cuanto a las actuaciones desplegadas para evitar el sobrecupo en los servicios de urgencias del II y III nivel de atención, acotó que este problema en los servicios de urgencia de mediana y alta complejidad según estudio de la Organización Panamericana de la Salud estaba asociado posiblemente con el incremento de la cobertura del aseguramiento en salud, anotó que había estudiado el comportamiento en el uso de este servicio, encontrando que podía responder a causas, tales como (i) la baja cobertura de atención de consulta externa; (ii) el nivel de resolución de los servicios de baja complejidad y, (iii) la alta concentración de *triage*<sup>152</sup> IV<sup>153</sup> y V<sup>154</sup>, es decir, se acudía al servicio de urgencia por situaciones que no configuraban urgencia.

También expuso que en el marco de sus competencias para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud se había encargado de formular y adoptar políticas que buscaban la coordinación armónica del sistema. Entre las medidas adoptadas estuvieron: a) la iniciativa gubernamental en la expedición de la Ley 1751 de 2015<sup>155</sup> y, b) la expedición de las resoluciones 5596 de 2015<sup>156</sup>, 1441 de 2016<sup>157</sup> y 926 de 2017<sup>158</sup>.

d. En relación con la pregunta referente a las consultas de especialistas que más

<sup>152</sup> El artículo 3º de la Resolución 5596 de 2015 indicó que: “*El triage en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consisten en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. El ‘Triage’, como proceso dinámico que es, cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del paciente.*”

<sup>153</sup> El numeral 5.4., artículo 5º de la Resolución 5596 de 2015 señala que se categoriza como triage IV cuando “*el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.*”

<sup>154</sup> El numeral 5.5. del artículo 5º de la Resolución 5596 de 2015 clasifica como triage V cuando “*el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.*”

<sup>155</sup> La cual expresa que los usuarios en el Sistema de Salud tienen derecho a “*recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno*”, adicionalmente la Ley prohíbe la negación de la prestación de los servicios de salud cuando se trate de atención en urgencia.

<sup>156</sup> “*Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias ‘Triage’*” método para la selección y clasificación de pacientes que permite determinar la prioridad con la cual se atienden los usuarios.

<sup>157</sup> “*Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.*”

<sup>158</sup> “*Por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas.*”

tardan en ser asignadas se refirió a las citas de ginecología, obstetricia, pediatría, cirugía general y medicina interna.

e. En lo relativo con las actuaciones que había desarrollado para garantizar a los usuarios del sistema el acceso oportuno de los servicios que hacían parte del plan beneficios en salud manifestó que, en la vigencia del 2017 las acciones estuvieron encaminadas a (i) la organización de la prestación de servicios de salud; (ii) al fortalecimiento de la prestación pública de dicho servicio y, (iii) al saneamiento fiscal y financiero de las ESE y al desarrollo y esquema de operación de las ESE.

(i) En cuanto a la organización de los servicios de salud manifestó que las acciones estuvieron encaminadas a desarrollar el proceso de alistamiento para la implementación del marco regulatorio establecido mediante la Resolución 1441 de 2016<sup>159</sup>, con el fin de brindar a la población afiliada una atención en salud en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutivez, para lo cual se elaboraron y publicaron instrumentos metodológicos como los manuales de habilitación de las RIPS para las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales y la Superintendencia de Salud.

También señaló que se realizaron los desarrollos conceptuales y operativos, el diseño y puesta en operación del Módulo de Redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS, el cual es un aplicativo planificado en ambiente web, que tenía como propósito registrar y soportar las diferentes etapas del proceso de habilitación RIPSS y se expidió la Circular 043 de 28 de noviembre de 2017<sup>160</sup>.

Así mismo, manifestó que expidió la Resolución 1477 de 2016<sup>161</sup> y en apoyo a la implementación de esta brindó asistencia técnica a entidades territoriales departamentales y distritales, así como a prestadores de servicios de salud, a través de medios presenciales y virtuales.

Expresó que conforme a lo definido en la Ley 1392 de 2010 elaboró el proyecto de resolución *“por la cual se define el procedimiento, estándares y criterios para la habilitación de los Centros de Referencia de Diagnóstico, Tratamiento y Farmacias para la atención integral de las Enfermedades Huérfanas, así como la conformación de la red y subredes de Centro de Referencia para la atención de enfermedades huérfanas”* para la adecuada atención en salud de pacientes que padezcan estas enfermedades.

Puntualizó que en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS y de la RIPS, se elaboró una propuesta técnica sobre Prestador Primario de Servicios de Salud y un Proyecto de Resolución *“por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del prestador primario de servicios*

---

<sup>159</sup> *“Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones”.*

<sup>160</sup> La cual establece la: *“Entrada en operación del módulo de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.”*

<sup>161</sup> *“Por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto ‘UFCA’ y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil ‘UACAI’ y se dictan otras disposiciones.”*



*de salud*'.

(ii) En lo atinente al fortalecimiento de la prestación pública de los servicios de salud señaló que, durante la vigencia de 2017, continuó con la asistencia técnica a las entidades territoriales departamentales y distritales, y las Empresas Sociales del Estado- ESE para el fortalecimiento de la planeación y gestión de la prestación de servicios de salud.

(iii) Con respecto al fortalecimiento de la capacidad instalada de las ESE, dijo que durante los años 2016 y 2017 se realizaron inversiones en proyectos de mejoramiento de infraestructura física y tecnológica de IPS.

(iv) Para el saneamiento de pasivos de las ESE en intervención forzosa se asignaron recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud -Fonsaet.

(vi) Se trabajó en esquemas alternativos de operación para las ESE, en aras de mejorar las condiciones de calidad, eficiencia y sostenibilidad, tales como ajuste al régimen laboral de las ESE, modificación del mecanismo de nombramiento de los gerentes y en la regulación de subsidios de oferta en condiciones de eficacia.

f. En lo que respecta a las acciones tomadas para superar las deficiencias que se presentaban en materia de acceso a servicios de salud, señaló que se adelantaron acciones para el desarrollo e implementación de los componentes del Sistema Único de Habilitación y el Sistema Único de Acreditación orientadas a mejorar la calidad, oportunidad, integralidad y continuidad de la prestación de servicios de salud.

17.2. El 9 de agosto de 2018 la Superintendencia Nacional de Salud respondió de la siguiente manera las preguntas realizadas en el auto de 11 de julio de 2018:

a. En cuanto a las auditorías referentes a la oportunidad en la prestación de servicios llevadas a cabo en los años 2014 a 2017 dio la información que se detalla a continuación:

(i) 2014: En el *régimen contributivo* la oportunidad promedio de autorización de servicios no POS fue de 2,9 días, cumpliendo con lo establecido en la norma; no obstante, en cuanto a tecnologías de alto costo se encontró en 8, 65 días a partir de la radicación de la orden médica; señaló que el 66% de las EPS de este régimen se negaron a autorizar oportunamente servicios de alto costo y el 20% incumplió con el aporte de dicha información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud.

En cuanto al *régimen subsidiado* manifestó que las entidades auditadas no contaban con información confiable de los tiempos de autorización de servicios que le hubieran permitido realizar en todos los casos un adecuado seguimiento al acceso efectivo del usuario a los servicios de salud; sin embargo, visualizó que el 82,35% de las entidades de este régimen autorizaban servicios incluidos en el POS con una oportunidad de 2,7 días calendario, en promedio la oportunidad en la autorización de servicios de alto costo de manera global estaba en 3.31 días a partir de la radicación de la orden médica.

(ii) 2015: identificó que la totalidad de las entidades contaban con sistemas de información más estructurados, con algunas falencias frente a captura y trazabilidad de procesos de prestación de servicios de salud; sin embargo, en comparación con la vigencia anterior, los cambios fueron favorables.

En el *régimen contributivo* el 93,33% de las entidades autorizaron servicios de salud con una oportunidad del 1.54 días calendario, encontrándose dentro de los cinco (5) días hábiles establecidos por la norma. El promedio de la autorización de servicio de salud de alto costo de manera global se hallaba en 2.74 días, a partir de la radicación de la orden médica, *“presentándose un reporte desagregado de oportunidad en la autorización para Cáncer de 2.31 días, 3.07 días para VIH y 2.86 para Enfermedad Renal”*.

En el *régimen subsidiado* el 94.11 % del total de las EPS autorizaron servicios de salud incluidos en el POS en un promedio de 1.34 días calendario.

(iii) 2016: El tiempo en la autorización de servicios de salud incluidos en el POS en el *régimen contributivo* fue de 2,13 días hábiles y en el *régimen subsidiado* de 2,46 a partir de la fecha de radicación de la orden médica.

b. Acerca del seguimiento a los planes de mejoramiento, indicó:

(i) Planes de mejoramiento 2015: Con respecto a los *regímenes contributivo y subsidiado* consideró que se había logrado un cumplimiento de más del 80% de las acciones de mejoramiento propuestas; sin embargo, estimó que se debía seguir trabajando para fortalecer los sistemas de información en aras de garantizar información oportuna, veraz y confiable para los procesos de seguimiento interno de las EPS y externo por parte de las entidades que así lo requirieran.

(ii) Planes de mejoramiento 2016: En relación con el *régimen contributivo* indicó que *“si bien las acciones de mejoramiento a los hallazgos registrados en la evaluación del cumplimiento a los criterios de la sentencia T-760, para la vigencia 2015, se encontraban en cumplimiento y ejecutadas en grandes porcentajes, el cumplimiento de los planes de mejoramiento suscrito por las entidades (...)”*.

(iii) Planes de mejoramiento 2017: efectuó seguimiento a los mejoramientos de la vigencia 2016 y evidenció que algunas EPS acataron en su totalidad las actividades suscritas a diferencia de otras que no lograron el 100%, por lo que *“las acciones definidas por la entidad no están mitigando o subsanando de fondo los hallazgos de las auditorías.”*

De la tabla allegada por la Superintendencia en que plasma el porcentaje de cumplimiento se evidenció que de 43 EPS solo 5 cumplieron el 100% de lo requerido.

c. En lo atinente a las acciones adelantadas en contra de las EPS que debiendo presentar el plan de mejoramiento no lo realizaron o lo incumplieron, indicó que una

vez verificado el Supersiad<sup>162</sup> se observó que se efectuaron investigaciones administrativas y que algunas dieron como resultados sanciones de tipo pecuniario.

d. En lo concerniente con las quejas presentadas por falta de oportunidad señaló, que entre el año 2014 y hasta junio de 2018 (i) las citas médicas que tuvieron más quejas fueron “*otras especialidades médicas*”, medicina general, medicina interna, ginecología, pediatría, entre otras y, (ii) los motivos con mayor número de reclamo fueron la prestación de imagenología de segundo y tercer nivel, entrega de medicamentos POS, programación de cirugías, para la prestación de servicios de laboratorio clínico y anatomopatología, entre otras.

17.3. La Defensoría del Pueblo<sup>163</sup> señaló que los principales motivos de reclamo en materia de salud por parte de los usuarios del SGSSS desde el 1 de enero de 2015 al 31 de marzo de 2018 son los siguientes:

Conducta	No. De violaciones
Deficiente e inoportuna atención médico-asistencial en el servicio de atención de: urgencias, consulta externa, hospitalización, procedimientos, medicamentos o terapia.	22.877
Ausencia o falta de información comprensible, oportuna y completa para que la persona pueda decidir sobre su situación de salud (consentimiento informado).	3.030
Negación, obstaculización o demora de la atención de salud de un servicio fuera del POS o POSS: medicamento, tratamiento, procedimiento o medio de diagnóstico.	1.579
Negación, obstaculización o demora de la atención de salud por ausencia, falta de continuidad de regularidad, de oportunidad o suministro incompleto del tratamiento.	1.181
Negación, obstaculización o demora en el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud	934

En relación con las agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada señaló que evidenció “*a través del estudio de tutelas en salud, el aumento de estas acciones para solicitar este servicio. En 2015, el incremento fue del 11,34 por ciento; en 2016 de 12,29 por ciento y, en 2017 del 13, 43 por ciento*”.

17.4. El 30 de julio de 2018 Acemi manifestó que el acceso a los servicios de salud ha sido una constante preocupación en el sistema, por lo que se adoptaron regulaciones que fijaban criterios de oportunidad en relación con algunos servicios. Señaló que este tema se podía abordar desde el progreso en relación con la población cubierta por el SGSSS y la oportunidad como atributo de la calidad en la atención. Con respecto a la oportunidad indicó que es la posibilidad que tienen los usuarios de acceder o recibir los servicios que requieren en tiempos adecuados, evitando poner en riesgo su salud.

Puntualizó que las mayores dificultades relacionadas con la oportunidad han sido con la asignación de citas con medicina especializada, al observarse que, aunque se hagan importantes esfuerzos en mejorar los tiempos y en muchas ocasiones las entidades logran cumplir los límites exigidos por las normas la población se siente insatisfecha.

Manifestó que: “*de acuerdo con el Decreto 19 de 2012 y la Resolución 1552 de 2013,*

<sup>162</sup> Sistema de Investigaciones Administrativas. Aplicativo de información de la Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>163</sup> El 2 de agosto de 2018.

*la oportunidad en la asignación de citas para la consulta por medicina especializada está sujeta a variables como la distribución geográfica, demanda de servicios, perfiles epidemiológicos y casos en los que por la condición del afiliado el médico determina la prioridad de dicha consulta”.*

17.5. El 3 de agosto de 2018, Así Vamos en Salud señaló que el tiempo de espera para la asignación de cita de odontología tanto para EAPB como para las IPS ha ido en aumento, siendo mayor el tiempo para las IPS, tendencia que se encontraba en contravía de lo establecido en la Resolución 1552 de 2013.

En referente con la asignación de citas de medicina general indicó que el comportamiento para las IPS se establece entre 2 y 3 días de espera y para las EAPB la tendencia del indicador ha sido la disminución.

Expresó que, el promedio de espera para las especialidades de medicina interna, ginecología, pediatría, obstetricia y cirugía general está por encima de 9-10 días en promedio.

18. Mediante auto 668 de 2018, la Sala Plena señaló que transcurridos diez (10) años de haberse proferido la sentencia T-760 de 2008 si bien se evidenciaron avances representativos que impactaron de manera favorable en las condiciones de prestación de servicios de salud, no se habían alcanzado en su totalidad las metas propuestas, por consiguiente, con la finalidad de hacer más eficaces las medidas para la superación de los obstáculos al goce efectivo del derecho a la salud, estimó necesario realizar una audiencia pública que permitiera evidenciar la problemática persistente y estructural en aras de encontrar soluciones inmediatas, sustanciales y definitivas por las autoridades responsables.

La audiencia pública se efectuó el 6 de diciembre de 2018 y trató entre otros temas el acceso a los servicios de salud, los cuales fueron abordados<sup>164</sup> por los intervinientes de la siguiente manera:

El Ministerio de Salud al referirse a la accesibilidad y oportunidad expresó<sup>165</sup>, que la principal causa de las acciones de tutela presentadas entre los años 2016 y 2018, fue la demora en la prestación de los servicios de salud autorizados “tanto aquellos incluidos en el plan de beneficios, como los no incluidos”, indicó que la proporción de solicitudes de amparo por esta razón se incrementó considerablemente en el año 2017, pasando del 41% al 60%.

Señaló que las especialidades médicas con mayores problemas en oportunidad fueron la de alergología, anestesiología, dermatología, genética médica, toxicología clínica, patología, radiología e imágenes, radioterapia, cirugía general, cirugía plástica, ginecología y obstetricia, neurocirugía, oftalmología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, urología, neurología, pediatría, psiquiatría y medicina de urgencias, del deporte, del trabajo, estética, familiar, física y rehabilitación, interna,

---

<sup>164</sup> Tanto en la audiencia como en escritos allegados con ocasión a ella.

<sup>165</sup> En escrito presentado el 11 de diciembre de 2018.

forense y nuclear y afirmó que estas fallas se daban por la falta de capacidad resolutive de las instituciones de primer nivel de atención y sus equipos de salud; situación que derivaba en la remisión de pacientes a servicios especializados cuando en los primeros niveles de atención se podían resolver.

La Defensoría del Pueblo<sup>166</sup> expresó que los principales inconvenientes en materia de acceso a los servicios de salud era la insuficiencia de las redes de atención; negación o dilación de las autorizaciones; inoportunidad en la atención, especialmente en citas con especialistas y en la realización de procedimientos; falta de entrega o suministro parcial de medicamentos, principalmente para pacientes de alto costo y de enfermedades huérfanas; uso inadecuado e ineficiente de los recursos y atención deficiente en zonas dispersas y difícil acceso.

La Procuraduría General de la Nación<sup>167</sup> expuso que se estaba presentando negación de servicios incluidos en el plan de beneficios en salud, lo que se corrobora con el incremento anual del número de tutelas.

La Superintendencia Nacional de Salud<sup>168</sup> puntualizó que las principales causas de PQR que recibía en relación con la prestación de los servicios, estaban motivadas en la demora injustificada, la falta de canales para acceder al servicio, o al exceso de trámites que exigen los prestadores en el país. Señaló que el mayor número de quejas por falta de oportunidad en la atención de especialidades médicas, se referían a los servicios de medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría, cardiología y gastroenterología.

La Asociación de Pacientes de Alto Costo mencionó que existían varios obstáculos en materia de acceso que afectaban el goce efectivo del derecho a la salud, entre los que se encontraban la demora en la atención, la ausencia de pago de transporte para los acompañantes de los pacientes, y la carencia de agenda disponible.

19. La Sala Especial de seguimiento con posterioridad a la audiencia, profirió el auto 073 de 20 de febrero de 2019, en el que expuso que aquella le permitió evidenciar algunas medidas adoptadas por los responsables, con resultados favorables y, la continuación de varias problemáticas que impedían la superación de las fallas estructurales avizoradas en la sentencia T-760 de 2008.

---

<sup>166</sup> Al contestar las preguntas “¿Cuáles son las barreras que esa entidad ha identificado para que los servicios de salud sean prestados bajo los parámetros de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad y calidad, respecto a la población general y a los grupos vulnerables? Si cuenta con información estadística sobre esta problemática, informe los resultados de la misma.” y “¿Cuáles son las especialidades médicas que por falta de oferta generan barreras en el acceso oportuno a los servicios en salud? Indique si las acciones adoptadas por el Ministerio de Salud para superarlas han impactado positivamente la problemática.”

<sup>167</sup> Al contestar la pregunta “¿Cuáles son los obstáculos identificados que persisten en materia de acceso a la salud e impiden a los usuarios recibir la prestación de los servicios con calidad, oportunidad, disponibilidad y accesibilidad?”

<sup>168</sup> Al responder las preguntas “¿En qué radican las principales peticiones, quejas y reclamos de los usuarios del sistema relacionadas con la falta de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud? Indique las EPS e IPS frente a las cuales se reciben el mayor número de ellas, las investigaciones adelantadas, el estado de las mismas y las sanciones impuestas; y “¿Cuáles son las especialidades médicas por las que los usuarios presentan el mayor número de quejas relacionadas con la falta de oportunidad y continuidad para acceder a los servicios de salud?”

Entre las dificultades recurrentes en materia de acceso a los servicios de salud advirtió que persistían (i) graves problemas de oportunidad en la atención, siendo este el principal motivo de quejas presentadas ante la Supersalud y la principal razón por las cuales los ciudadanos acudieron a la acción de tutela y, (ii) las llamadas zonas grises, en razón al instrumento implementado por el Ministerio, en el que existían un listado taxativo de servicios cubiertos por la UPC<sup>169</sup> y otro de exclusiones<sup>170</sup>, así como unos procedimientos y medicamentos que no se encontraban en ninguno de los dos.

También evidenció que, si bien el Ministerio implementó el mecanismo Mipres con el fin de dar cumplimiento a la orden vigésima tercera, advirtió que este se creó para autorizar servicios que si bien no estaban cubiertos por la UPC tampoco estaban excluidos; mecanismo que no se había traducido en una prestación efectiva de los servicios dado que un gran número de tecnologías prescritas por Mipres no fueron suministradas por las EPS.

20. A través de auto de 11 de septiembre de 2020, la Sala Especial de Seguimiento efectuó una serie de preguntas a diferentes entidades y peritos constitucionales voluntarios en aras a actualizar la información recopilada con ocasión al auto de 11 de julio de 2018.

20.1. La Defensoría del Pueblo indicó que dentro del periodo comprendido entre el tercer trimestre de 2018 y 30 de junio de 2020 recibió 35.826 quejas por vulneración al derecho fundamental a la salud, en las que se destacaron la deficiente e inoportuna prestación médico asistencial en los servicios de atención a urgencias, consulta externa, hospitalización, así como en los procedimientos, medicamentos o terapias.

También señaló que las patologías cuyos pacientes habían enfrentado a grandes dificultades en materia de acceso fueron el cáncer con 822 quejas, enfermedad lisosomal con 237 quejas y enfermedad renal con 200.

Además, puntualizó como unos de los principales reclamos *“la falta de oportunidad para acceder a servicios de medicina especializada, pues durante el periodo estudiado se presentaron 3.352 quejas”*.

20.2. Acemi indicó que sus EPS agremiadas identificaron las siguientes dificultades que afectaban el acceso efectivo a los servicios de salud:

(i) No existía un esquema de garantías explícitas que establecieran términos máximos para asignar citas y llevar a cabo procedimientos, que deberían definirse tomando en consideración la condición de salud de las personas, el talento humano y los recursos disponibles en el país.

(ii) La red de prestadoras de servicios de salud en el ámbito de urgencias se tornaba insuficiente por:

---

<sup>169</sup> Protección colectiva, resoluciones 5267 de 2017 y 046 de 2018 derogada por la Resolución 5857 de 2018.

<sup>170</sup> Resolución 5269 de 2017.

- (a) sobrecupo en camas de hospitalización;
- (b) falta de recurso humano, tanto de médicos generales como de especialistas;
- (c) inconvenientes en la remisión de pacientes a centros médicos de tercer nivel por insuficiencia de camas;
- (d) ausencia de logística por parte de las IPS para atender consulta espontánea con horarios pico o críticos;
- (e) no asistencia de los usuarios a programas de prevención y promoción y,
- (f) desconocimiento de los pacientes de la carta de derechos y deberes, lo que hacía colapsaran los servicios de urgencias por síntomas que se podían manejar en el nivel primario.

Indicó que uno de los principales factores que afectaban la calidad de la atención en salud era el sobrecupo de los servicios de urgencias que había generado impactos en la mortalidad, retrasos en traslados y tratamientos.

Añadió que varias EPS habían fortalecido los Centros Reguladores Urgencias y Emergencias en aras de apoyar la gestión y compra de elementos o servicios que permitieran mejorar la calidad, la efectividad y oportunidad de apoyo en la atención de salud en urgencias.

(iii) Manifestó que los factores que afectaban la oportunidad en asignación de citas por las EPS habían sido:

- (a) Una limitada oferta en áreas rurales.
- (b) Falta de capacidad instalada de la red de prestadores.
- (c) Prestadores que suministraban su capacidad instalada a más de un asegurador.
- (d) Déficit en la disponibilidad de varios profesionales o perfiles de la salud.
- (e) Inconvenientes para obtener repuestos de los equipos con fallas técnica como, por ejemplo, los de ecografías.
- (f) Mayor demanda y desbordamiento de la capacidad instalada en particular en los servicios de medicina general, obstetricia, pediatría, entre otros, derivado de la reapertura, toda vez que con ocasión de la pandemia hubo una baja asistencia de usuario de los servicios de salud en las sedes físicas entre los meses de marzo y agosto de 2020.
- (g) Falta de resolutiveidad en las consultas de medicina general que ha ocasionado mayor demanda en las citas de servicios especializados.

- (h) Dificultades en la integración de sistemas de información EPS-IPS o IPS-IPS.
- (i) Baja resolutiveidad en el nivel primario, lo que ocasionó congestión en la consulta de subespecialidades.
- (j) Déficit de capacidad instalada de la red de prestadores para atender servicios de medicina interna, ginecología, cardiología, pediatría, obstetricia, cirugía general y odontología.
- (k) En medio de la pandemia y en razón a los protocolos de bioseguridad se ha aumentado los tiempos entre citas.
- (l) En razón a la falta de disponibilidad o suficiencia de especialista en diferente regiones se han observado limitaciones de oferta en algunas especialidades, en particular, para subespecialidades pediátricas tales como endocrinología, neurología, medicina interna, hemato-oncología, cardiología, neuropediatría, gastroenterología, ortopedia oncológica, dermatología oncológica, reumatología, cuidados paliativos, genética, gastroenterología, otología; cirugía hepatobiliar, cirugía plástica reconstructiva, infectología, cardiología y cirugía de tórax.
- (m) Inasistencia a las citas y ayudas diagnósticas por parte de los usuarios, así como un alto nivel de cancelaciones de manera inoportuna, generando la pérdida de citas e impidiendo que otros afiliados pudieran acceder a las consultas.
- (n) Falta de actualización de información de contacto por parte de los pacientes, la cual se ha constituido en un obstáculo para que las EPS puedan brindar acceso efectivo a los servicios por parte de los usuarios.
- (o) En algunos casos la consulta de ADRES para actualizar la BDUA puede mostrar errores que deben ser aclarados y corregidos por las EPS con la debida colaboración de los afiliados, toda vez que la BDUA se cruza con las distintas bases de datos dispuestas por las entidades gubernamentales como el de la Registraduría Nacional del Estado Civil, Registro único de Afiliados RUAF y Migración Colombia, con las cuales ADRES efectúa la verificación de la información del estado de afiliación de las personas; sin embargo, las bases de datos de origen tienen diferentes niveles de retraso dado que no se actualizan en tiempo real.

En cuanto a portabilidad señaló que esta puede presentar dificultades en el acceso al servicio de salud en cuanto a los siguientes aspectos:

- (a) Entrega de medicamentos: Señaló que la entrega periódica de medicamentos en aquellos municipios en el cual la EPS no tiene presencia obliga a la EPS a gestionar entrega de ellos a través de servicios de mensajería, lo que podría generar falta de oportunidad. También se ha evidenciado en los eventos en que se deba suministrar medicamentos de aplicación en IPS, la EPS debe trasladar al paciente en los casos que las IPS en el municipio no acepten contratar con la nueva aseguradora.



(b) Terminación del periodo de 12 meses o de la prórroga: Expresó que existen asuntos donde una vez cumplido los doce meses o finalizado la prórroga, los usuarios no se trasladan y no existe ninguna disposición que permita hacerlo de manera obligatoria, ocasionando problemas en la articulación de los servicios de salud para ese único afiliado.

(c) Reporte inoportuno del usuario: Manifestó que existen eventos en los que se dificulta la atención por el reporte inoportuno por parte del usuario de su traslado temporal o definitivo a otra ciudad o municipio.

20.3. La Asociación de Pacientes de Alto Costo <sup>171</sup> señaló respecto a los afiliados que se presentaron 1114 quejas por lo siguiente:

- (i) Entrega incompleta, discontinua o tardía de medicamentos.
- (ii) Demora en las autorizaciones de consulta de especialistas, cirugías, insumos, medicamentos, ayudas diagnósticas, cuidador, hospitalización domiciliaria.
- (iii) Inconvenientes en la continuidad en IPS, toda vez que en ocasiones en medio del tratamiento que ha estado recibiendo el paciente, la EPS ordena la continuación de este a otra prestadora.
- (iv) Falta de agenda en citas médicas, ayudas diagnósticas, programación de cirugías, entre otras.
- (v) Falta de contratación de la EPS con la IPS, farmacia o laboratorio clínico.
- (vi) Fallas en la herramienta Mipres, por errores en los códigos, falta de coincidencia de las cantidades con la dosificación.
- (vii) Ausencia entrega de insumos como pañitos, pañales, ayudas ortopédicas, sillas de ruedas, entre otras.
- (viii) Falta de atención domiciliaria. Inconvenientes en la autorización de terapias a domicilio en particular con la población en situación de discapacidad. *cerebrovasculares*".
- (ix) Tardanza en la atención<sup>172</sup> e inconvenientes con la calidad<sup>173</sup>.
- (x) Negativas de viáticos y transporte para acompañante, *“el tema de acompañante se da más que todo en los menores de edad que no autorizan nada para la madre o el padre y un niño no puede viajar solo y menos enfermo, al igual*

---

<sup>171</sup> El 26 de octubre de 2020.

<sup>172</sup> *“Se refiere a cuando el paciente manifiesta que pidió citas médicas, citas para ayudas diagnósticas, citas para terapias o cirugías y las agendas están a más de 15 días o hasta meses y consideran que debe ser más pronto por la urgencia, o por que venían esperándola ya varios días o meses”.*

<sup>173</sup> *“Se refiere a que el paciente considera que fue mal atendido por demoras, porque no hubo resolutivead, fue maltratado en la atención o demora de más de dos días o semanas en urgencia en un asiento sin cama y sin diagnóstico”.*

*que para adultos que no pueden viajar solos por su enfermedad?*

(xi) Problemas con el BDUA y portabilidad: estos inconvenientes se presentan porque el usuario (a) no se encuentra activo en la BDUA, y por tal motivo no es atendido; (b) a pesar de solicitar la portabilidad no lo activan en la otra ciudad.

21. Posteriormente, mediante auto de 17 de enero de 2021, la Sala Especial de Seguimiento emitió un nuevo cuestionario con el fin de actualizar la información recogida con el auto de 11 de septiembre de 2021.

21.1. El Ministerio de Salud<sup>174</sup> indicó que carece de datos ciertos sobre el tiempo que transcurre desde que el paciente ingresa al servicio de urgencias y es valorado en el *triage*, así como desde que es clasificado en un *triage* y recibe la atención correspondiente, al no ser una medición que le corresponda realizar a esa cartera ministerial. Respecto de las acciones implementadas para fijar plazos de atención de citas con especialistas, aseguró que actualmente está enfocado en la alta demanda de responsabilidades emanadas de la pandemia por el Covid-19.

Sobre la medición de los tiempos de espera para recibir la atención en urgencia, medicina general, odontología general y demás especialidades médicas a las que se les hace seguimiento; aseveró que desde 2019 se presenta una mejora en urgencias, donde en el primer semestre se relacionó un tiempo promedio de 25,6 minutos de espera, en contraste con los valores observados en 2018, que registraron más de 50 minutos. Precisó que la última medición correspondiente al tercer trimestre del 2021, el indicador fue de 26,02 minutos de espera.

En términos similares el indicador de oportunidad para citas de medicina general mostró avances respecto del primer trimestre del año 2020. Luego de tener promedios de espera de 5,37 días en el mismo periodo de 2021, en los dos trimestres siguientes se obtuvo un valor de 3,43 y 3,72 días. Mientras que, frente a las citas de odontología general se presentó aumento en el primer trimestre del 2020. No obstante, señaló que ello obedeció a las restricciones en la oferta de servicios, generada por la pandemia del Covid-19, pues para el segundo y tercer trimestre de dicha anualidad, los tiempos disminuyeron dada la apertura gradual de sectores. Nuevamente, para el cuarto trimestre del 2020, y los tres primeros trimestres del 2021, los tiempos promedio se vieron afectados por la dinámica de la pandemia. Por último, sobre el tiempo promedio de espera para la asignación de cita de especialidades, la de mayor promedio para los últimos tres años ha sido medicina interna con 12,4 días. En contraste, las especialidades con menor tiempo de espera del 2018 al 2020 fueron obstetricia, seguido de pediatría para el año 2021.

Afirmó que en lo referente a intervenciones quirúrgicas, la cirugía de catarata tuvo una reducción en 2021, mientras que para la cirugía de reemplazo de cadera, no hay una tendencia notable. El tiempo de espera para cirugía de revascularización tampoco permite establecer una predisposición clara en las últimas mediciones. Por su parte, el tiempo de espera para la toma de radiografías parece registrar un leve aumento en

---

<sup>174</sup> Informe electrónico recibido en la Sala Especial el 11 de marzo de 2022.

los últimos periodos de medición. Los indicadores asociados a resonancia magnética nuclear y cita de pediatría muestran aumento y reducción, respectivamente. Finalmente, señaló que los tiempos de oportunidad en obstetricia y cirugía general revelan un ligero aumento y una leve caída en los últimos periodos de reporte.

21.2. La Superintendencia de Salud<sup>175</sup> informó que ha concluido siete investigaciones contra EPS y lleva otras veintiocho en curso por incumplimiento con el sistema de agendas abiertas para la asignación de cita de medicina especializada desde 2018 hasta el 2022. En concreto, las investigaciones se han iniciado a 11 EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, siendo Medimás EPS<sup>176</sup> la entidad promotora más investigada, con 6 procedimientos abiertos y 1 ejecutoriado.

21.3. La Defensoría del Pueblo indicó que dentro del periodo comprendido entre el tercer trimestre de 2020 y cuarto trimestre de 2021 los principales motivos de reclamos continuaron siendo la inoportuna prestación médico asistencial en los servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización, así como la interrupción en entrega de medicamentos y falta de continuidad de tratamientos. Agregó que en relación con el mecanismo de portabilidad las principales dificultades a las que se enfrentan los usuarios son la demora en la resolución de las solicitudes de portabilidad y la falta de acceso a servicios de salud de forma integral.

Por otra parte, en materia de atención y acceso a los servicios de salud de las personas privadas de la libertad, puntualizó que los problemas más recurrentes se centran en limitar la atención básica como especializada, en específico para suplir enfermedades crónicas, transmisibles y no transmisibles, enfermedades catastróficas y de alto costo.

21.4. Acemi<sup>177</sup> en respuesta al requerimiento realizado, hizo referencia a los resultados generales de la evaluación de servicios de salud para el año 2021. Destacó entre otros, que al 70% de los usuarios a los que se les formularon medicamentos en los últimos 6 meses y el 80% recibieron su totalidad en la primera entrega. El 8% de quienes no los recibieron por completo, los compraron por su cuenta. Además, la oportunidad para acudir a citas de medicina general está por fuera de la meta de 3 días, las especialidades primarias presentan una mediana de 15 días y la oportunidad mediana para acceder a cita de obstetricia control de embarazo de un día representa un avance a resaltar.

Para el monitoreo en urgencias del tiempo de espera de los pacientes categorizados en urgencias precisó que no conoce un reporte oficial que dé cuenta del tiempo de espera de los pacientes desde que ingresan a urgencias hasta que son valorados en el *triage*. Resaltó que para diciembre de 2021, de las EPS consultadas<sup>178</sup> el promedio en atención después de ser clasificado en *triage* II es de 30 minutos, indicador que con corte al tercer trimestre de 2021 se encontraba en 26,02 minutos en promedio.

---

<sup>175</sup> Informe electrónico recibido en la Sala el 17 de febrero de 2022.

<sup>176</sup> Mediante la Resolución 202232000000864-6 del 8 de marzo de 2022, la Superintendencia de Salud ordenó la liquidación de Medimás EPS.

<sup>177</sup> Informe electrónico recibido en la Sala el 17 de febrero de 2022.

<sup>178</sup> Comfenalco Valle y Salud Total.

21.5. La Asociación Pacientes Alto Costo<sup>179</sup>, expresó que durante el año 2021 recibió 1047 quejas. No obstante, el 24,7% de esas quejas fueron presentadas frente a la “*continuidad de tratamiento en la misma IPS o cambio de IPS*” contra la EPS Capital Salud, que cambió arbitrariamente a pacientes de cáncer en pleno tratamiento del Instituto Nacional de Cáncer a otras IPS de menor capacidad. La segunda causa encontrada fueron las autorizaciones, con el 17,3% de las quejas, donde el tiempo medio para obtenerlas osciló de 3 a 50 días. La tercera queja más común fue la falta de entrega de medicamentos con un 16,2% del total de quejas presentadas.

Aseveró que la demora en la atención se volvió un factor crítico desde la pandemia del Covid-19, pues se ha dejado de atender las demás patologías diferentes al Covid con la misma oportunidad y calidad.

21.6. El Observatorio Nacional de Enfermedades Huérfanas<sup>180</sup> comunicó que en lo concerniente a las citas de medicina especializada persisten las barreras para los pacientes con enfermedades huérfanas, pues en varios casos se ha evidenciado disponibilidad de agenda entre 2 y hasta 6 meses. En lo referente a la práctica de exámenes y otros procedimientos necesarios para el diagnóstico, existe dificultad con las autorizaciones que no son generadas de manera oportuna o que no se pueden agendar porque en algunos casos la EPS no cuenta con un prestador contratado para garantizar el acceso exámenes especializados y de diagnóstico. Añadió que la entrega de medicamentos es uno de los obstáculos más frecuentes para los pacientes con diagnósticos de enfermedades huérfanas, que en su mayoría requieren tratamientos de alto costo los cuales son suministrados de manera discontinua.

### **Asuntos especiales**

22. A la Sala Especial, en desarrollo del seguimiento a la sentencia T-760 de 2008, le han puesto de presente situaciones particulares respecto de algunas EPS, así como de una prestadora en particular que, reflejan problemas en el acceso oportuno, las cuales se mencionarán a continuación:

#### ***Caso focalizado del Hospital Departamental San Francisco de Asís, nivel II de atención***

22.1. La Defensoría del Pueblo mediante escrito presentado el 15 de septiembre de 2014 indicó que los usuarios del sistema de salud en el Departamento del Chocó-Hospital Departamental San Francisco de Asís presentaban varios inconvenientes que afectaba el acceso a los servicios de salud como ausencia de contratos vigentes para algunas especialidades, falta de ambulancias medicalizadas, insuficiencia de medicamentos, ausencia de pago de salarios de profesionales de planta, negación de autorización de traslado de pacientes accidentados, entre otros inconvenientes.

Debido a lo anterior, la Corte decretó varias pruebas, entre esas una inspección

---

<sup>179</sup> Informe electrónico recibido en la Sala el 16 de febrero de 2022.

<sup>180</sup> Informe electrónico recibido en la Sala el 17 de febrero de 2022.

judicial, en la que constató que existía un deterioro en la planta física del hospital, falta de especialistas, entre otros. Con posterioridad se llevó a cabo una sesión técnica y mediante auto 413 de 2015, en el marco del seguimiento a las órdenes 16 y 29 de la sentencia T-760 de 2008 focalizó el seguimiento respecto del sistema de salud del Choco, en especial en el Hospital San Francisco de Asís. A partir de ese momento ha proferido diferentes autos de valoración<sup>181</sup> en los cuales ha reiterado la persistencia de la problemática que dio origen a la focalización y el cumplimiento bajo de las diferentes órdenes proferidas con el propósito de garantizar a la población chocoana el acceso a los servicios de salud de II nivel de atención en condiciones de oportunidad y calidad.

### ***Saludcoop***

La Sala Especial de Seguimiento en el marco de la orden vigésima recibió varias denuncias<sup>182</sup> por presuntas irregularidades en la actividad de Saludcoop EPS, entre esas, la baja calidad en la atención en salud; en razón de ello profirió el auto el auto 089 de 2014 a través del cual ordenó al MSPS y a la Supersalud la presentación de un informe sobre las dificultades en la operación de Saludcoop y los resultados concretos de las medidas gubernamentales para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud a los usuarios de dicha EPS.

Con posterioridad a dicha providencia se presentaron nuevos reparos, pero no solo frente a los servicios prestados por la EPS Saludcoop sino también respecto de la totalidad del Grupo Saludcoop, del cual hacían parte la EPS Cafesalud y Cruz Blanca. Así mismo, esta Corporación en varias providencias decretó pruebas y en auto de 205 de 2016 dispuso un conjunto de medidas tendientes a garantizar la continuidad, el acceso y la oportunidad del servicio de salud en el marco de liquidación de la EPS Saludcoop, entre otras cosas.

### ***Caprecom***

23. El 19 de octubre de 2015<sup>183</sup> el Defensor del Pueblo allegó escrito ante la Corte, en el que puso de presente la problemática suscitada a partir del anuncio emitido por el Ministerio de la inminente liquidación de la EPS-Caprecom. Plasmó, que el 5 de octubre de 2015 presentó escrito ante el Superintendente de Salud con copia al Ministerio de Salud, por medio del cual solicitó información relacionada sobre las medidas adoptadas por la Superintendencia, para garantizar el derecho fundamental a la salud de los afiliados de la EPS Caprecom, sin que recibiera ninguna respuesta por parte de la Supersalud.

24. El 5 de noviembre de 2015<sup>184</sup> la Defensoría del Pueblo aportó un informe de la situación que atravesaba la EPS Caprecom, en el que argumentó que con ocasión al pronunciamiento del Ministerio<sup>185</sup> sobre la inminente y gradual liquidación de la EPS

---

<sup>181</sup> Autos 056 de 2016, 314 de 2016, 282 de 2016, 039 de 2017 y 110 de 2021.

<sup>182</sup> En escritos presentados el 12 de febrero de 2012, 25 de febrero de 2014 y 10 de marzo de 2014.

<sup>183</sup> Cfr. AZ Caprecom, folio 15.

<sup>184</sup> Cfr. AZ Caprecom, folio 18.

<sup>185</sup> Ante medios de comunicación y ante el congreso de la República.

Caprecom, se generó una situación de “pánico” entre los diferentes actores del sistema, produciendo un quebrantamiento recurrente y sistemático a nivel nacional del derecho a la salud de los afiliados a esta EPS.

25. Mediante oficio de 9 de septiembre de 2015 la presidencia de la Corte remitió a la Sala Especial de Seguimiento solicitud firmada por la subdirectora jurídica (e) de Caprecom, a través del cual solicitó que se declarara un estado de cosas inconstitucionales en relación con el sistema administrativo y financiero de la entidad. En el escrito suscrito por la Subdirectora de Caprecom señaló que se presentó una falta de liquidez por la aplicación de medidas cautelares de embargo sobre recursos inembargables por lo que se afectó el normal funcionamiento de la entidad, dificultando la prestación de los servicios de salud a su cargo.

26. Teniendo en cuenta las quejas presentadas por la Defensoría y la petición de la EPS Caprecom, la Sala Especial de Seguimiento mediante auto 552A de 2015 ordenó a la Superintendencia que diera respuesta a la petición presentada por la Defensoría y que diseñara una estrategia de atención inmediata que permitiera satisfacer las necesidades de atención en salud de la población penitenciaria y carcelaria en el país acorde a los principios de universalidad, oportunidad, continuidad, eficiencia y equidad, así como que informara a la comunidad en general la situación jurídica presentada por la EPS-S Caprecom y adoptara las medidas indispensables para garantizar el flujo de recursos y el pago de las acreencias adeudadas.

En dicha providencia igualmente dio directrices al Ministerio que consistían en presentar informes periódicos la comunidad de usuarios y a los organismos de control sobre el estado en que se encontraba el proceso de intervención de Caprecom y las estrategias desarrolladas para superar las deficiencias descritas por la Defensoría del Pueblo y la propia EPS-S.

Igualmente dio traslado a la Procuraduría General de la Nación y al Consejo Superior de la Judicatura de las denuncias presentadas por la EPS –S Caprecom para que adelantara la vigilancia y control sobre las decisiones que decretaron el embargo de las cuentas.

Por último, dio traslado a la Supersalud, Procuraduría, Contraloría y Fiscalía para que iniciara las actuaciones correspondientes en relación con las presuntas faltas administrativas, disciplinarias, fiscales y/o penales por las irregularidades y prácticas defraudatorias, malversación de recursos, dilapidación de fondos, sobrecostos en medicamentos y corrupción que llevaron a la situación presentada por Caprecom.

### **Valoraciones de las órdenes decimoséptima a vigésimo tercera impartidas en la sentencia T-760 de 2008**

27. La Sala de seguimiento a lo largo de los últimos años ha valorado cada una de las órdenes contenidas en los numerales del 17 al 23 de la parte resolutive de la sentencia T-760 de 2008. A continuación, la Sala mencionará dichas valoraciones. No obstante, el detalle de lo evidenciado en las providencias, esto es las fallas encontradas, así como las medidas y la superación de la barrera se realizará en el

capítulo “*verificación del grado de cumplimiento de las órdenes 17 a 23 conforme los autos de valoración*”.

28. Las órdenes decimoséptima<sup>186</sup> y decimioctava<sup>187</sup> tuvieron como propósito contar con planes de beneficios actualizados integral y periódicamente. Dichos mandatos fueron valorados mediante autos 410 de 2016, 094A de 2020 y 755 de 2021 con nivel de cumplimiento medio, al considerar que, si bien se adoptaron medidas, estas no han sido suficientes para superar la falla. A través de las directrices decimonovena<sup>188</sup> y vigésima<sup>189</sup> la Corte pretendió desincentivar las negaciones e identificar las EPS que más vulneraban el derecho a la salud, por esa razón dispuso la creación de un registro de servicios no autorizados; además consideró necesario contar con datos suficientes para que los usuarios del sistema pudieran conocer las opciones de afiliación y el desempeño de cada una de las instituciones, en función al goce efectivo del derecho a la salud.

<sup>186</sup> “**Décimo séptimo. Ordenar** a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS). Para el cumplimiento de esta orden la Comisión deberá garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud, según lo indicado en el apartado (6.1.1.2.). En dicha revisión integral deberá: (i) definir con claridad cuáles son los servicios de salud que se encuentran incluidos dentro de los planes de beneficios, valorando los criterios de ley así como la jurisprudencia de la Corte Constitucional; (ii) establecer cuáles son los servicios que están excluidos así como aquellos que no se encuentran comprendidos en los planes de beneficios pero que van a ser incluidos gradualmente, indicando cuáles son las metas para la ampliación y las fechas en las que serán cumplidas; (iii) decidir qué servicios pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión, en aras de una mayor protección de los derechos, según las prioridades en materia de salud; y (iv) tener en cuenta, para las decisiones de incluir o excluir un servicio de salud, la sostenibilidad del sistema de salud así como la financiación del plan de beneficios por la UPC y las demás fuentes de financiación.(...)”

<sup>187</sup> “**Décimo octavo. - Ordenar** a la Comisión de Regulación en Salud la actualización de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley. La Comisión presentará un informe anual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación indicando, para el respectivo periodo, (i) qué se incluyó, (ii) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, (iii) cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad, y (iv) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, de salud pública y de sostenibilidad financiera.”

En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada el 1° de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Cuando sea creada la Comisión de Regulación esta deberá asumir el cumplimiento de esta orden y deberá informar a la Corte Constitucional el mecanismo adoptado para la transición entre ambas entidades.”

<sup>188</sup> “**Décimo noveno Ordenar** al Ministerio de la Protección Social<sup>188</sup> 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.”

<sup>189</sup> “**Vigésimo.- 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 estas 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.(...)”

A través de los autos 411 de 2015, 122 de 2019 y 439 de 2021 la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 valoró la orden décima novena con nivel de cumplimiento bajo al no evidenciarse acciones eficaces por parte del Gobierno Nacional para superar la problemática referente a la negación y demora en la entrega de servicios incluidos en el plan de beneficios. No obstante, en el último auto de valoración se estimó que existía un cumplimiento medio en cuanto al componente de remisión de los informes por parte de las EPS, fundado en el hecho de (i) que a partir del tercer trimestre de 2020 el total de las promotoras reportaron los servicios y tecnologías negados y, (ii) que se encontraron situaciones que conllevaron a la Sala a considerar que los avances advertidos no eran sostenibles en el tiempo.

Por medio de auto 591 de 2016 la Sala de Seguimiento valoró la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008, con nivel de cumplimiento medio en cuanto al ranquin de EPS y bajo respecto al ranquin de IPS. Grados de acatamiento que fueron ratificados, en la valoración efectuada a través del auto 358 de 2020.

29. Mediante los mandatos vigésimo primero<sup>190</sup> y vigésimo segundo<sup>191</sup> la Corte buscaba que se unificaran los planes de beneficios entre el régimen contributivo y subsidiado.

Por medio de auto 261 de 2012 la Corte declaró el cumplimiento parcial del mandato vigésimo segundo. En dicha providencia se señaló que, aunque se expidió la normatividad a través de la cual fue unificado los planes de beneficios para toda la población persistían aspectos sin acatar. A través de auto 262 de 2012 la Sala de Seguimiento declaró el incumplimiento parcial de la directriz vigésima primera e impartió la misma orden a la aludida en el párrafo anterior, numeral segundo.

Posteriormente, mediante auto 411 de 2016 declaró el cumplimiento alto de las órdenes específicas impartidas en el numeral segundo del auto 261 de 2012<sup>192</sup>

<sup>190</sup> “**Vigésimo primero. - Ordenar** a la Comisión de Regulación en Salud unificar los planes de beneficios para los niños y las niñas del régimen contributivo y del subsidiado, medida que deberá adoptarse antes del 1 de octubre de 2009 y deberá tener en cuenta los ajustes necesarios a la UPC subsidiada de los niños y las niñas para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura. En caso de que para esa fecha no se hayan adoptado las medidas necesarias para la unificación del plan de beneficios de los niños y las niñas, se entenderá que el plan obligatorio de salud del régimen contributivo cubre a los niños y las niñas del régimen contributivo y del régimen subsidiado. (...)”

<sup>191</sup> “**Vigésimo segundo. - Ordenar** a la Comisión de Regulación en Salud que adopte un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente.

*El programa de unificación deberá adicionalmente (i) prever la definición de mecanismos para racionalizar el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas y sin que se impida el acceso a servicios de salud requeridos e, (ii) identificar los desestímulos para el pago de cotizaciones por parte de los usuarios y (iii) prever la adopción de las medidas necesarias para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen, y que a quienes pasen del régimen subsidiado al régimen contributivo se les garantice que pueden regresar al subsidiado de manera ágil cuando su ingreso disminuya o su situación socioeconómica se deteriore.”*

<sup>192</sup> Las órdenes son las siguientes: “**SEGUNDO. ORDENAR** al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud que, en el término de seis (6) meses, dé cumplimiento a los siguientes requerimientos de la orden vigésimo segunda: 1. Adelante las investigaciones tendientes a evidenciar con qué frecuencia se requiere en nuestro país llevar a cabo los diferentes estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc. 2. Actualice los estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc. 3. Establezca medidas tendientes a racionalizar el



fundada en el hecho de que el Ministerio adoptó medidas conducentes para cumplir las directrices dadas; sin embargo, manifestó que había aspectos que debían ser mejorados.

Mediante auto 109 de 2021, se valoró nuevamente la orden que se calificó con cumplimiento medio, toda vez que no se había (i) corregido las deficiencias en la calidad de la información; (ii) alcanzado la equiparación al 95% de la UPC de ambos regímenes y, (iii) logrado demostrar mediante la regulación expedida, que la definición de la UPC tanto para el contributivo como subsidiado ha alcanzado el nivel de suficiencia necesario para financiar el PBS UPC y que el valor de los techos también sea suficiente para cubrir la prestación de los servicios y tecnologías en salud PBS no UPC.

30. Por medio de la orden vigésima tercera<sup>193</sup> la Corte quiso que el sistema contará con un mecanismo que le permitiera al médico tratante prescribir directamente servicios, distintos a medicamentos, que no hicieran parte del plan de beneficios, por lo que impartió una directriz en ese sentido.

A través de auto 001 de 2017 se declaró el nivel de cumplimiento bajo de la orden vigésima tercera, porque las medidas solo se habían adoptado para el régimen contributivo y no subsidiado, además que, para ese momento, no podía evidenciarse que la falla iba a ser superada.

Mediante auto 092A de 2020 la Sala declaró el nivel de cumplimiento medio del mandato, toda vez que, si bien se creó e implementó el instrumento de prescripción directa para los servicios y tecnologías PBS no UPC, esta no se encontraba habilitada para autorizar servicios y tecnologías expresamente excluidos de financiación de recursos públicos de la salud. Finalmente, en el auto 1191 de 2021, declaró dos niveles de cumplimiento. Así, respecto de la prescripción y autorización de servicios y tecnologías en salud excluidas de financiación con recursos de la salud, falló el nivel de incumplimiento general<sup>194</sup> y para el componente de prescripción y autorización de servicios y tecnologías PBS no UPC, nivel medio.

## II. CONSIDERACIONES

---

*acceso a los servicios de salud, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas y sin que se impida el acceso a servicios de salud requeridos. 4. Reglamente las medidas adoptadas para prevenir y evitar la evasión y elusión en el pago de la cotización obligatoria en salud, especialmente las contenidas en las leyes 1393 de 2010, 1438 y 1450 de 2011. 5. Adopte medidas (a priori) para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen en el SGSSS. 6. Adopte medidas que faciliten el tránsito entre regímenes, para aquellas personas que así lo requieran por la variación de sus ingresos económicos. Para acreditar el cumplimiento de estos presupuestos, deberán remitir un informe bimensual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación, con copia a esta Sala Especial de Seguimiento, en el que se evidencie el avance en cada uno de estos aspectos. El primero de dichos informes deberá allegarse antes del 1 de diciembre de 2012.”*

<sup>193</sup> “**Vigésimo tercero.- Ordenar** a la Comisión de Regulación en Salud que adopte las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente tanto los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud (contributivo o subsidiado), diferente a un medicamento, como los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando estas sean ordenados por el médico tratante.”

<sup>194</sup> El Ministerio de Salud interpuso recurso de reposición frente a la decisión contenida en el literal a) del numeral 3 de la parte resolutoria del auto 1191 de 2021, el cual fue resuelto por la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008.

## Competencia

1. En virtud de las facultades otorgadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional en sesión del 1º de abril de 2009; el artículo 86 de la Constitución Política; y el artículo 27 del Decreto Estatutario 2591 de 1991<sup>195</sup>, esta Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir el presente auto.

## Metodología de la valoración

2. La Corte evaluará el grado de acatamiento de la orden décima sexta de la sentencia T-760 de 2008, en atención a los niveles de cumplimiento que se han establecido paulatinamente, a partir del auto 411 de 2015<sup>196</sup>, con fundamento en el acervo documental que reposa en el expediente, en las intervenciones y páginas web de las entidades gubernamentales y los conceptos de los peritos constitucionales voluntarios.

Para estos efectos, la Sala debe verificar si se adoptaron directrices, normas, planes y herramientas de políticas públicas que tengan como fin dar cumplimiento a la orden 16.

3. La Corte efectuará la valoración conforme a los niveles de cumplimiento que ha desarrollado, prescindiendo del empleo de indicadores cuya ausencia no imposibilita la verificación del goce efectivo de los derechos, como lo ha establecido la jurisprudencia constitucional.<sup>197</sup>

4. Respecto de la metodología para determinar la observancia de las órdenes en el desarrollo de las labores de seguimiento, esta Corte ha indicado que es válida la utilización de niveles que permitan valorar los avances, rezagos o retrocesos en la ejecución y el seguimiento de las políticas públicas.<sup>198</sup>

Lo expuesto, sin perjuicio de que esta Corporación pueda valerse de los indicadores diseñados por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.<sup>199</sup>

<sup>195</sup> “Artículo 27. Cumplimiento del fallo. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirlo sin demora.

*Si no lo hiciera dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes, el juez se dirigirá al superior del responsable y le requerirá para que lo haga cumplir y abra el correspondiente procedimiento disciplinario contra aquél. Pasadas otras cuarenta y ocho horas, ordenará abrir proceso contra el superior que no hubiere procedido conforme a lo ordenado y adoptará directamente todas las medidas para el cabal cumplimiento del mismo. El juez podrá sancionar por desacato al responsable y al superior hasta que cumplan su sentencia.*

*Lo anterior sin perjuicio de la responsabilidad penal del funcionario en su caso.*

*En todo caso, el juez establecerá los demás efectos del fallo para el caso concreto y mantendrá la competencia hasta que esté completamente restablecido el derecho o eliminadas las causas de la amenaza.”*

<sup>196</sup> Proferido el 16 de septiembre de 2015, mediante el cual se efectuó el seguimiento a la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008.

<sup>197</sup> Auto 373 de 2016.

<sup>198</sup> Sentencia. T-388 de 2013; auto 008 de 2009; auto 373 de 2016.

<sup>199</sup> Los indicadores de progreso son una herramienta de medición y monitoreo de cumplimiento del Protocolo de San Salvador que permite evidenciar la concreción progresiva de los derechos sociales, así como de las circunstancias que benefician o restringen la posibilidad de acceso efectivo a los derechos. Estos indicadores contribuyen al proceso de diseño y evaluación de las políticas públicas de los Estados miembros, dirigidas a asegurar el acatamiento de estos derechos. De este modo, los derechos del Protocolo fueron divididos en dos grupos. El primero, incorpora el de la salud, la seguridad social y la educación; el segundo, el derecho al trabajo y los derechos sindicales, el derecho a la

5. Es preciso señalar que el empleo de niveles en el desarrollo del seguimiento que realiza esta Sala Especial no es óbice para que el Ministerio de Salud diseñe unos indicadores que contribuyan a medir la obediencia y la continuidad de la política pública, particularmente el impacto de esta en el acceso real y efectivo a los servicios de salud.<sup>200</sup>

Con base en las anteriores precisiones, la estructura del análisis y evaluación se desarrollará de la siguiente manera: (i) se examinarán la intervención del juez constitucional en materia de políticas públicas y niveles de cumplimiento; (ii) se precisará el alcance de la orden décima sexta; (iii) se verificará el grado de cumplimiento de las órdenes décima séptima a vigésima tercera conforme los autos de valoración; (iv) se estudiarán y analizarán las medidas tomadas para garantizar el acceso oportuno y eficaz de los servicios y tecnologías en salud en el territorio nacional; (v) se revisará el acceso oportuno y eficaz al servicio de salud en asuntos especiales estudiados por la Sala de Seguimiento, y (vi) se valorará el nivel de cumplimiento de la orden décima sexta.

### **Intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas y niveles de cumplimiento<sup>201</sup>**

6. Conforme al artículo 2º del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales<sup>202</sup>, los Estados parte deben desplegar acciones tendientes a lograr la efectividad plena de los derechos reconocidos en tal compromiso.

El seguimiento que la Sala Especial realiza al acatamiento de los mandatos contenidos en la sentencia T-760 de 2008 tiene fundamento en la persistencia de afectaciones sobre el goce efectivo del derecho a la salud, además se desarrolla respetando las competencias gubernamentales de manera que, lejos de interferir en el diseño de las políticas públicas en el sector, busca generar de forma constructiva soluciones oportunas y eficaces para la superación definitiva del déficit en este

---

alimentación adecuada, al medio ambiente sano y a los beneficios de la cultura.  
[https://www.oas.org/en/sedi/pub/indicadores\\_progreso.pdf](https://www.oas.org/en/sedi/pub/indicadores_progreso.pdf)

<sup>200</sup> Auto 373 de 2016. En el auto 266 de 2017 se lee: *Con relación a este último aspecto, es preciso advertir que la Corte Constitucional desde la misma sentencia T-025 de 2004 ‘señaló la ausencia de indicadores y mecanismos de seguimiento y evaluación como uno de los problemas más protuberantes de la política de atención a la población desplazada’ [Sentencia T-025 de 2004. Fundamento jurídico 6.3.1.]. A pesar de ello, y de las diferentes órdenes dictadas por esta Corporación para superar este vacío [Autos 185 de 2004, 178 de 2005, 218 de 2006, 266 de 2006, 118 de 2008 y 373 de 2016], actualmente no existe una batería de indicadores completa que permita evaluar el cumplimiento y la continuidad de la política pública dispuesta para proteger los derechos de pueblos étnicos ni detectar los errores y obstáculos de su diseño e implementación con el fin de adoptar decisiones encaminadas a superar dichas fallas.*

<sup>201</sup> Se reitera el acápite que sobre la materia contiene el auto 122 de 2019.

<sup>202</sup> “Artículo 2: 1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

2. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncia, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

3. Los países en desarrollo, teniendo debidamente en cuenta los derechos humanos y su economía nacional, podrán determinar en qué medida garantizarán los derechos económicos reconocidos en el presente Pacto a personas que no sean nacionales suyos.”

campo<sup>203</sup>. Por lo tanto, en desarrollo de esa función, la Corte podrá acudir a diversos mecanismos como las sesiones técnicas para el vencimiento de obstáculos, solicitudes de informes, valoraciones progresivas de las órdenes e inspecciones judiciales<sup>204</sup>, entre otras<sup>205</sup>.

7. Es importante resaltar que el papel del Tribunal Constitucional se articula con el diseño e implementación de las políticas públicas, a través de una labor abierta y deliberativa al momento de verificar el acatamiento de los mandatos emitidos, para lo que tendrá que calificar las medidas adoptadas y las acciones desarrolladas por las autoridades encargadas. En esas condiciones, las valoraciones de las directrices se efectuarán de manera general y específicamente sobre cada uno de sus elementos constitucionalmente significativos.

8. Es necesario precisar que este Tribunal ha valorado el cumplimiento de la mayoría de las órdenes generales durante los catorce años que han transcurrido desde la expedición del fallo estructural<sup>206</sup>. No obstante, el tiempo que ha acontecido a partir del momento en que fueron emitidas, exigen que su verificación y valoración se muestre más dinámico y refleje el contexto social en que se desenvuelve el sistema de salud en Colombia, haciendo más riguroso el seguimiento jurisdiccional para evitar que las providencias de la Corte no se cumplan. Ello sin desconocer los avances significativos que paulatinamente se han registrado en el goce efectivo del derecho a la salud a través de las medidas gubernamentales adoptadas e implementadas.

9. De esta manera, el estudio de los actos acreditados por el Gobierno Nacional conlleva a que los logros conseguidos se midan no solo por la expedición del acto normativo, sino también desde la evidencia social y la materialización de los mismos, siempre en la búsqueda de la satisfacción efectiva de las necesidades de los usuarios del sistema de salud.<sup>207</sup> Así, esta Sala de Seguimiento valora el cumplimiento material de las órdenes impartidas en la sentencia T-760 de 2008, partiendo de la verificación del avance en el goce efectivo de los derechos de los usuarios del SGSSS, para evitar que el cumplimiento sea únicamente formal.

10. De conformidad con lo anterior, el cumplimiento se analizará atendiendo principalmente tres puntos: las medidas, los resultados y los avances.<sup>208</sup>

La valoración inicia con la verificación del primer aspecto, a fin de determinar si son conducentes para la superación de la falla estructural, y con base en ello, declarar un

---

<sup>203</sup> La sentencia T-080 de 2018 señaló que: “*El rol del juez constitucional, sin embargo, no debe ser pasivo. En efecto, ante un legislador y una administración inoperantes en materia de derechos sociales fundamentales, el juez está llamado a actuar como garante de los derechos constitucionales. Más aún, si se trata de derechos sociales llamados a satisfacer necesidades básicas radicales o sus titulares son personas en situación de vulnerabilidad, el margen de configuración y acción de los órganos competentes en esta materia se ve reducido y, por consiguiente, los deberes y facultades del juez constitucional, son correlativamente ampliados*”.

<sup>204</sup> Cfr. autos 186 y 549 de 2018, 122, 122A y 140 de 2019.

<sup>205</sup> Ib.

<sup>206</sup> La sentencia T-760 fue proferida el 31 de julio de 2008.

<sup>207</sup> Cfr. auto 186 de 2019.

<sup>208</sup> Auto 411 de 2015.

nivel de cumplimiento<sup>209</sup>, que puede ser bajo, medio, alto, general o incluso incumplimiento general.

11. A grandes rasgos, puede decirse que este último se decreta si, revisado el estado de la orden, se constata que la autoridad obligada no adoptó acciones para superar la falla.

Se califica con cumplimiento bajo cuando los resultados evaluados pongan en evidencia la implementación de medidas por la autoridad obligada y concurra al menos uno de los siguientes supuestos:

(i) que sean inconducentes para cumplir con el mandato estructural, toda vez que no son compatibles con los elementos del mandato, (ii) que sean conducentes para la observancia de la disposición que se examine, por cuanto abordan acciones en relación con los requerimientos de la orden, pese a que la autoridad encargada no acreditó resultados<sup>210</sup>, (iii) aunque sean conducentes y los resultados hayan sido informados a la Sala, no se advierte que existan avances reales<sup>211</sup>, por lo que no es posible calificar el acatamiento con satisfacción del mandato al no evidenciarse que se haya superado la falla y, (iv) las labores desplegadas aun cuando son conducentes concluyen en resultados que solo atienden al aspecto formal y no al material de la orden.

12. El nivel de cumplimiento medio será declarado cuando a pesar de haber ejecutado acciones<sup>212</sup>, las mejoras no sean suficientes sino parciales en la superación de la falla estructural que dio origen a la orden. En estos casos la Sala otorgará un plazo razonable para que la autoridad encargada trabaje en el acatamiento de la orden, al final del cual se verificarán nuevamente las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos.

13. Decretará nivel de cumplimiento alto, cuando: (i) se hayan adoptado las medidas adecuadas para cumplir con el mandato de que se trate; (ii) la autoridad obligada reporte los resultados a la Sala; (iii) se evidencien avances suficientes, progresivos, sostenibles y significativos para el acatamiento del mandato en cuestión y, (iv) la problemática que dio lugar a la orden valorada se pueda superar.

14. Finalmente, si la Corte concluye que las actividades desarrolladas son adecuadas para cumplir con lo dispuesto en el mandato y que sus resultados son suficientes, sostenibles, significativos, progresivos a tal punto que permiten concluir que se superó la falla estructural que dio lugar a la expedición de la orden, calificará con cumplimiento general las actividades llevadas a cabo por la autoridad encargada.

---

<sup>209</sup> Cfr. auto 411 de 2015, reiterados entre otros en los autos 186 y 549 de 2018, 122, 122A, 140 de 2019, 077A, 092A y 094A de 2020.

<sup>210</sup> Entiéndase por *resultado* la materialización de las medidas formales adoptadas por la autoridad obligada en el ámbito de acatamiento de la orden examinada.

<sup>211</sup> Entiéndase por *avance* el efecto de progreso que permita 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.

<sup>212</sup> Aunque el obligado haya implementado medidas conducentes, reportado los resultados y aquellos muestren avances en la ejecución de la política.

Adicionalmente, se espera que el sistema haya recopilado herramientas suficientes para enfrentar circunstancias similares a las que dieron origen a la sentencia T-760 de 2008 y que puedan presentarse en el futuro.

15. Si las entidades obligadas persisten en los niveles bajo, medio o incumplimiento general, la Corte intervendrá para hacer efectivas sus directrices, es decir, obtener avances sostenibles y significativos. En este contexto podrá ejercer un control y seguimiento, tomando decisiones restaurativas, de reemplazo o cualquier otra que pueda estimar apropiada, en la pretensión de una mayor participación democrática y un empoderamiento ciudadano.<sup>213</sup>

16. Sin embargo, cuando una orden sea valorada con incumplimiento, nivel de cumplimiento bajo y medio, el trámite de supervisión puede cesarse si el mandato ha perdido los fundamentos de hecho o de derecho, que le dieron lugar o cuando se haya agotado su vigencia temporal. Es decir, cuando el acatamiento del mandato estaba limitado en el tiempo y debía presentarse en una fecha específica, siempre que se permita determinar con claridad la superación formal y material del motivo que dio lugar a lo ordenado y no continúe produciendo efectos jurídicos, dando lugar a restablecer el goce efectivo del derecho.

17. Cuando se declare nivel de cumplimiento alto, la Sala Especial podrá trasladar la supervisión del acatamiento de la orden a la Procuraduría General de Nación o la Defensoría del Pueblo, mediante la suspensión del seguimiento, para que efectúen la verificación final de la ejecución de la política pública dirigida a la observancia del mandato estructural, mediante la presentación de informes periódicos a la Sala Plena hasta que se cumpla con la totalidad de los supuestos de la orden o este Tribunal reanude el trámite que ha sido suspendido.

18. En el evento de que se decrete el nivel de cumplimiento general cesa el seguimiento por parte de la Corte, con ocasión de que se ha conseguido el resultado pretendido al interior de la orden analizada.

19. Por último, se resalta que en favor de esta labor se cuenta con la Procuraduría General de la Nación, la cual deberá realizar un acompañamiento con enfoque preventivo<sup>214</sup> a las autoridades obligadas en la ejecución de los mandatos, desplegar las actuaciones disciplinarias,<sup>215</sup> disponer de la potestad sin perjuicio de las decisiones que continúe profiriendo la Sala Especial mientras se mantenga el incumplimiento de las disposiciones generales.

---

<sup>213</sup> Cfr. autos 186 y 549 de 2018, 122, 122A y 140 de 2019, 077A, 092A y 094A de 2020.

<sup>214</sup> 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”. Y 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”.

<sup>215</sup> 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.

### Alcance de la orden décima sexta

20. Como se señaló en el acápite de los antecedentes, en la sentencia T-760 de 2008, la Corte evidenció la existencia de una serie de fallas en el SGSSS que impedían el goce efectivo del derecho a la salud, entre esas, inconvenientes relacionados con los planes de beneficios que producían un impacto negativo en el acceso oportuno a los servicios de salud.

21. Advirtió que: (i) había incertidumbre en el contenido de los planes de beneficios, en razón a la falta de certeza de los servicios incluidos, no incluidos y excluidos; (ii) los planes se encontraban desactualizados, toda vez que, las modificaciones efectuadas durante su vigencia no respondían a una actualización integral, que tuviera en cuenta los cambios en la estructura demográfica de la población, las tecnologías disponibles en el país, el perfil epidemiológico y las condiciones financieras del sistema; (iii) existía una desigualdad entre el PBS del régimen subsidiado y el del contributivo; (iv) el sistema carecía de un procedimiento tendiente al suministro de los servicios no incluidos en el entonces POS diferentes a medicamentos, así como de los explícitamente excluidos y, (v) las EPS en forma recurrente y generalizada negaban el acceso a los servicios de salud que hacían parte del plan de beneficios.

22. En razón a la anterior problemática, en el numeral décimo sexto de la parte resolutive dispuso:

*“[a]doptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente, (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud. Esta regulación también deberá (i) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales. Para dar cumplimiento a esta orden, se adoptarán por lo menos las medidas relacionadas en los numerales décimo séptimo a vigésimo tercero”.*

23. Al revisar el anterior mandato, se observa que con la directriz decimosexta la Corte abarcó de manera general, las acciones pertinentes para garantizar el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud. Este tribunal planteó como necesidad principal el “*superar las fallas de regulación en los planes de beneficios*” y para ello identificó dos propósitos que fueron desarrollados en el auto del 13 de julio de 2009<sup>216</sup>.

---

<sup>216</sup> Al respecto, la Corte señaló que, “[e]sta orden, como se observa, tiene dos dimensiones normativas de las cuales se derivan dos consecuencias genéricas: la primera es constituir un exordio de las principales medidas adoptadas por el Tribunal Constitucional para hacerle frente a las fallas de regulación identificadas dentro del sistema de seguridad social en salud, adoptadas en las órdenes 17 a 23. La segunda, es que por sí sola, esto es, de forma autónoma, constituye una de las obligaciones que deben ser satisfechas por parte del Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, aunque en la misma no establezca un espacio temporal en concreto”.

23.1 El primero, “*asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente, (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud*”.

De ahí que se englobe en un mismo grupo, la actualización y unificación de los planes de beneficios<sup>217</sup>, la falta de un procedimiento que permita a los profesionales de salud prescribir en forma directa tecnologías distintas a medicamentos que no hacen parte del PBS<sup>218</sup>, y la negación sistemática de servicios incluidos en el PBS<sup>219</sup>; directrices subsumidas en los primeros cuatro ordinales de la orden décimo sexta, y desarrolladas en las órdenes décimo séptima a la vigésimo tercera, que buscan precisamente que los usuarios del sistema reciban una atención pronta y sin dilación.

23.2 El segundo, a través de la eliminación de cualquier barrera que impida la garantía al acceso a los servicios de salud. Dictamen que se sintetiza en los últimos dos ordinales de la orden dieciséis, relacionados con la “*desincentivación*” por parte las EPS y las entidades territoriales de la negación de los servicios de salud a los que tienen derecho los usuarios. En efecto la Corte añade: “*Esta regulación también deberá (i) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales*”.

24. En concordancia con lo expuesto, en esta valoración la Sala Especial se ocupará, por una parte, de verificar conforme a los autos de valoración de las órdenes 17 a la 23, los avances obtenidos en la superación de las siguientes problemáticas: (i) incertidumbre de los servicios que hacen parte del plan de beneficios; (ii) desactualización de los planes de beneficios; (iii) falta de unificación de los planes de beneficios en el régimen contributivo y subsidiado y (iv) negación de los servicios PBS.

25. Asimismo, con el fin de constatar si persisten otras fallas en la regulación en los planes de beneficio, también estudiará las medidas adoptadas por el rector de la política pública, tendientes a garantizar a todas las personas el acceso oportuno y efectivo en la atención en salud, para lo cual confirmará los mencionados aspectos en la prestación de los servicios de urgencias, las consultas de medicina general, odontología general y medicina especializada; así como los exámenes de laboratorio, imagenología, y otros procedimientos necesarios para el diagnóstico, que se encuentran incluidos en el PBS. Lo anterior, lo revisará de manera global, al tener en cuenta, como muestras, los asuntos especiales estudiados en el seguimiento de esta orden y otros relevantes que denoten la afectación en el servicio de salud.

De esta forma, la Sala podrá identificar, el avance en la superación de las barreras de acceso, que de acuerdo con lo analizado en la sentencia T-760 de 2008, restringían el goce efectivo del derecho a la salud.

---

<sup>217</sup> Asunto del que se ocupan las órdenes 17, 18, 21 y 22.

<sup>218</sup> Recogido en la orden 23.

<sup>219</sup> Contenido en las órdenes 19 y 20.



26. En relación con lo descrito, es preciso señalar que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12 estableció que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y los Estados deben crear condiciones que aseguren a todos la asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad, la cual de acuerdo con la Observación General N.º 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), incluye “*el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación*”.

27. La anterior observación consideró la salud como una prerrogativa fundamental indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, que debe entenderse como la posibilidad de disfrutar de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para lograr el más alto nivel posible de salud. Conforme a ella, el derecho fundamental a la salud abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados, que son la disponibilidad<sup>220</sup>, accesibilidad<sup>221</sup>, aceptabilidad<sup>222</sup> y calidad<sup>223</sup>. La misma observación estableció que el derecho a la salud impone tres tipos de obligaciones a los Estados: (i) respetar<sup>224</sup>; (ii) proteger<sup>225</sup> y, (iii) cumplir<sup>226</sup>.

28. La Ley 1438 de 2011 en su artículo 61 indicó que las EPS deben garantizar a sus afiliados servicios de salud de forma continua, coordinada, integral y eficiente, con oportunidad, calidad y portabilidad por medio de sus redes.

<sup>220</sup> Consiste en que el Estado debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios, centros y programas de atención en salud, que comprende condiciones sanitarias adecuadas y personal médico y profesional capacitado y bien remunerado. La sentencia SU 124 de 2018 al referirse a este principio indica que: “*en el sentido de que el Estado garantice la existencia de servicios, tecnologías e instituciones que presten dicho servicio, así como programas de salud, personal médico y profesional competente*”.

<sup>221</sup> Está relacionada a que los establecimientos, servicios y bienes de salud “deben ser accesibles a todos” sin discriminación. Este elemento enmarca cuatro dimensiones: *no discriminación*, *accesibilidad física*, *accesibilidad económica* y *acceso a la información*. La *no discriminación* reside, en que deben ser “accesibles, de hecho y de derecho” a los sectores más vulnerables y marginados de la población; la *accesibilidad física* se refiere a que tienen que estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población; la *accesibilidad económica* alude a que los pagos por servicios de atención en salud se base en el principio de la equidad a fin de asegurar que estén al alcance de todos, y; el *acceso a la información* comprende el derecho de solicitar, recibir datos acerca de cuestiones relacionadas con la salud.

<sup>222</sup> Hace alusión a que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados. La sentencia C-313 de 2014 enfatizó que este elemento es esencial del derecho fundamental a la salud “*que realiza la dimensión de la autonomía de las personas como portadoras de una identidad cultural, unas convicciones y una cosmovisión*”. La sentencia SU 124 de 2018 indicó que: “*los agentes del sistema deben respetar la ética médica y la diversidad cultural de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, para lo cual están en la obligación de permitir su participación en las decisiones del sistema de salud que les afecten y responder a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida*.” (Las negrillas se encuentran dentro del texto).

<sup>223</sup> Corresponde a tener centros adecuados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, para ello se requiere de personal de la salud capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado. La sentencia SU 124 de 2018 al referirse a este principio expresó que: “*el servicio está focalizado en el usuario, por lo que debe responder desde el punto de vista médico y técnico a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas*.”

<sup>224</sup> Consiste en abstenerse de denegar o limitar el acceso a las tecnologías de salud preventiva, curativas o paliativas a todas las personas, en las que se incluyen la población privada de la libertad, las minorías, lo inmigrantes ilegales o solicitantes de asilos.

<sup>225</sup> Los Estados tienen el deber de adoptar medidas de carácter legislativos, administrativo, presupuestal y judicial para dar plena efectividad al derecho a la salud, “*velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud*”.

<sup>226</sup> El Estado deber reconocer el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos, garantizar la atención de la salud y propender por la formación de personal médico, de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud distribuidos en forma equitativa a lo largo del país.

29. Por su parte la Ley 1751 de 2015<sup>227</sup> catalogó a la salud como un derecho (i) fundamental; (ii) autónomo; (iii) irrenunciable y, (iv) que comprende el acceso oportuno, efectivo y con calidad de las tecnologías en salud, con el fin de preservar, mejorar y promover tal prerrogativa<sup>228</sup>. Igualmente, dispuso que ese derecho fundamental tiene como elementos esenciales la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional<sup>229</sup> y se encuentra regido bajo los principios de universalidad, pro homine, equidad, continuidad; oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, entre otros<sup>230</sup>.

30. En relación con la oportunidad la Ley 1751 de 2015 indica<sup>231</sup> que las tecnologías y los servicios en salud deben prestarse sin dilaciones. Este principio ha sido abordado por la Corte Constitucional de tiempo atrás en diferentes providencias en el que se ha indicado que el solo retardo injustificado en la prestación puede conllevar a deteriorar y agravar la salud del paciente, entre otras cosas. En sentencia T-881 de 2003 la Corte puntualizó que: *“el hecho de diferir, casi al punto de negar los tratamientos recomendados por médicos adscritos a la misma entidad, coloca en condiciones de riesgo la integridad física y la salud de los pacientes, quienes deben someterse a esperas indefinidas que culminan por distorsionar y diluir el objetivo mismo del tratamiento originalmente indicado”*. Así mismo, en la sentencia T-1111 de 2003, la Corte expresó que: *“la prolongación innecesaria de los trámites administrativos para la realización de un procedimiento médico que alivie los dolores y molestias físicas de una persona, vulnera la dignidad humana y afecta sus derechos a la salud y a la vida digna”* y. en sentencia T-553 de 2006, recalcó que *“la demora injustificada en el diagnóstico y por consiguiente, en la iniciación de un posible tratamiento que logre el restablecimiento de la salud perdida, atenta contra el derecho a la salud”*<sup>232</sup>.

29. En lo tocante con la continuidad del servicio, la Ley Estatutaria en Salud estableció<sup>233</sup> que el mismo no puede ser interrumpido por motivos administrativos o económicos. Por su parte, la Corte ha señalado que la continuidad consiste en la prohibición de suspender el tratamiento y el deber de la promotora de seguir suministrando los servicios hasta que se finalice el procedimiento prescrito<sup>234</sup>.

30. Conforme lo expuesto, y como quiera el derecho a la salud comprende los elementos de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, para determinar el grado de cumplimiento de la orden décima sexta, esta Sala además de verificar la eliminación de barreras que impiden el acceso oportuno y eficaz de los servicios de salud, analizará las medidas adoptas tendientes a garantizar el acceso oportuno y efectivo de los servicios y tecnologías en salud, como se indicó en el capítulo de la

---

<sup>227</sup> Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>228</sup> Artículo 1º y 2º.

<sup>229</sup> Tomados de la observación No. 14 del CDESC.

<sup>230</sup> Artículo 6º.

<sup>231</sup> Literal e, artículo 6º

<sup>232</sup> Ver también sentencias T-531 de 2009, T- 792 de 2012, T-320 de 2013, T-306 de 2016, T-012 de 2020, entre otras.

<sup>233</sup> Literal d ib.

<sup>234</sup> Ver sentencias T-886 de 2012, T-234 de 2013, T-899 de 2014, T-121 de 2015, T-296 de 2016, T-092 de 2018, T-331 de 2018, T-012 de 2020, entre otras.

metodología.

### **Verificación del grado de cumplimiento de las órdenes décima séptima a vigésima tercera conforme los autos de valoración**

La orden décima sexta dispuso que, para determinar el cumplimiento de esta directriz, entre otras cosas, se deben atender los avances en la superación de las barreras de acceso identificadas en la sentencia y que dieron lugar a los mandatos contenidos en numerales 17 a 23 de la parte resolutive de la providencia objeto de seguimiento; toda vez que, para alcanzar el acceso oportuno y eficaz de los servicios, como mínimo deben haber desaparecido los problemas<sup>235</sup> que generaron las órdenes específicas.

A continuación, la Sala se pronunciará respecto del estado de cada uno de ellos.

*(i) Falta de unificación de los planes de beneficios en el régimen contributivo y subsidiado<sup>236</sup>, ordenes vigésimo primera y vigésimo segunda.*

31. La Corte en la sentencia T-760 de 2008 evidenció que no se habían adoptado medidas a fin de superar la desigualdad entre el plan subsidiado y contributivo, situación que consideró inadmisibles y que desconoce el derecho a la salud de las personas beneficiarias del régimen subsidiado; dado que no encontró programas o cronogramas que mostraran un esfuerzo para avanzar en este aspecto. Lo anterior, además de contribuir a la confusión relativa a cuáles eran las prestaciones de salud a las que los usuarios tenían derecho, conllevó a que en la práctica se prolongaran las privaciones y limitaciones a la prerrogativa de la salud de las personas más necesitadas, constituyéndose en una barrera para el acceso en la atención en salud de dicha población.

En virtud de la anterior problemática emitió las órdenes vigésimo primera y vigésimo segunda en las que dispuso unificar los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado para los niños y niñas antes del 1 de octubre de 2009<sup>237</sup>; y para las demás personas, en forma gradual con atención de las prioridades de la población y la sostenibilidad financiera<sup>238</sup>.

32. La Sala Especial valoró la directriz vigésimo segunda, mediante auto 261 de 2012, en esa oportunidad encontró que el Gobierno Nacional unificó los planes de beneficios para toda la población; no obstante, halló que no se habían *(i)* adoptado medidas para racionalizar el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios; *(ii)* evidenciado un avance significativo en la prevención de la evasión y elusión de aportes en salud; *(iii)* implementado acciones tendientes a facilitar el tránsito entre

---

<sup>235</sup> *(i)* Falta de unificación de los planes de beneficios en el régimen contributivo y subsidiado; *(ii)* desactualización de los planes de beneficios *(iii)* incertidumbre de los servicios que hacen parte del plan de beneficios y, *(iv)* negación de los servicios PBS.

<sup>236</sup> Para superar estos problemas se expidió las órdenes 21 y 22.

Para superar  
estos problemas

regímenes<sup>239</sup> y, (iv) acreditado la participación activa de los usuarios y de la comunidad médica en la ejecución del programa y cronograma fijados para la unificación del POS.<sup>240</sup>

33. El auto aludido calificó el cumplimiento parcial del mandato y ordenó (i) al Ministerio de Salud y a la Comisión de Regulación adelantar investigaciones tendientes a evidenciar con qué frecuencia se requería en Colombia llevar a cabo y actualizar los diferentes estudios de cambio en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, entre otras, y, (ii) al Ministerio de Salud, a la cartera de hacienda, a la Comisión de Regulación en Salud y al Departamento Nacional de Planeación elaborar una metodología apropiada con el fin de establecer la suficiencia de la UPC-C y de la UPC-S, fundada en estudios que demostraran contar con la credibilidad y el rigorismo técnico necesario en aras de asegurar que los servicios de salud del PBS unificado puedan prestarse efectiva y oportunamente por las EPS-S; entre otras.

34. A través de auto 262 de 2012 la Sala de Seguimiento puntualizó que con los ajustes efectuados a la UPC-S para los niños y las niñas del régimen subsidiado no se demostró que está fuera suficiente para financiar la ampliación de la cobertura ni tampoco se había evaluado si todos los niños y niñas del régimen subsidiado estaban accediendo en forma oportuna a los servicios de salud cubiertos por el régimen contributivo. Declaró el incumplimiento parcial de la directriz vigésima primera e impartió la misma orden a la que nos referimos en el párrafo anterior, numeral segundo.

35. Posteriormente, en auto 411 de 2016, al estudiar el cumplimiento de las aludidas órdenes y de lo dispuesto en los autos 261 y 262 de 2012, la Sala calificó el nivel de cumplimiento de las órdenes como medio, debido a que si bien se adoptaron medidas conducentes y se mostraron avances<sup>241</sup> en la implementación de la política, tales mejoras no eran suficiente para superar la falla estructural, toda vez que persistían problemáticas sobre: (a) el sistema de información y (b) la suficiencia de la UPC.

(a) Sobre el sistema de información: los datos reportados por las EPS del régimen subsidiado no eran representativos, debido a que no superaban las mallas de validación de calidad; gran parte de la población del régimen subsidiado se encontraba en zonas rurales o dispersas en las que existen dificultades acceso a los servicios de salud, lo que conlleva a una menor frecuencia de uso, por lo que no se estarían considerando las barreras de acceso a los servicios de salud ni las necesidades reales de la población.

---

se expidió las órdenes 21 y 22.  
ad económica de los usuarios.

<sup>240</sup> Por consiguiente, decretó el cumplimiento parcial del ordinal vigésimo segundo y le ordenó al Ministerio de Salud y a la CRES: (i) adelantar las investigaciones tendientes a evidenciar con qué frecuencia se requiere en nuestro país llevar a cabo los diferentes estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc.; (ii) actualizar los estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc.; (iii) establecer las medidas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios de salud; (iv) reglamentar las medidas adoptadas para prevenir y evitar la evasión y elusión en el pago de la cotización obligatoria en salud; (v) adoptar las medidas para estimular que quienes tienen capacidad económica efectivamente coticen al sistema; (vi) tomar directrices para facilitar el tránsito entre regímenes.

<sup>241</sup> Tales como el aumento del valor de la UPC y disminución de la brecha de diferenciación para cada régimen.

(b) En relación con la suficiencia de la UPC estimó que no era posible apreciar la incidencia negativa que sobre la prestación de los servicios de salud tenían la liquidación de las EPS que salieron del sistema, ni las consecuencias generadas por las deudas contraídas y no pagadas por estas entidades; por otro lado, el porcentaje de equiparación de la UPC se había mantenido sin ninguna variación desde el 2013 y no existía certeza del gasto en salud de las EPS y el nexo causal con la insuficiencia de la UPC.

Conforme a lo expuesto, declaró el cumplimiento alto de la orden mencionada en el numeral 2 párrafo 38 y suspendió su seguimiento. Declaró el cumplimiento medio de las demás órdenes emitidas en los autos 261 y 262 de 2012, y ordenó entre otras cosas, (i) adoptar las medidas necesarias y emitir la reglamentación pertinente, para dar solución a las deficiencias del sistema de información, con el fin de que los datos reportados por las EPS del régimen subsidiado sean representativos en la definición de la UPC; (ii) tener en consideración dentro del sistema de información las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades de la población; (iii) solucionar la deficiencia de los datos referente a la frecuencia de uso de las tecnologías en salud por parte de la población del régimen subsidiado; (iv) tomar acciones necesarias para que el porcentaje de equiparación de la UPC aumente el porcentaje de equiparación a la meta del 95% señalada por el Gobierno y, (v) garantizar que la definición de la Unidad de Pago por Capitación para ambos regímenes fuera suficiente para financiar el nuevo plan de beneficios, esto es que cubra todos los servicios y tecnologías no expresamente excluidos.

36. A través de auto 109 de 2021 se ratificó el **cumplimiento medio** de las órdenes y se indicó que la información recogida no ofrece la calidad necesaria para calcular una UPC suficiente, no se ha alcanzado la equiparación al 95% de la UPC de ambos regímenes. A demás, la Sala Especial señaló que debido a que en la actualidad los servicios y tecnologías PBS tiene diferentes fuentes de financiación, el acatamiento del mandato implica que los recursos destinados para la UPC y para los presupuestos máximos deben ser suficientes para sufragar los servicios demandados por los usuarios del sistema en los dos regímenes.

*(ii) Desactualización y ambigüedades en el contenido de los planes de beneficios<sup>242</sup>, ordenes decimoséptima y decimooctava.*

En la sentencia T-760 de 2008, la Corte evidenció la desactualización de los planes de beneficios y falta de certeza de estos, que quebrantaba el derecho a la salud, por cuanto, impedía el acceso oportuno a los servicios a los que los usuarios del sistema tenían derecho. Debido a ello, se emitieron en la parte resolutoria de la sentencia estructural los numerales 17 y 18.

---

<sup>242</sup> Para eliminar esta problemática se emitió las órdenes 17 y 18

La Sala Especial valoró las órdenes, décima séptima<sup>243</sup> y décima octava<sup>244</sup>, a través de los autos 410 de 2016, 094A de 2020 y 755 de 2021.

En la valoración efectuada en el auto 410 de 2016, la Corte en cuanto a la problemática de la desactualización de los planes de beneficios encontró que estos se habían actualizado a través de los acuerdos 003 y 008 de 2009, 028 y 029 de 2011, y las resoluciones 5521 de 2013 y 5592 de 2015. No obstante, evidenció que en este proceso faltó la participación ciudadana. Al analizar la Resolución 5592 de 2015, además, advirtió que no se justificaron las razones del por qué unas tecnologías fueron incluidas y otras no.

También señaló que en virtud de la expedición de la sentencia C-313 de 2014 y la Ley 1751 de 2015, el modelo de los planes de beneficios cambió a implícito, esto es, que todos los servicios y tecnologías se deben considerar incluidos, salvo los expresamente excluidos por Minsalud, previo trámite técnico-científico, participativo y transparente. Para ello, la Ley Estatutaria dispuso que Minsalud debía implementar el mecanismo de exclusiones y desarrollar el instrumento técnico, participativo y transparente para excluir las tecnologías en salud.

En lo atinente con la incertidumbre del contenido de los planes de beneficios la Corte al examinar los acuerdos 008 de 2009 y 029 de 2011, y la Resolución 5521 de 2013 identificó que continuaba la falta de claridad y entendimiento por parte de los agentes del sistema acerca de los servicios que se encontraban incluidos, no incluidos y excluidos expresamente del plan de beneficios. Por otro lado, al evaluar la Resolución 5592 de 2015 esta Corporación evidenció que este acto administrativo definió los servicios incluidos y enunció de manera general y en forma abstracta situaciones que no serían cubiertas por el plan de beneficios, lo que generaba ambigüedad, debido a que el prestador le tocaba definir las tecnologías suprimidas del plan.

Debido a lo anterior valoró con nivel de cumplimiento medio las directrices, décimo séptima y décimo octava y, en consecuencia, ordenó a Minsalud brindar en el próximo proceso de actualización una verdadera garantía que permita a las personas que residan o trabajan en municipios intermedios o pequeños presentar aportes al proceso de actualización de cara al nuevo esquema de exclusiones. Así mismo, advirtió al Ministerio que en el próximo plan de beneficios debería seguir los lineamientos de la Ley Estatutaria en Salud y la sentencia C-313 de 2014 y contar con criterios específicos de exclusión que no llevara a ambigüedades que fueran en detrimento de la efectiva garantía del derecho a la salud.

---

<sup>243</sup> La cual dispuso la actualización de los planes de beneficios en la que se debería “(i) definir con claridad cuáles son los servicios de salud que se encuentran incluidos dentro de los planes de beneficios, valorando los criterios de ley así como la jurisprudencia de la Corte Constitucional; (ii) establecer cuáles son los servicios que están excluidos así como aquellos que no se encuentran comprendidos en los planes de beneficios pero que van a ser incluidos gradualmente, indicando cuáles son las metas para la ampliación y las fechas en las que serán cumplidas; (iii) decidir qué servicios pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión, en aras de una mayor protección de los derechos, según las prioridades en materia de salud; y (iv) tener en cuenta, para las decisiones de incluir o excluir un servicio de salud, la sostenibilidad del sistema de salud así como la financiación del plan de beneficios por la UPC y las demás fuentes de financiación.”

<sup>244</sup> El cual ordenó la actualización anual de los planes de beneficios; sin embargo, el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011 determinó que el PBS tendría que ser renovado por lo menos cada dos (2) años.

37. Mediante auto 094A de 2020 la Sala Especial valoró nuevamente el cumplimiento de estas órdenes. En cuanto a la actualización de los planes de beneficios advirtió que el Ministerio en atención a lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015 expidió la Resolución 330 de 2017<sup>245</sup>, así como las resoluciones 5267 de 2017 y 244 de 2019<sup>246</sup>.

Hizo un análisis del procedimiento técnico científico de exclusiones diseñado en la Resolución 330 de 2017, y pudo evidenciar que este constaba de cuatro fases, así: (i) nominación y priorización; (ii) análisis técnico científico; (iii) consulta a pacientes potencialmente afectados y; (iv) adopción y publicación de las decisiones. En relación con la primera fase advirtió que todos los actores del sistema tenían la posibilidad de postular tecnologías en salud que se encontraban en las causales de exclusión contempladas en el artículo 15 de la Ley 1651 de 2015. En cuanto a la segunda, notó que las intervenciones de este grupo habían sido activas, libres y sin coacciones, y las decisiones eran determinantes para establecer si se pasaba a la siguiente fase; no obstante, observó que las convocatorias se hicieron con poco tiempo de antelación lo que generó dificultades en la intervención. En lo atinente a la tercera etapa, halló barreras que impedían la participación, como el requisito de inscripción previa en la plataforma *Mi Vox-Pópuli*, para intervenir en las reuniones respectivas.

Estudió cada una de las etapas llevadas a cabo para la expedición de las resoluciones 5257 de 2017 y 244 de 2019, y constató que las decisiones adoptadas obedecieron a lo recomendado por el IEST, el grupo de análisis técnico-científico y la consulta a pacientes.

38. En lo atinente a la eliminación de ambigüedades consideró que persistían las zonas grises, toda vez que advirtió:

(i) Que el Ministerio además de definir los servicios excluidos de financiación con recursos públicos de la salud<sup>247</sup>, enlistó aquellos que serían financiados con la UPC<sup>248</sup> situación que generó en los actores del sistema una confusión respecto a cuáles eran los servicios cubiertos o no por el plan de beneficios, y que dio lugar, a la negación expresa y tácita de tecnologías que pese a no estar expresamente excluidas no eran financiadas por la UPC.

(ii) Que en la Resolución 3512 de 2019 la cartera de salud calificó unas tecnologías como excluidas de financiación de recursos públicos de la salud que no fueron sometidas al procedimiento técnico científico y participativo establecido en la Resolución 330 de 2017 y distintas a las determinadas en las resoluciones 5257 de 2017 y 244 de 2019, situación que podía generar negación de servicios no excluidos de financiación conforme a estas dos últimas resoluciones.

---

<sup>245</sup> Mediante el cual adoptó el procedimiento técnico científico y participativo.

<sup>246</sup> A través del cual se estableció el listado de servicios y tecnologías excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

<sup>247</sup> A través de las resoluciones 5257 de 2017 y 244 de 2019.

<sup>248</sup> Por medio de las resoluciones 5269 de 2017, 5857 de 2018 y 3512 de 2019.

39. Conforme a lo anterior, valoró en medio el nivel de cumplimiento y ordenó al Ministerio aclarar a la comunidad en general y en especial a la médica que los servicios no financiados con la UPC y que tampoco se encuentran contemplados en la Resolución 244 de 2019 son tecnologías incluidas en el plan de beneficio; también, dispuso que el Ministerio se abstuviera de utilizar las expresiones PBS y no PBS refiriéndose en el primer caso a tecnologías financiados por la UPC, y en el segundo, a las no financiadas con la UPC, así como considerar como excluidas aquellas que no han sido sometidos previamente al proceso técnico científico o que habiéndose sometido a este, el resultado fue la no exclusión.

40. A través de auto 755 de 2021 la Sala Especial volvió a valorar el cumplimiento las órdenes décima séptima y décima octava, y ratificó el **nivel de acatamiento medio**.

En esa oportunidad, advirtió que se implementaron medidas, debido a que el Ministerio emitió la Resolución 956 de 2020, mediante la cual: (i) ajustó el procedimiento técnico científico y participativo, para definir las tecnologías y servicios que no serán financiados con recursos públicos de la salud y, (ii) le brindó seguridad y transparencia, a la fase de análisis técnico-científico.

Igualmente, halló que se adoptaron acciones materiales, teniendo en cuenta que, se llevaron a cabo la primera y segunda fase del procedimiento previsto en la Resolución 330 de 2017<sup>249</sup>, a fin de actualizar el listado de exclusiones.

Así mismo, encontró que el Ministerio se abstuvo de catalogar como no PBS, las tecnologías no excluidas de financiación con recursos públicos de la salud que tienen una fuente de financiación diferente a la Unidad de Pago por Capitación.

No obstante, la Corte estimó que las mejoras no fueron suficientes para superar la falla estructural, toda vez que: (i) no se probaron actuaciones tendientes a aclarar a la comunidad el concepto de PBS, evidenciándose que persistía la confusión de la comunidad al respecto; (ii) persiste las restricciones en el acceso de los servicios PBS con fuente de financiación distinta a presupuestos máximos y, (iii) encontró falencias en el procedimiento técnico científico de exclusiones.

Además, evidenció retroceso en cuanto a la periodicidad de la actualización del PBS.

*(iii) Medidas para la prescripción directa de servicios y tecnologías diferentes a medicamentos, que no hacen parte del PBS, orden vigesimotercera.*

41. La Sala Especial de Seguimiento valoró el nivel de cumplimiento de la orden vigésima tercera a través de los autos 001 de 2017, 092A de 2020 y 1191 de 2021.

---

<sup>249</sup> “Por la cual se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud y se establecen otras disposiciones”.



42. En el primero, notó que el Ministerio de Salud había expedido la Resolución 1328 de 2016, mediante la cual, los profesionales de la salud podrían prescribir tecnologías no incluidas en el plan de beneficios que estarían inmediatamente autorizadas, así como exclusiones que deberían someterse a la aprobación de las juntas de profesionales. No obstante, advirtió que esa resolución aplicaba solo para el régimen contributivo, dejando por fuera al subsidiado, por lo que estimó que no era de recibo que la población más vulnerable tuviera que seguir acudiendo a los CTC para obtener las tecnologías que no hacían parte del PBS y que requerían y eran necesarios.

Estimó que en ese momento no se podía avizorar que la falla pudiera ser superada puesto que la Resolución 1328 de 2016 llevaba muy poco tiempo de vigencia.

Finalmente, aclaró que el parámetro de análisis de la orden 23 debía cambiar en atención a la Ley 1751 de 2015, que instituyó un régimen de exclusiones, por lo cual este mandato no debería estudiar un procedimiento de autorización directa de servicios no incluidos y explícitamente excluidos, sino que tendría que centrarse en la autorización de los servicios de salud excluidos del nuevo plan de beneficios.

Por lo expuesto, declaró el nivel de cumplimiento bajo frente al mandato vigésimo tercero. Ordenó al Ministerio presentar los resultados de la implementación de la Resolución 1328 de 2016 y crear el procedimiento de prescripción directa para el régimen subsidiado.

43. Mediante auto 092A de 2020 la Sala observó que el Ministerio, a través de las resoluciones 1328 y 5884 de 2016, 1885, 2438 y 3055 de 2018, 1343, 3951 y 737 de 2019, creó e implementó la herramienta “Mi prescripción”<sup>250</sup>, que permite a los profesionales de la salud prescribir, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, de manera directa las tecnologías PBS no financiadas por la UPC. Sin embargo, visualizó que: (i) había desconocimiento en el manejo de la herramienta por parte de los prescriptores, lo que ocasionaba la incursión en errores de manera reiterada y generaba dilación en la autorización, además que los mecanismos de protección colectiva e individual generaba confusión en los profesionales de la salud sobre las coberturas del PBS; (ii) las Juntas de Profesionales de la Salud tenían una semejanza en su funcionamiento con los CTC, lo que producía dilaciones en las autorizaciones de los servicios complementarios y de soporte nutricional; (iii) el formato de contingencia y la anulación de la prescripción se ha convertido en una barrera administrativa; (iv) la mesa de ayuda no contaba con la publicidad requerida debido a que un gran número de profesionales de la salud desconocían su existencia; (v) el listado UNIRS estaba incompleto, y (vi) exige a los prescriptores que previo a ordenar una tecnología PBS no financiada con la UPC, se deben agotar alternativas PBS UPC.

44. De otro lado, halló que esta herramienta no permitía autorizar en forma excepcional servicios, medicamentos, procedimientos e intervenciones formulados por el médico tratante que se encuentren expresamente excluidos de financiación con

---

<sup>250</sup> Mipres.

recursos públicos de la salud, lo que quebrantaba el derecho a la salud de los usuarios, quienes tenían como único mecanismo la acción de tutela.

De acuerdo con lo anterior, declaró el nivel de cumplimiento medio y ordenó al Ministerio adoptar medidas que permitan que a través de Mipres pudieran ser prescritos y autorizados los servicios y tecnologías en salud excluidas de financiación con recurso de la salud, cuando los usuarios del sistema acreditaran los requisitos señalados en la sentencia C-313 de 2014 para que de manera excepcional y en razón de las especiales circunstancias de necesidad de paciente pudieran ser autorizados por la EPS.

45. En la última valoración efectuada, mediante auto 1191 de 2021, la Sala concluyó que la cartera ministerial **incumplió de manera general** la orden emitida en el literal a, ordinal segundo del auto 092A de 2020 referente a la habilitación de Mipres para la prescripción y autorización de servicios y tecnologías en salud excluidas de financiación con recursos de la salud, en los casos excepcionales en que los usuarios así los requieran y acrediten los requisitos establecidos en la sentencia C-313 de 2014. En efecto, no presentó a esta Corporación el cronograma ordenado en el que debía informar la manera en que ejecutaría las acciones tendientes al acatamiento de la directriz.

En relación con la operación del Mipres, la Sala encontró que se tomaron medidas conducentes que facilitaban el acceso al servicio de salud de los usuarios, no obstante, aunque se confirmaron resultados estos no evidenciaron avances significativos. En concreto, la Corte destacó que: *(i)* así como había aumentado la prescripción de servicios y/o tecnologías PBS no UPC, también lo habían hecho las PQRD. Adicionalmente, algunos servicios y/o tecnologías reconocidas como parte del PBS que no se financian con la UPC, aún no se registraban en el aplicativo, por lo que no lograban prescribirse a través de la herramienta. Lo que demostró que, a pesar de los avances, persistían barreras para acceder a los servicios que llevan a los usuarios a acudir a los entes de control o a los jueces constitucionales; *(ii)* si bien se llevaron a cabo capacitaciones para el personal de salud que han permitido la disminución de errores en el uso de la plataforma, la Sala consideró que debían ejercerse en todo el territorio nacional y abarcar la posología e indicación Invima, y además instruir en el Módulo de Dispensador Proveedor; *(iii)* tampoco se percibieron avances significativos en la mesa de ayuda dada la extensión en horas del tiempo de espera para resolver inquietudes; y *(iv)* se restringió la autonomía médica con el aplicativo que obligaba al galeno a tener como primera opción de prescripción los servicios y tecnologías PBS UPC, haciéndolo un prerrequisito para formular aquellos denominados PBS no UPC. Lo señalado, llevó a la Sala a declarar el **nivel de cumplimiento medio** para ese componente.

En consecuencia, le ordenó al gestor de la política pública cumplir con lo ordenado en el literal a) del numeral segundo del auto 92A de 2020, continuar las capacitaciones en todo el territorio nacional para el manejo del Mipres, en las que, además, deberá incluir lo correspondiente al Módulo de Dispensador Proveedor y de posología e indicación Invima. Y realizar las modificaciones pertinentes en la herramienta y mejorar su trazabilidad para que en ella queden registradas, además de

las prescripciones, el número de intentos de prescripción que no pudieron finiquitarse y su causa.

*(iv) Negación sistemática de los servicios PBS, orden decimonovena y vigésima.*

46. Esta Corporación en la sentencia T-760 de 2008 identificó como barreras en el acceso a los servicios de salud *(i)* la demora y *(ii)* la negación de servicios que hacían parte en el plan de beneficios. En esa oportunidad señaló que, conforme al estudio efectuado por la Defensoría del Pueblo sobre la tutela y el derecho a la salud período 2003-2005<sup>251</sup> pudo evidenciar que la mayoría de las acciones de amparo se habían presentado para solicitar el acceso a servicios que estaban incluidos en el plan de beneficios. Además, indicó que esos servicios al ser de aquellos a los que legalmente tenían derecho los usuarios *(i)* deberían ser garantizados sin necesidad de demanda alguna y *(ii)* que el Estado dejaba de proteger la prerrogativa de la salud al permitir “*que la mayoría de violaciones sean claros irrespetos a dicho derecho*”. Razones por las cuales, profirió la orden décima novena encaminada a llevar un registro de servicios negados y la vigésima cuyo objetivo era identificar las EPS que más vulneran el derecho fundamental a la salud.

47. La Sala valoró la orden 19 en dos ocasiones a través de los autos 411 de 2015, 122 de 2019 y 439 de 2021.

48. En el auto 411 de 2015 visualizó que si bien hubo avances formales con la expedición de las resoluciones que regulan el registro de servicios negados, también evidenció que no se podía identificar con claridad las razones por las cuales las EPS y los CTC estaban negando los servicios de salud formulados por el médico tratante. Advirtió que las EPS no seguían autorizando servicios incluidos en el plan de beneficios, sin que se evidenciará una sanción ejemplar a las promotoras por parte de la Superintendencia.

Por estas razones valoró la directriz décima novena con nivel de cumplimiento bajo y ordenó al Ministerio, entre otras, rediseñar el registro de negaciones, así como tomar medidas para evitar la negación de servicios PBS. Así mismo, dispuso que el Ministerio debería obtener la devolución del dinero pagado sin justa causa a las EPS que hubieren negado servicios incluidos en el entonces POS y tomar las acciones tendientes a disminuir a un porcentaje 0,00% la negación por la causa “*servicio es cobertura POS*”. Así mismo, dispuso a la Superintendencia iniciar investigación contra las EPS que no han efectuado los reportes, así como aquellas que negaron servicios, en ese entonces POS.

49. Mediante la valoración efectuada en el auto 122 de 2019, la Sala Especial indicó que el Ministerio no solo debía adoptar acciones tendientes a evitar la negación expresa de servicios sino también para garantizar que los servicios y tecnologías sean suministrados de manera oportuna, por lo que clarificó que el registro ordenado en la directriz décima novena no debería estar diseñado solo para

---

<sup>251</sup> 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.

diligenciar las negaciones expresas de servicios, sino también las tácitas por falta de oportunidad en su dispensación.

Estimó que, en relación con el régimen subsidiado, si bien el Ministerio expidió resoluciones que tuvieron como finalidad establecer el procedimiento para el reporte de información de los servicios y tecnologías no autorizadas, encontró que el mismo tenía ciertas falencias, además que no permitía determinar los servicios que fueron autorizados y no suministrados. En cuanto al régimen contributivo, observó que no existían medidas adoptadas y vigentes para ese momento, que regularan el registro de negaciones para dicho régimen, toda vez que con la entrada en vigencia de la herramienta Mipres en el régimen contributivo se dejaron de recolectar datos relativos a las negaciones de servicios.

Por otro lado, observó que, se seguían negando servicios incluidos en el plan de beneficios y no se cumplió con la meta establecida en el auto 411 de 2015, estimando que no se habían adoptado medidas tendientes a disminuirlas. Además, avizó que la solicitud de servicios incluidos en el plan de beneficios era de las principales razones por las que los usuarios del sistema interponían acciones de tutela.

También evidenció que no se habían adoptado medidas tendientes a obtener la devolución del dinero pagado sin justa causa.

Por lo anterior, declaró el nivel de cumplimiento bajo y ordenó al Ministerio expedir una nueva normatividad que regule el registro de negaciones tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, que permitiera generar información de las negaciones expresas como de las tecnologías autorizadas y no suministradas en forma oportuna. Igualmente ordenó al Ministerio tomar acciones tendientes a la disminución de la negación, expresa y tácita, de servicios PBS y obtener la devolución del dinero correspondiente a la prima pagada por usuario durante el mes en que sufrió la barrera por negación de los servicios incluidos en el plan de beneficio financiados por la UPC.

50. Mediante auto 093A de 2020, al resolver una solicitud del Ministerio relacionada con la modulación de la directriz de devolución de los dineros dada en el auto 122 de 2019, notó que tal como había ocurrido con el régimen contributivo, en el subsidiado a partir de la implementación del Mipres no se estaba llevando a cabo un registro de servicios negados.

51. Por medio de auto 439 de 2021 valoró una vez más, el cumplimiento de la orden décima novena. En esta oportunidad la Corte evidenció que el Ministerio expidió la Resolución 3539 de 2019 por medio del cual, creó un nuevo registro de negaciones expresas para los regímenes contributivo y subsidiado, medida que consideró conducente para efectos de conocer las tecnologías en salud no autorizadas por las EPS; sin embargo, advirtió que el registro no permitía obtener información sobre los servicios autorizados y no suministrados en forma oportuna.

52. Encontró que el registro de negaciones no contenía todas las causas por las cuales las EPS en forma frecuente y reiterada no autorizaban los servicios. Así

mismo, advirtió que el actual reporte no arrojaba resultados acerca de las negaciones de servicios PBS.

También se pudo advertir que, si bien, a partir del tercer trimestre el total de las EPS reportaron los servicios y tecnologías negados; se encontraron situaciones que no permitían establecer que los avances advertidos eran sostenibles en el tiempo, debido a que el cumplimiento del mandato estaba vinculado directamente con la validación de datos.

Teniendo en cuenta el anterior contexto, la Sala Especial indicó que aun cuando el Ministerio de Salud desplegó acciones referentes al cumplimiento de la orden 19; en ese momento, no se contaba con un informe completo, confiable y de calidad que reflejara la realidad de las negaciones expresas y tácitas para que las autoridades pudieran adoptar medidas eficaces y pertinentes a fin de desestimular y evitar negaciones de los servicios a los que los usuarios del sistema tenían derecho.

En virtud de lo expuesto, la Corte consideró que persistía **el nivel de cumplimiento bajo** de la orden décima novena, con excepción de la remisión de informes que calificó con grado de acatamiento medio.

53. Mediante auto 591 de 2016 la Sala Especial de Seguimiento se dio cuenta que frente al ranquin de EPS el esquema presentado por el Ministerio no permitía determinar las aseguradoras que se encontraban en un rango crítico, o en estado de alarma, aceptabilidad y superioridad. En cuanto al ranquin de IPS, estimó que no se especificaban cuántas y de qué tipo eran las violaciones al derecho a la salud que se presentaban. Debido a lo anterior valoró con nivel de cumplimiento medio el ranquin de EPS y bajo el de IPS e impartió órdenes tendientes a crear un verdadero ranquin.

En el auto 358 de 2020 en cuanto al ranquin EPS, la Sala señaló que no se identificaron las prestadoras que negaban e imponían barreras administrativas en la prestación de servicios ni las que se encontraban en un rango crítico de aceptabilidad y superioridad. Igualmente, no se había creado un instrumento para que los usuarios ejerzan su derecho a la libre elección que goce de información completa, actualizada y clara de las EPS que frecuentemente niegan servicios. En esa medida, reiteró el **nivel de cumplimiento medio** dictado en el auto 591 de 2016.

En lo que concierne al ranquin de IPS concluyó una vez más el **nivel de cumplimiento bajo**. Aunque se adoptaron medidas que evaluaron la oportunidad en la cita de medicina general y de urgencia *triage* II, estas resultaron inconducentes toda vez que de dicho estudio general no fue posible tener datos certeros de la realidad del comportamiento de la totalidad de IPS frente a las prácticas vulneradoras del derecho a la salud.

**Estudio y análisis de las medidas tomadas para garantizar el acceso oportuno y eficaz de los servicios y tecnologías en salud en el territorio nacional**

54. La Observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dispone<sup>252</sup> que la prerrogativa de la salud debe entenderse como un derecho “*al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud*”, el cual comprende<sup>253</sup> el acceso de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, mejoramiento y promoción de la salud. En este sentido, la Corte en aras de establecer el grado de acceso, analizará si los habitantes del país gozan de una atención en salud sin dilaciones. Para ello se ocupará de estudiar (i) la oportunidad, efectividad y eficiencia en la prestación de los servicios; (ii) el impacto de las medidas adoptada en las órdenes 17 a 23 en el acceso; (iii) la existencia de otras barreras que afectan el acceso oportuno y eficaz; (iv) la garantía de portabilidad y, (v) el acceso oportuno a los servicios de salud por parte de algunos grupos poblacionales particulares.

### ***Oportunidad y eficacia en la prestación de los servicios***

55. En este capítulo la Corte analizará la atención en salud en los diferentes servicios y tecnologías necesarios para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con el fin de verificar las fallas de regulación en los planes de beneficio respecto a los servicios de (i) urgencias<sup>254</sup>, (ii) consultas de medicina general<sup>255</sup>, (iii) odontología general<sup>256</sup>, medicina especializada; (iv) exámenes de laboratorio, imagenología, y otros procedimientos necesarios para el diagnóstico, así como (v) la dispensación de medicamentos y otras tecnologías prescritas con el fin de tratar la enfermedad.

56. Para realizar la evaluación de los temas mencionados, la Sala se valdrá de la información allegada por las entidades gubernamentales, peritos constitucionales voluntarios, indicadores y encuestas de calidad, así como informes realizados por entidades, quejas presentadas ante las autoridades, la medición de tutela elaborada por el Ministerio y la Defensoría del Pueblo y la información que reposa en las páginas web del Ministerio y otras entidades.

### ***Acceso a los servicios de urgencia:***

57. La atención a urgencias es uno de los servicios que constituye la puerta de entrada al sistema de salud, por eso, es de suma importancia que el Estado brinde una

<sup>252</sup> Párrafo noveno.

<sup>253</sup> Conforme con el artículo 2 de la Ley Estatutaria en Salud.

<sup>254</sup> De acuerdo con el numeral 5° del artículo 8 de la Resolución 3512 de 1019 se entiende por atención a urgencias “*la modalidad intramural de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad*”.

<sup>255</sup> El numeral 12 ib. define la consulta médica como “*la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia de acuerdo con la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o extramural, según el sitio de realización.*”

<sup>256</sup> El numeral 13 ib. señala que la consulta odontológica es la “*valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, según la temporalidad; general o especializada, de acuerdo con la complejidad; intramural o extramural, según el sitio de realización.*”

verdadera garantía para que su prestación se realice en forma efectiva y con estándares de oportunidad de acuerdo con el nivel de gravedad del paciente.

58. Teniendo en cuenta lo anterior, el Gobierno Nacional implementó<sup>257</sup> un sistema de selección y clasificación de pacientes denominado “*triage*”, y expidió la Resolución 5596 de 2015, por medio del cual determinó los objetivos de éste y dispuso su clasificación.

En esa norma señaló que el propósito del mecanismo era (i) asegurar la valoración ordenada y rápida de los pacientes que ingresaban a urgencia con el fin de determinar los que requerían atención inmediata; (ii) clasificar a los pacientes según su grado de urgencia y, (iii) reducir los riesgos de muerte o agravación de las personas que solicitaban la prestación de este servicio.

Igualmente clasificó el *triage* en I<sup>258</sup>, II<sup>259</sup>, III<sup>260</sup>, IV<sup>261</sup> y V<sup>262</sup>, e incluyó en las dos primeras categorías los casos revestidos de mayor gravedad. Además, estableció que los pacientes clasificados con *triage* I deberían ser atendidos de manera inmediata y los de *triage* II en un tiempo máximo de treinta (30) minutos. En relación con el III, IV y V señaló que las IPS que prestaran servicios de urgencia tendría que definir el tiempo promedio, e informarlo y publicarlo en un lugar visible. También dispuso que el *triage* debe ser efectuado a la llegada del paciente al servicio de urgencia.

59. Así mismo, expidió la Resolución 926 de 2017<sup>263</sup> mediante la cual reglamentó el desarrollo del Sistema de Emergencias Médicas<sup>264</sup>, modelo creado con el fin de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requerían de atención médica de urgencias, en lugares públicos o privados<sup>265</sup>.

El SEM, conforme a la resolución mencionada, se encuentra estructurado por unos órganos de direccionamiento, de coordinación no asistencial y operadores asistenciales.

(i) El Direccionamiento está a cargo del Ministerio con el apoyo del Comité Nacional de Urgencia, como responsable de la orientación del sistema de emergencia.

<sup>257</sup> En el artículo 10 del Decreto 4747 de 2007.

<sup>258</sup> Cuando la condición del paciente representaba un riesgo vital.

<sup>259</sup> En los casos en que el estado del usuario podía evolucionar hacia un rápido deterioro, la muerte o la pérdida de un órgano o miembro.

<sup>260</sup> En los eventos en que el paciente requería medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias.

<sup>261</sup> En aquellos asuntos en que se presentaba condiciones médicas que no tenían un riesgo para la vida o pérdida de un miembro u órgano, sin embargo, la no atención correspondiente podría generar complicaciones en la enfermedad o lesión.

<sup>262</sup> Cuando existía una circunstancia clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometiera la condición general del enfermo y no representara un riesgo evidente para la vida o funcionalidad de un miembro u órgano.

<sup>263</sup> “Por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas”.

<sup>264</sup> En adelante SEM.

<sup>265</sup> Artículo 3º de la Resolución 926 de 2017

(ii) La coordinación no asistencial, se encuentra en cabeza de la entidad territorial a través del CRUE<sup>266</sup>.

(iii) Los operadores no asistenciales son los prestadores de servicios de salud, quienes asumen la responsabilidad de prestar la atención de urgencias “*de manera oportuna, eficiente y con calidad*” a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios.<sup>267</sup>

60. Por otro lado, el Ministerio profirió la Resolución 256 de 2016, mediante la cual estableció indicadores para el monitoreo de la calidad en salud y determinó que las IPS estaban obligadas a realizar un registro de detalle de urgencias *triage* II, en el que se debería reportar, entre otras cosas, la fecha y hora de la clasificación y de la atención.

61. En este sentido, la Sala considera que el Gobierno Nacional al implementar el método *triage*, determinar los tiempos de espera para los casos más prioritarios y establecer un reporte con respecto al *triage* II tomó acciones en aras de que los servicios de urgencia se prestaran con oportunidad en relación con la situación médica de los usuarios.

No obstante, echa de menos la existencia de un registro que mida el tiempo de espera de los pacientes desde que (i) ingresan a urgencia hasta que son valorados en el *triage* y, (ii) se cataloguen con *triage* I<sup>268</sup> hasta que sean atendidos. Lo anterior para efectos de corroborar que la clasificación y la atención se hace de manera inmediata y así determinar si la prestación del servicio de salud es oportuna y efectiva.

Tampoco se encontró que hubiera un monitoreo referente al tiempo de espera de los pacientes categorizados con *triage* III, IV y V, esto es, usuarios cuyo estado de salud no representa una alta gravedad o de extrema urgencia, pero que la falta de atención oportuna puede conllevar a desmejora en su condición.

62. Teniendo en cuenta este contexto, con el solo reporte establecido por la Resolución 256 de 2016, la Sala no podría determinar la oportunidad en el servicio de salud en urgencias, dado que solo se mide respecto de los pacientes seleccionados con *triage* II. Además, al revisar el anexo II, registro tipo 6<sup>269</sup> de la resolución mencionada, la Sala puede ver que el tiempo de espera en la atención de estos pacientes se está contando a partir de la valoración por *triage* y no desde que el usuario ingresa al servicio urgencias.

---

<sup>266</sup> Centro Regulador de Urgencias, Emergencia y Desastres.

<sup>267</sup> La mencionada disposición les atribuyó a los operadores asistenciales las siguientes funciones adicionales dentro del SEM “1. Responder a las necesidades de atención en salud de la población afectada por situaciones de urgencia, emergencia o desastre, incluida la atención pre hospitalaria, transporte básico y medicalizado de pacientes, atención de urgencias y hospitalaria. 2. Promover la formación y capacitación del talento humano para cubrir las necesidades del —SEM. 3. Apoyar los procesos de vigilancia epidemiológica. 4. Reportar a este Ministerio la información que se requiera a través de los mecanismos que para el efecto se definan.” Artículo 10.

<sup>268</sup> Pacientes que presentan un riesgo vital.

<sup>269</sup> Por medio del cual se reporta el detalle de la información de urgencia.



63. Ahora bien, en relación con el plazo para que el paciente sea valorado en *triage*, si bien, como se señaló, no existe un reporte creado por el Ministerio al respecto, la Sala Especial encontró en el estudio realizado por la Defensoría de Pueblo<sup>270</sup> que los usuarios para ser atendidos en el *triage* deben esperar en promedio una hora. Por lo tanto, de acuerdo con ese informe, se incumple con lo consagrado en la Resolución 5596 de 2015, toda vez que la evaluación por *triage* no se ha efectuado de manera inmediata cuando el paciente ingresa a urgencia.

64. En lo atinente a los tiempos de espera de los pacientes clasificados con *triage* II, la Sala halló que los reportes efectuados desde el primer semestre de 2017 y hasta el tercer trimestre de 2021<sup>271</sup> con ocasión a la Resolución 256 de 2016, reportaron la siguiente información:

Periodo	Tiempo promedio de espera
I semestre 2017	90,30
II semestre 2017	94,36
I semestre 2018	93,83
II semestre 2018	82,72
I semestre 2019	25,65
II semestre 2019	26,46
I trimestre 2020	26,38
II trimestre 2020	19,38
III trimestre 2020	22,84
IV trimestre 2020	20,94
I trimestre 2021	23,67
II trimestre 2021	26,94
III trimestre 2021	26,02

65. Al revisar los anteriores datos, se pudo evidenciar que en el periodo comprendido entre el primer semestre de 2017 y hasta el segundo semestre de 2018, el tiempo de espera máximo de 30 minutos para la atención no se cumplió, e incluso, se observó que hasta el primer semestre de 2018 llegó a superar los 90 minutos; no obstante, a partir del I semestre de 2019 los términos disminuyeron considerablemente y el tiempo de espera desde ese periodo y hasta el tercer trimestre de 2021 no alcanzó a llegar a los 27 minutos; sin embargo, no se podría afirmar que a partir del I semestre de 2019 la atención a urgencias de las personas clasificadas con *triage* II se ha venido presentando de manera oportuna, toda vez que, como se señaló con antelación, la resolución mide el tiempo de espera desde la valoración por *triage* y, de acuerdo con el informe de la Defensoría el promedio de espera para valorar por *triage* está en una hora, por lo tanto, no sería posible llegar a la conclusión de que los pacientes clasificados con *triage* II a partir del primer semestre de 2019 fueron atendidos en un tiempo máximo de 30 minutos<sup>272</sup>. De igual manera, la carteta ministerial reconoció que no realiza la medición del tiempo desde que el paciente ingresa al servicio de urgencias y es valorado en el *triage*, lo cual fue constatado por

<sup>270</sup> Recogido en el informe Defensorial-Derecho a la Salud Monitoreo a los Servicios de Urgencia de IPS en Colombia de fecha 2020.

<sup>271</sup> Revisión de la página Sispro del 24 de marzo de 2022.

<sup>272</sup> 30 minutos que de acuerdo con el contexto de la norma deben contarse desde que se ingresa a urgencia.

Acemi, que afirmó la ausencia de un reporte oficial que dé cuenta de dicho tiempo de espera.

66. Ahora bien, además de los indicadores creados en virtud de la Resolución 256 de 2016, el Ministerio también cuenta con otra fuente de información para efectos de establecer la calidad en salud, como lo es, la encuesta de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios.

Esta Corporación al revisar los resultados de la encuesta en los años 2016, 2017, 2019 y 2020 encontró los siguientes datos:

<b>Tiempo de espera en el servicio de urgencia</b>					
<b>Año</b>	<b>Menos de una hora</b>	<b>Entre 1 y 2 horas</b>	<b>Entre 2 y 8 horas</b>	<b>Entre 8 y 24 horas</b>	<b>Más de 24 horas</b>
2016	52,2%	13,0%	24,1%	8,0%	2,6%
2017	31,0%	19,4%	42,4%	5,9%	1,2%

<b>Tiempo de espera en el servicio de urgencia</b>					
<b>Año</b>	<b>Lo atendieron inmediatamente</b>	<b>En máximo 30 minutos</b>	<b>Entre 31 minutos y 1 hora</b>	<b>Más de 1 hora hasta dos horas</b>	<b>Más de dos horas</b>
2019	21,5%	21,3%	17,9%	16,8%	22,4%
2020	2,2%	42,0%	15,7%	14,7%	25,4%

De ellos, se desprende que la atención en urgencia se tardó una hora o más en un porcentaje equivalente en el año 2016 al 47,8%, en el 2017 al 69%, en el 2019 al 78.5% y en el 2020 al 97.8%, reportes que no serían apropiados para definir una oportunidad en la atención de urgencia o una falta de ella, dado que dicho registro no establece en qué categoría de *triage* fue clasificado el paciente. Por lo tanto, si bien existe un porcentaje alto con un tiempo mayor a una hora, la Sala no conoce si esta información corresponde a un *triage* clasificado en los grados III, IV o V.

Para la medición del año 2021, la encuesta únicamente presentó datos relacionados con el tiempo de espera en el servicio de urgencias valorado en días. Reveló que el promedio de atención en urgencias fue de 0,04 días para ambos regímenes. Al realizar el cálculo aritmético para trasladar dicha medida a horas, la Corte encuentra que, el tiempo de espera promedio en el servicio de urgencia para el año pasado fue de mínimo 1, tiempo que se ubica dentro de los parámetros de los años anteriores.

Ahora bien, la Sala estima necesario señalar, que de acuerdo con lo dispuesto mediante la Resolución 5596 de 2015, para determinar la prioridad de la atención el método de clasificación de *triage* se basa en la atención inmediata definida en minutos y horas<sup>273</sup>. Sin embargo, la metodología adoptada en la encuesta del año pasado, el Minsalud utilizó como unidad de medida el parámetro en -días-, lo que discrepa de lo que la misma cartera ministerial definió para clasificar a los pacientes en el servicio de urgencias. Lo anterior, dificulta la verificación del cumplimiento del indicador de tiempo de espera en el servicio de urgencia. En concreto, la

<sup>273</sup> Ver Artículo 5, Resolución 5596 de 2015.

distribución del periodo de espera de acuerdo con la categoría de *triage* en la que son clasificados los pacientes.

La Sala insiste que toda la información que publica el Minsalud, y particularmente la encuesta anual para el estudio nacional de evaluación de los servicios de las EPS, tiene como finalidad que los usuarios cuenten de manera permanente con la información necesaria para conocer el funcionamiento del sistema y, en consecuencia, poder ejercer adecuadamente su derecho al acceso efectivo del servicio de salud. En esa medida, si la información que se recopila no es clara, congruente y concreta, no se cumple con el objetivo de informar a los usuarios en debida forma sobre el servicio y funcionamiento prestado por las EPS e IPS.

En este orden de ideas, la Corte considera que estas encuestas no resultan eficaces para determinar la oportunidad en los servicios de urgencias, debido a que no proporcionan datos completos que conlleven a ello, teniendo en cuenta que: (i) la sola cifra sin conocer en qué *triage* fue clasificada el paciente no es suficiente y (ii) la medición en días no concede ningún parámetro fehaciente para constatar el tiempo que se emplea en la valoración de los pacientes que ingresan a urgencias.

67. Ahora bien, además de la información detallada con antelación, de acuerdo con los documentos que obran en el expediente, la Corte encuentra que durante el periodo de julio de 2018 a junio de 2020 la Defensoría del Pueblo recibió 12.484 quejas por “*deficiente e inoportuna atención médico-asistencial en el servicio de atención de: urgencias, consulta externa, hospitalización, procedimientos, medicamentos o terapias*”. Igualmente, las quejas más frecuentes hacen referencia a la demora en la atención médica después de ser clasificados en el *triage*, pues los usuarios desconocen para qué sirve y de qué manera dicha clasificación repercute en la priorización en la atención. Por otra parte, ante la Superintendencia se reportaron PQRD por falta de oportunidad en la atención en el servicio de urgencia, como se evidencia a continuación.

Año							
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 <sup>274</sup>
802	1369	2250	2000	2744	4.015	2.870	3.064

Al revisar el anterior reporte, la Sala evidencia que las quejas por falta de oportunidad en lugar de disminuir con ocasión de la expedición de la Resolución 5596 de 2015, se han acrecentado, especialmente en los últimos tres años.

68. De otra arista, la Sala se percató que el informe Defensorial-Derecho a la Salud Monitoreo a los Servicios de Urgencia de IPS en Colombia de fecha 2020 reporta como tiempo promedio de espera entre la valoración en *triage* y la atención médica 81 minutos, lo que generó inconformidad para algunos usuarios, que consideraron la atención como demorada. Además, indicó que las quejas más frecuentes por parte de los usuarios son por la demora en atención médica después de la valoración *triage*.

<sup>274</sup> A diciembre 19 de 2021.

Adicionalmente, la Defensoría encontró en el monitoreo realizado, unas situaciones que terminan afectando el acceso oportuno y eficaz a los servicios de urgencia como la negación del servicio al considerar que no es urgencia vital; la exigencia de pago para ser atendido, en particular a la población pobre no afiliada; rechazo del ingreso por sobrecupo y trámite de las EPS engorrosos y no claros.

Conductas que, desconocen la Ley Estatutaria en Salud dado que el artículo 14 prohíbe la negación de la atención a urgencia y el literal b del artículo 10 el cual dispone que las personas tienen derecho a la atención de urgencia sin que sea exigible cancelación de pago previo.

69. Por otra parte, también desatiende la Resolución 5596 de 2015, que en el parágrafo del artículo 4º dispuso que el *triage* no puede ser empleado como instrumento para negar la atención de urgencias.

Conforme a lo expuesto, la Sala especial estima que a los usuarios del sistema no se les están brindando verdaderas garantías para que puedan acceder en forma oportuna y eficaz a los servicios de urgencias, pese a las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud, dado que se pudo evidenciar que se ha presentado demora y negación en la atención. Además, tal como se expuso, en la actualidad no existe un mecanismo que permita medir adecuadamente la oportunidad en la atención en los servicios de urgencias.

#### *Acceso oportuno a citas de medicina y odontología general*

70. Las citas de medicina y odontología general, al igual de lo que ocurre con el servicio de urgencias, hacen parte de las puertas de entrada al Sistema de Salud, razón por la cual, es necesario que el acceso a ellas se dé en condiciones de oportunidad y eficacia.

71. En relación con estos servicios, la Sala evidenció que el Gobierno Nacional profirió el Decreto Ley 019 de 2012<sup>275</sup> y la Resolución 552 de 2013, normas que regularon los tiempos en la asignación de citas médicas tanto de medicina general como de odontología general. En ellas, se dispuso que la asignación de estas consultas no podía exceder los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud, con excepción de los casos en que el paciente de manera expresa hubiere solicitado un plazo distinto. Igualmente, definió un sistema de monitoreo en el tiempo de espera en la atención en el que se debía de consignar los siguientes datos: (i) identificación del usuario; (ii) datos del contacto; (iii) la fecha de solicitud de la cita; (iv) el día en que el usuario pidió le sea fijado la atención médica y (v) el tiempo en que se asignó la consulta.

72. El Ministerio de Salud, además emitió la Resolución 256 de 2016<sup>276</sup>, por medio de la cual plasmó que la Entidades Administradoras de Planes de Beneficios<sup>277</sup>

---

<sup>275</sup> Artículo 123.

<sup>276</sup> “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en Salud”.

<sup>277</sup> En adelante EAPB.

y las Instituciones Prestadoras de Salud deberían realizar un reporte semestral<sup>278</sup> del promedio de espera en la asignación de citas, entre ellas la de medicina y odontología general.

73. La Sala observó, al revisar los reportes desde el primer semestre de 2017 y hasta el tercer trimestre de 2020, que el promedio de espera para recibir la atención en consulta de medicina general fue de tres días y en odontología general estuvo entre tres y cuatro días calendario. Igualmente, se destaca que a partir del primer trimestre de 2020, posiblemente se elevaron los tiempos de espera en la programación de citas médicas como consecuencia de las restricciones adoptadas durante la emergencia declarada por el Covid-19. No obstante, estos rangos no disminuyeron para los últimos dos trimestres de 2021 a pesar de que para entonces, ya habían finalizado varias de las medidas adoptadas para el control de la pandemia con la disminución en el histórico de casos reportados<sup>279</sup>. En ese sentido, en la actualidad el promedio de espera para acceder a consultas en estas especialidades no ha demostrado avances, tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Periodo	Medicina general <sup>280</sup>	Odontología general <sup>281</sup>
I semestre 2017	3,68	4,41
II semestre 2017	3,50	4,95
I semestre 2018	3,44	4,38
II semestre 2018	3,25	3,94
I semestre 2019	3,26	3,71
II semestre 2019	3,40	4,17
I trimestre 2020	3,93	4,50
II trimestre 2020	2,55	2,30
III trimestre 2020	3,45	2,83
IV trimestre 2020	3,88	4,12
I trimestre 2021	5,37	6,84
II trimestre 2021	3,43	4,86
III trimestre 2021	3,72	5,43
IV trimestre 2021	3,78	4,60

74. En la encuesta de evaluación de los servicios de las EPS se pudo advertir que, de acuerdo con la experiencia de los usuarios en el régimen contributivo, el promedio del tiempo de espera para la asignación de citas en medicina y odontología general estuvo por encima de los cuatro días. Y, en el subsidiado, si bien en los años del 2016 al 2018 superaba los tres días; en el 2019, 2020, y 2021 se cumplieron los términos, así:

Año	Tiempo promedio de espera (mediana)			
	Medicina general		Odontología	
	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado
2016	7,86	5,53	6,83	5,3
2017	11,57	6,14	10,42	5,57
2018	6,0	5,52	5,10	3,80

<sup>278</sup> Registro que a partir del año 2020 se efectuaría en forma trimestral, en virtud de la Resolución 3539 de 2019.

<sup>279</sup> Ver históricos de casos por fecha de reporte en: <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/index.html>

<sup>280</sup> Obtenidos en la página de Minsalud <http://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA>

<sup>281</sup> Ib.

2019	6,1	3,6	3,8	2,1
2020	5,0	2,0	4,0	2,0
2021	5,0	3,0	4,1	2,0

75. Por otro lado, la Sala observa que ante la Supersalud se han presentado quejas en relación con falta de oportunidad en citas de medicina y odontología general; su promedio fue bajo en relación con las demás PQRD presentadas hasta el año 2019. No obstante, advierte con preocupación un aumento considerable en medicina general para los años 2020 y 2021, que si bien podrían llegar a asociarse con las circunstancias de aislamiento preventivo durante la pandemia, demuestran un retroceso en la satisfacción de los usuarios respecto de la atención como se muestra a continuación:

Motivo	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Medicina general	4.908	8.637	12.149	10.453	7.974	10.053	36.530	56.646
Odontología Básica	525	690	871	1.145	1.564	2.327	1.598 (ene-ago)	No se midió <sup>282</sup>

76. Teniendo en cuenta lo anterior, para la Sala de manera general, la atención en citas de medicina general y odontología referidas se ha dado en término de oportunidad; no obstante, no puede desconocer que (i) en el régimen contributivo no se está cumpliendo de manera estricta con los términos dados por el Gobierno y (ii) en los últimos dos años ha incrementado sustancialmente el número de PQRD por falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica general desde el inicio de la pandemia por el Covid-19, números que se han mantenido a la fecha. Mientras en el año 2019 para medicina general se reportaron 10.053 PQRD, en el año 2020 tiempo en el que se decretaron las medidas de aislamiento preventivo, este número se triplicó con 36.530 PQRD. Alarmanamente estas cifras persistieron al alza para el 2021 con 56.646 PQRD, periodo en el que se quintuplicó la proporción de quejas presentadas por los usuarios.

77. Esta Sala estima necesario que la Superintendencia dentro de la parametrización del aplicativo de Gestión PQRD que establece los motivos generales y específicos preestablecidos como motores de búsqueda para generar datos estadísticos, incluya la falta de oportunidad en la asignación de citas de odontología como lo hizo entre 2014 y parte de 2020. La Corte insiste en que la Supersalud, como entidad de la vigilancia, inspección, y control, debe contar de manera permanente con la información detallada de las quejas que recibe respecto de todos los servicios que prestan los planes de beneficios.

#### *Oportunidad en asignación de citas médicas de medicina especializada*

78. El Gobierno Nacional expidió el Decreto-Ley 019 de 2012, que en el artículo 124 estableció que las citas con especialistas deberían ser otorgadas por las EPS en

<sup>282</sup> La Superintendencia de Salud aseguró que “ninguno de los motivos estandarizados en el aplicativo de Gestión PQRD corresponden de manera específica al tema solicitado ‘odontología general’”.

los plazos fijados por el Ministerio de Salud de acuerdo con la disponibilidad de oferta de cada región del país, la carga de la enfermedad, las condiciones médicas del paciente, los perfiles epidemiológicos y los otros factores que incidieran en la demanda de la prestación.

79. Dicha norma fue reglamentada por la Resolución 1552 de 2013 e instituyó como obligación de las entidades promotoras (i) contar con agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año<sup>283</sup> y, (ii) fijar fecha para la consulta al momento de recibir la solicitud, quedándoles prohibido negarse a ello. También dispuso que en caso de que la asignación de la cita requiriera autorización previa, esta no debería exceder los cinco (5) días hábiles.

80. No obstante, la Corte evidencia que no existe una directriz clara y precisa por parte del rector de la política pública que fije un término máximo para la asignación de citas de medicina especializada, teniendo en cuenta parámetros de eficacia y oportunidad para la prestación de este servicio. Por lo que, al no contar con tal directriz, se dificulta establecer cuándo una promotora está incumpliendo con estos estándares o si el término otorgado para la prestación del servicio es razonable desde el punto de vista médico.

81. Lo anterior, por cuanto, las directrices referentes a que se deben contar con agendas abiertas y definir la fecha de asignación de citas al momento de su solicitud, no son suficientes para garantizar a los pacientes el acceso oportuno y eficaz del servicio de medicina especializada, sino que es necesario que los usuarios puedan ser atendidos en un tiempo razonable y proporcional a las patologías presentadas.

82. Por otro lado, la Sala encontró que el Ministerio a través de la Resolución 256 de 2016 impartió directrices para que las IPS y EAPB llevaran un registro del tiempo promedio de espera en la asignación de citas especializadas de medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia y cirugía general. No obstante, esta medición, al igual que la efectuada por medio de la encuesta de satisfacción realizada a los pacientes, no abarcó ni siquiera el 50% de las especialidades con las que ha contado el país y requeridas por los usuarios.

83. En este sentido, además de que no existe un término máximo definido para la asignación de citas de medicina especializada, tampoco se cuenta con una base global que permita conocer los tiempos de espera en relación con todas las consultas médicas.

84. Por otro lado, esta Corporación identificó que en el periodo comprendido entre el primer semestre de 2017 hasta el cuarto trimestre de 2021 los resultados del reporte de calidad conforme a la Resolución 256 de 2016 fueron los siguientes:

Periodo	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita				
	Medicina Interna	Pediatría	Ginecología	Obstetricia	Cirugía general

<sup>283</sup> En cuanto este punto de agendas abiertas la Sala se ocupará de manera especial en el capítulo de otras barreras.

I semestre 2017	13,81	9,19	10,49	9,15	11,77
II semestre 2017	13,99	9,51	10,82	8,72	13,31
I semestre 2018	12,03	8,80	10,14	8,40	12,77
II semestre 2018	11,99	7,69	9,53	7,82	12,24
I semestre 2019	12,63	7,60	9,16	7,72	11,76
II semestre 2019	12,27	8,89	10,29	8,24	12,56
I trimestre 2020	12,51	9,59	10,34	8,88	10,40
II trimestre 2020	7,43	4,65	7,41	6,69	8,86
III trimestre 2020	8,21	5,91	6,74	6,84	7,57
IV trimestre 2020	9,67	8,76	8,54	7,11	9,49
I trimestre 2021	13,34	7,04	11,69	7,85	12,27
II trimestre 2021	10,62	6,01	9,06	7,49	9,05
III trimestre 2021	10,72	6,72	9,72	8,00	9,97
IV trimestre 2021	11,06	6,84	9,43	7,09	11,99

Así mismo advirtió los siguientes datos de la encuesta de satisfacción realizada a los pacientes en los años del 2016 al 2021:

Tiempo promedio de espera (mediana)												
Especialidad	Año											
	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Con.	Sub.	Con.	Sub.	Con.	Sub.	Con.	Sub.	Con.	Sub.	Con.	Sub.
Pediatría	7,2	7,7	8,8	8,0	9,37	11,6	8,5	8,6	6,0	8,0	5,0	2,0
Médico familiar	No se midió		No se midió		No se midió		5,7	4,3	8,0	3,0	15,0	4,0
Ginecología	1,2	1,1	2,8	2,3	4,8	5,2	7,3	7,5	11,0	8,0	3,0	1,05
Medicina interna	10,8	15,8	20,1	21,0	17,3	19,5	24,1	20,1	8,9	10,0	15,0	10,0
Otras consultas de medicina especializada <sup>284</sup>	20,4	16,7	28,1	28,1	32,1	27,3	29,6	26,1	15,0	15,0	15,0	10,0
Cirugía general	10,0	8,1	15,2	15,9	25,0	22,6	19,6	14,8	20,0	8,0	30	15,89
Obstetricia-control de embarazo	4,1	7,3	14,1	5,3	3,42	7,77	7,1	7,6	15,0	12,0	1	1

85. Al revisar los resultados tanto del registro definido en la Resolución 256 de 2016 como en la encuesta realizada a los pacientes, frente a la primera la Sala observa, que las especialidades médicas que tuvieron un plazo más extenso de espera fueron las de medicina interna y cirugía general; en relación con la segunda puntualiza que las especialidades en las que se tardaron más fueron: medicina interna, otras consultas de medicina especializada (cardiología, neurología y ortopedia) y cirugía general. De nuevo, la Corte advierte que desde el tercer trimestre de 2021 el tiempo promedio no disminuyó en comparación con el año 2020 aunque en ese punto ya se habían dado por concluidas varias de las medidas de distanciamiento adoptadas para disminuir la propagación del virus del Covid-19.

<sup>284</sup> Cardiología, neurología y ortopedia.



86. Por otro lado, de lo señalado por la Defensoría del Pueblo, la Corte advierte que la falta de oportunidad para acceder a servicios de medicina especializada fue uno de los principales motivos de denuncias ante esa entidad; además, al estudiar el informe “*La Tutela y los Derechos a la Salud y la Seguridad Social 2020*” aunque se admitió que fue un periodo atípico a raíz de la pandemia ocasionada por el Covid-19 que llevó a una disminución del número de tutelas que invocaron el derecho fundamental a la salud en relación con las presentadas en relación con 2019<sup>285</sup>, se evidenció que los usuarios del sistema han seguido acudiendo a la acción de amparo para acceder a los servicios de salud, siendo los más frecuentes la consulta de medicina especializada en oncología, neurología, ortopedia, oftalmología y endocrinología por falta de oportunidad en la atención, como se detalla a continuación:

Especialidades	2019		2020	
	Tutelas	Part. %	Tutelas	Part. %
Neurología	23.562	11,36	9.603	11,73
Ortopedia	23.171	11,17	6.662	8,09
Oncología	21.546	10,39	11.213	13,69
Oftalmología/Retinología	15.082	7,27	4.563	5,57
Endocrinología	10.862	5,24	4.553	5,56
Cirugía General	9.400	4,53	2.896	3,54
Urología	9.349	4,51	4.085	4,99
Ginecobstetricia	8.056	3,88	2.578	3,15
Nefrología	7.868	3,79	3.556	4,34
Neurocirugía	7.152	3,45	3.540	4,32
Cardiología	6.941	3,35	3.499	4,27
Neumología	6.749	3,25	2.304	2,81
Psiquiatría	6.090	2,94	2.729	3,33
Otorrinolaringología	5.521	2,66	2.160	2,64
Nutricionista	4.992	2,41	1.479	1,81
Vascular	4.248	2,05	1.573	1,92
Dermatología	3.335	1,61	1.135	1,39
Infectología	3.231	1,56	1.868	2,28
Gastroenterología	2.835	1,37	1.481	1,81
Medicina interna	2.375	1,15	2.147	2,62
Hematología	1.624	0,78	839	1,02
Alergología	1.335	0,64	311	0,38
Hepatología	295	0,14	589	0,72
Proctología	1.146	0,55	603	0,74
Maxilofacial	914	0,44	336	0,41

87. La presentación de quejas en la especialidad de medicina interna ante la Supersalud ha tenido un aumento considerable en el año 2021. Esta información es

<sup>285</sup> En el auto 440 de 2021 que realizó la valoración más reciente a la orden trigésima, la Sala Especial de Seguimiento concluyó que, si bien respecto del año 2020 se dio una disminución en el porcentaje de tutelas, esta debe ser evaluada en el contexto generado por la pandemia la cual “*impactó tanto la remisión de las tutelas a esta Corporación, como el análisis que elaboró la cartera de salud y de ello da cuenta la manifestación realizada por la entidad. Lo anterior, limita el análisis que la Corte puede llevar a cabo, pues no es posible verificar de forma objetiva tal disminución por tratarse de información incompleta*”.

concordante con la encuesta de satisfacción del ministerio, en la que se puede observar que, en efecto, es una las especialidades médicas que tuvieron un plazo más extenso de espera para la asignación de cita. La proporción de PQRD presentados por los usuarios en medicina interna incrementó en un 50% para para el año más reciente como se observa en la siguiente tabla:

Motivo	2019	2020	2021
Medicina interna	7.299	8.004	18.376
Ginecología	4.038	3.695	6.918
Cardiología	4.239	3.737	6.209
Pediatría	3.424	2.634	5.115
Obstetricia	162	194	156
Gastroenterología	2.927	2.314	3.887
Enfermedades huérfanas	327	162	109

Conforme a lo expuesto la Sala considera que no se han brindado verdaderas garantías para asegurar el acceso oportuno en la atención de medicina interna y especializada dado que (i) no existen medidas que fijen los tiempos de atención; (ii) se carece de un sistema de monitoreo global que refleje los tiempos de espera en la atención respecto de todas las especialidades (iii) ha aumentado la presentación de quejas ante la Superintendencia de Salud en prácticamente todas las especialidades y, (iv) los usuarios del sistema siguen acudiendo a la acción de amparo para acceder en forma oportuna a la consulta externa especializada.

88. Finalmente, al revisar el “*Tablero de Estadísticas de la Corte Constitucional*”<sup>286</sup>, se observa que de enero a noviembre de 2021 se radicaron 88.133 tutelas invocando la amenaza y/o transgresión del derecho fundamental a la salud. De aquellas relacionadas con al acceso oportuno y eficaz de la atención en salud y la prestación de los servicios de los planes de beneficios, se destaca que 10.705, esto es el 12%, pretendían la asignación de citas médicas.

*Oportunidad en la atención de exámenes de laboratorio, imagenología, y otros procedimientos necesarios para el diagnóstico*

89. Teniendo en cuenta lo señalado por esta Corporación<sup>287</sup>, el derecho al diagnóstico comprende entre otras<sup>288</sup>, la etapa de identificación, la cual es necesaria para establecer con precisión las patologías del usuario y de esta manera brindarle una atención adecuada, por lo que una tardanza en esta etapa puede generar una desmejora en las condiciones de salud del paciente y afectar la oportunidad en el tratamiento

<sup>286</sup> Esta herramienta proporciona información sobre todas las acciones de tutela allegadas al alto tribunal desde enero de 2019 a noviembre de 2021. Base de datos revisada el 20 de abril de 2022. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php>.

<sup>287</sup> Sentencia T-100 de 2016, T-196 de 2018, T-259 de 2019, y SU-508 de 2020, entre otras.

<sup>288</sup> Valoración y prescripción.

90. Ahora bien, con respecto a la prestación de estos servicios, la Sala encontró que el Gobierno Nacional no ha expedido una regulación tendiente a definir los tiempos máximos en que se deberían prestarse; sin embargo, advirtió que en atención a la Resolución 256 de 2016 las IPS debían reportar el tiempo de espera para la toma de ecografía y resonancia magnética nuclear, sin que en esa norma hubiere ordenado el ingreso de datos de otros procedimientos diagnósticos. No obstante, en la encuesta efectuada a los pacientes sobre la evaluación de los servicios de la EPS el Ministerio realizó una medición en relación con los tiempos de espera de exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas.

91. Teniendo en cuenta lo anterior, la Sala considera que, en materia de atención en salud referente a los servicios y procedimientos diagnósticos, el Gobierno Nacional no ha realizado un monitoreo respecto de todos los procedimientos necesarios para ello, evidenciándose, por ejemplo, una falta de seguimiento a aquellos requeridos para identificar enfermedades catastróficas, como serían las radiografías, tomografías, endoscopias, biopsias, entre otras.

92. Ahora bien, al revisar los resultados del registro establecido en la Resolución 256 de 2016 se observó que los tiempos de espera para la toma de la ecografía desde el 2017 y hasta el cuarto trimestre de 2021 osciló entre 6,99 a 11,20 días. En cuanto a resonancia magnética nuclear, estos han sido un poco más largo, yendo en el último año en aumento, siendo ese reporte el máximo a la fecha con un promedio de 12,05, como se detalla a continuación:

Periodo	Tiempo de espera	
	Para la toma de ecografía	Para la toma de resonancia magnética nuclear
I semestre 2017	8,16	10,40
II semestre 2017	7,67	9,94
I semestre 2018	8,90	11,58
II semestre 2018	9,07	10,15
I semestre 2019	8,75	9,11
II semestre 2019	9,26	10,64
I trimestre 2020	8,42	10,48
II trimestre 2020	6,33	8,82
III trimestre 2020	5,57	5,80
IV trimestre 2020	7,21	7,81
I trimestre 2021	11,20	9,24
II trimestre 2021	10,16	9,96
III trimestre 2021	9,10	10,66
IV trimestre 2021	10,06	12,05

93. Por otro lado, al estudiar la encuesta de evaluación del servicio la Sala encontró que para realizar los exámenes de laboratorio los pacientes no han esperado más de cinco días; en relación con imágenes o pruebas diagnósticas el tiempo más largo en la atención se presentó en el año 2019 con 15,6 días, como se plasma en la siguiente tabla:

Prueba	Año					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021

	Con.	Sub.	Con.	Sub.	Con.	Sub.	Con.	Sub.	Con.	Sub.	Con.	Sub.
Exámenes de laboratorio	0,4	0,9	1,0	1,0	3,66	2,97	4,6	5,0	3,0	1,0	3,0	2,0
Imágenes o pruebas diagnósticas	1,2	2,2	3,6	4,0	7,69	7,20	15,6	11,7	8,0	8,0	15,0	8,0

94. Sin embargo, al revisar información publicada por el Observatorio Nacional de Cáncer<sup>289</sup>, se evidenció que entre el 2016 al 2019, el tiempo que se esperó desde la sospecha hasta el diagnóstico de cáncer de mama osciló entre 59 días hasta 68 días; en cáncer de próstata, desde 56 días hasta 90 días y, en leucemia de niños, entre 15 a 21 días, como se detallará a continuación, términos que son muy prolongados, con el agravante de que se trata de sospechas de enfermedades catastróficas, por lo que dicha situación podría conllevar a un desencadenamiento desafortunado de la enfermedad, dado que hasta que no se realice el diagnóstico no se podría empezar con el tratamiento.

Tipo de cáncer	Año			
	2016	2017	2018	2019
Cáncer de mama	59 días	52 días	65 días	68 días
Cáncer de Próstata	56 días	67 días	93 días	90 días
Leucemia en niños	21 días	27 días	15 días	No reporta
Cuello Uterino	45 días	63 días	83 días	76 días

95. Por otro lado, al revisar las PQRD presentadas ante la Superintendencia de Salud se observó que en el año 2018 la “*falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel*”, ocupó el tercer motivo de queja, con 31.043 quejas y en el 2019 el cuarto lugar con 28.531 peticiones; por su parte, en el 2019 la demora de la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos recibió 23.104 reclamos, lo que podría denotar una falta de oportunidad en la atención para estos procedimientos.

96. Conforme a lo anterior, la Sala considera que en materia de acceso a exámenes diagnóstico el Gobierno Nacional no ha efectuado acciones suficientes para que los usuarios puedan acceder de manera pronta a dichos procedimientos, teniendo en cuenta que (i) no existen medidas que definan los tiempos para prestar esos servicios; (ii) así como tampoco una medición que permita tener un panorama claro del comportamiento en la atención respecto de los procedimientos necesarios para el diagnóstico de la enfermedad y, (iii) se presenta una dilación en el diagnóstico de varias clases de cáncer, así como reclamos frecuentes relacionados con retardo en la prestación.

#### *Entrega de medicamentos*

97. Los medicamentos son tecnologías necesarias para prevenir, curar, paliar la enfermedad, por lo tanto, deben ser proporcionados en forma completa<sup>290</sup> y su falta

<sup>289</sup> <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/Observatorio-Nacional-de-Cancer.aspx>

<sup>290</sup> Artículo 8° de la Ley 1751 de 2015.

de acceso oportuno puede tener consecuencias adversas en el tratamiento de los padecimientos sufridos por el usuario.

98. En cuanto a la entrega de medicamentos el Gobierno Nacional expidió el Decreto-Ley 019 de 2012, el cual, en su artículo 131 estableció que las EPS tenían la obligación de determinar un procedimiento de suministro de medicamentos cubiertos por el plan de beneficios que le asegurara al usuario la entrega completa e inmediata. También dispuso que en los casos en que la dispensación no pudiera hacerse de forma total en el momento en que son reclamados de reclamar los fármacos, las promotoras deberían coordinar y garantizar la entrega en el lugar de residencia o trabajo del afiliado, si este así lo autorizaba.

Igualmente, el Ministerio de Salud emitió la Resolución 1604 de 2013 que reglamentó el artículo 131 del Decreto-Ley 019 de 2012 y tuvo por objeto establecer los lineamientos para que la entrega de los medicamentos se realizara en un lapso no mayor a 48 horas, en el lugar de residencia o trabajo del afiliado, a consecuencia de la falta de dispensación completa. En ella se consagró que el término de 48 horas se debía contar desde que el afiliado reclamara los medicamentos. No obstante, no se evidencia que el Ministerio hubiera establecido una especie de registro mediante la cual las IPS y EPS reporten la oportunidad en la entrega completa de los medicamentos.

99. Sin embargo, al examinar los informes sobre el Estudio Nacional de Evaluación de los servicios de las EPS-Régimen contributivo y subsidiado, la Sala observó que, en los reportes analizados, 2016 a 2021, se realizó una medición en relación con la forma de entrega de medicamentos, en aras de determinar si se estaba cumpliendo con lo establecido por el Decreto -Ley 019 de 2012 y la Resolución 1604 de 2013 como se detalla a continuación:

<b>Entrega de medicamentos 2016</b>		
<b>¿Cómo fue la entrega?</b>		
<b>Preguntas</b>	<b>Régimen</b>	
	<b>Contributivo</b>	<b>Subsidiado</b>
¿Se los entregaron todos, la primera vez que los solicitó?	74,4%	76,9%
¿Le entregaron una parte el primer día y el resto nunca fue entregado?	11,2%	11,3%
¿Nunca se los entregaron?	5,9%	4,9%
¿Se los entregaron todos en diferentes días? ¿Tuvo que recoger los faltantes porque no se los llevaron a la casa o sitio de trabajo?	4,3%	4,7%
¿Le entregaron solo una parte de lo formulado por el médico y para el resto de tratamiento tuvo que hacer nueva autorización?	3,5%	3,0%
¿No los solicitó?	2,0%	0,9%
¿Se los entregaron todos en diferentes días? ¿Le llevaron a la casa o al trabajo los que no le entregaron la primera vez que los solicitó?	0,8%	0,5%

<b>Entrega de medicamentos 2017</b>		
<b>Preguntas</b>	<b>Régimen</b>	
	<b>Contributivo</b>	<b>Subsidiado</b>
¿Le entregaron todos los medicamentos la primera vez que los solicitó?	73,6	76,0
¿Le ofrecieron la posibilidad de entregarles los medicamentos faltantes a domicilio?	2,4%	6,6%
¿Acepto usted la opción de entrega	1,2%	0,5%
¿Nunca se los entregaron?	7,2%	7,1%
¿Nunca los solicitó?	1,4%	1,2%
¿Compró por su cuenta el total o una parte?	10,6%	12,9%
¿Les llegaron los medicamentos faltantes a domicilio?	0,8%	0,2%

<b>Entrega de medicamentos 2018</b>		
<b>Preguntas</b>	<b>Régimen</b>	
	<b>Contributivo</b>	<b>Subsidiado</b>
¿Le entregaron todos los medicamentos la primera vez que los solicitó?	83%	73%
¿Le ofrecieron la posibilidad de entregarles los medicamentos faltantes a domicilio?	9%	5%
¿Aceptó usted esa opción de entrega?	78%	78%
¿Le llevaron los medicamentos faltantes a domicilio?	38%	23%
¿Nunca se los entregaron?	30%	32%
¿Nunca los solicitó?	3%	3%
¿Cuántos días se tardó el domicilio de los medicamentos faltantes?	8 días	8 días

<b>Entrega de medicamentos 2019</b>		
<b>Situación</b>	<b>Régimen</b>	
	<b>Contributivo</b>	<b>Subsidiado</b>
Usuarios a los que le entregaron los medicamentos la primera vez que los solicitaron	85,1%	80,1%
Tiempo transcurrido entre la solicitud y la autorización de los medicamentos (mediana) <sup>291</sup>	1,18 días	1,47 días
Usuarios a los que les ofrecieron entregar los medicamentos faltantes a domicilio	8,2%	3,8%
Usuarios que aceptaron la entrega de medicamentos a domicilio	83,0%	91,8%
Usuarios a los que les llegaron todos los medicamentos faltantes a domicilio	56,5%	29,8%
¿Cuántos días se tardó el domicilio con los medicamentos faltantes? (número de días-mediana)	2,69 días	4,89 días

<b>Entrega de medicamentos 2020</b>		
<b>Preguntas</b>	<b>Régimen</b>	
	<b>Contributivo</b>	<b>Subsidiado</b>
¿Le entregaron todos los medicamentos la primera vez que los solicitó?	77,2%	77,6%

<sup>291</sup> Resultados en días.

¿Requirió autorización para acceder a alguno de estos medicamentos?	41,5%	33,1%
¿Le autorizaron los medicamentos?	86,6%	90,7%
¿Le ofrecieron la posibilidad de entregarle los medicamentos a domicilio?	33,6%	21,4%

<b>Entrega de medicamentos 2021</b>		
<b>Preguntas</b>	<b>Régimen</b>	
	<b>Contributivo</b>	<b>Subsidiado</b>
¿En los últimos 6 meses le ordenaron medicamentos? *	66,7%	64,5%
¿Requirió autorización para acceder a alguno de estos medicamentos?	31,7%	25,4%
¿Le autorizaron los medicamentos?	82,8%	90,7%
¿Le ofrecieron la posibilidad de entregarle los medicamentos a domicilio?	37,7%	21,1%
¿Le entregaron todos los medicamentos la primera vez que los solicitó?	79,4%	77,6%

\*En los años anteriores no se incluyó esta pregunta en el cuestionario de la encuesta, por lo que no tiene parámetros de comparación.

100. En cuanto a los resultados de esas medidas, al revisar los informes de las encuestas en el régimen contributivo en los años 2018 y 2019 la Sala encontró que hubo un aumento en el porcentaje de entrega inmediata de los fármacos, proporción que en estos años superó el 82,9 %; en cambio en el subsidiado, este crecimiento se dio en el 2019 con una cifra de 80,1%, lo que para la Sala implica un avance en este tema debido a que en los años 2016 y 2017 estaba respectivamente en el 74,4% y 73,6 para el régimen contributivo, y 76,9% y 76,0% para el subsidiado. Sin embargo, para el 2020 se nota una disminución, toda vez que en el contributivo esa dispensación inmediata se dio en un 77,2% y en el subsidiado en un 77,6%, la cual no puede tenerse como un retroceso en virtud de la situación particular que se presentó en el año 2020 con la pandemia del Covid-19.

Ahora bien, con respecto al deber de entregarle los medicamentos faltantes a domicilio la Sala observó que esta obligación no se estaba cumpliendo dado que:

(i) En los años 2017 a 2019 solo al 10% de las personas a las que les faltaron medicamentos les ofrecieron la posibilidad de esa forma de dispensación, en el 2020 les brindaron esa posibilidad al 33,6% de las personas afiliadas al régimen contributivo y al 21,4% a las pertenecientes al subsidiado y en el 2021 la situación permaneció en términos similares, pues les brindaron esa posibilidad al 37,7% de las personas afiliadas al régimen contributivo y al 21,1% de las pertenecientes al subsidiado. Así mismo, de quienes recibieron la posibilidad de la entrega domiciliaria y aceptaron, se observó que en el año (i) 2017 la entrega completa a domicilio no alcanzó al 1%; (ii) 2018 el promedio de entrega estuvo alrededor del 30% y (iii) 2019 el suministro estuvo en un porcentaje del 56,5% y 29,8 % en los regímenes contributivo y subsidiado respectivamente. Ahora bien, en el 2021 hubo un incremento destacable en el promedio de entrega con un 79,4% en el régimen contributivo y un 77,6% en el régimen subsidiado. Empero, no es claro si el avance se mantendrá en el tiempo.

(ii) A los usuarios a los que les lograron entregar los medicamentos, el término fue de 8 días en el año 2018, es decir que no se acató la normatividad respectiva, que le dio un plazo para ello de 48 horas. En el 2019, en el régimen contributivo el promedio de suministro estuvo alrededor de los 2,69 días y en el subsidiado de 4,89 días.

101. Conforme a lo expuesto si bien el Ministerio implementó acciones en aras de que la entrega de medicamentos se hiciera de manera diligente y completa; materialmente no se les está garantizando a las personas el acceso oportuno y completo a los fármacos, teniendo en cuenta que no todos los usuarios están recibiendo a domicilio en los tiempos establecidos por la norma, los medicamentos faltantes, evidenciándose que en la mayoría de los casos ni siquiera se les pone de presente esa posibilidad.

102. La anterior falta de garantía se ve reflejada en el registro de servicios negados, en las quejas presentadas ante la Defensoría del Pueblo y la Supersalud, así como en las acciones de tutela interpuesta, encontrándose lo siguiente:

(i) Conforme al reporte de servicios negados realizado por el Ministerio se observa que, en lo relacionado con medicamentos, en el segundo y tercer trimestre de 2020 hubo una negación del 44% en el contributivo y 45,8% en el subsidiado, ocupando el primer lugar de negaciones.

(ii) Ante la Defensoría del Pueblo la causa “*deficiente e inoportuna atención médica asistencial en el servicio de: urgencias, consulta externa, hospitalización, procedimientos, medicamentos o terapias*” ocupó la primera razón de reclamos en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 a marzo de 2018 con 22.877 violaciones.

(iii) En la Superintendencia de Salud “*la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no POS*” ocupó el tercer lugar con el mayor número de quejas en el 2018 y el segundo, en los años 2019 y 2020. Por su parte, la “*falta de oportunidad de medicamentos POS*” obtuvo, en el año 2018, el quinto puesto con mayor número de quejas y en el 2019, en 2020 el tercero y en 2021 el primer lugar. Y por último, la “*demora en la autorización de medicamentos no POS*” en el año 2019 ocupó la décima causa y en el 2020 la cuarta, con el mayor número de reclamos.

(iv) En el informe de tutelas de vigencia 2020 realizado por el Ministerio de salud, se encuentra que la solicitud de medicamentos a través de acciones de tutela ocupó la tercera causa de solicitud de amparo, en los años 2015, 2017, 2018, 2019 y 2020<sup>292</sup>.

(v) En el “*Tablero de Estadísticas de la Corte Constitucional*”, de enero a noviembre de 2021 se radicaron 18.864 (21,4%) acciones de tutelas cuya pretensión principal fue la entrega oportuna de medicamentos, siendo la tercera causa más común de las acciones de amparo en las que se solicitó la protección del derecho fundamental a la salud.

---

<sup>292</sup> Auto 440 de 2021.



103. Conforme a todo lo expuesto, se observa que, si bien el Ministerio tomó medidas tendientes a fijar los parámetros y el tiempo máximo en el suministro de medicamentos, esas medidas no son suficientes para garantizar a los pacientes el acceso oportuno de los fármacos, teniendo en cuenta que no existe un registro por medio del cual las IPS reporten el suministro de medicamentos para efectos de establecer la oportunidad. Además, se pudo observar que las promotoras de salud no están cumpliendo con las directrices relativas a la entrega de medicamentos, encontrándose una falta de dispensación completa y oportuna.

*Oportunidad en el suministro de otro tipo de tecnologías necesarias para el tratamiento*

104. En relación con los procedimientos y tecnologías necesarios para paliar, mejorar la enfermedad, o estabilizar la salud, diferente a medicamentos, la Sala se percata que no existe unos lineamientos definidos que establezcan términos máximos en la atención de ellos.

105. No obstante, la Corte pudo avizorar que el Ministerio, por medio de la Resolución 256 de 2016, adoptó medidas para monitorear los tiempos de espera en la realización de cirugía de reemplazo de cadera, cataratas y revascularización miocárdica. Por otra parte, la Sala observó que, en la encuesta de satisfacción a los usuarios, el Ministerio ha realizado un monitoreo respecto a otro tipo de tecnologías, como tratamientos asistidos quimioterapia, radioterapia, diálisis y Terapias en la EPS. Sin embargo, no se advirtió el monitoreo de otros procedimientos necesarios para el tratamiento de la enfermedad como, trasplante de médula ósea, renal, cornea, otro tipo de cirugías diferentes a las indicadas en la Resolución 256 de 2016, terapias en casa o domiciliarias, entre otros.

Al revisar los resultados del reporte efectuado con ocasión de la Resolución 256 de 2016 y la encuesta de satisfacción a los pacientes, se obtienen los siguientes datos:

Periodo	Tiempo de espera para la realización de		
	Cirugía de reemplazo de cadera	Cataratas	Revascularización miocárdica
I semestre 2017	16,24	28,72	16,66
II semestre 2017	19,02	21,22	4,29
I semestre 2018	23,15	20,35	4,17
II semestre 2018	39,84	22,47	4,83
I semestre 2019	27,53	26,96	2,99
II semestre 2019	33,75	25,87	4,55
I trimestre 2020	27,07	23,57	3,48
II trimestre 2020	21,41	23,60	2,13
III trimestre 2020	34,39	33,09	2,05
IV trimestre 2020	No reporta	24,44	4,38
I trimestre 2021	27,73	18,50	2,69
II trimestre 2021	29,80	16,14	3,14
III trimestre 2021	16,80	17,41	4,63
IV trimestre 2021	30,11	15,21	2,87

Tratamiento	Año											
	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Con.	Sub.	Con.	Sub.	Con.	Sub.	Con.	Sub.	Con.	Sub.	Con.	Sub.
Tratamientos asistidos <sup>293</sup>	4,0	3,1	8,9	1,7	1,69	0,57	8,6	10,0	29,9	36,9	1,0	3,0
Terapias en la EPS	1,3	2,8	2,8	4,2	5,54	7,08	4,5	7,6	13,7	14,2	7,1	8,0

106. Teniendo en cuenta los anteriores datos, la Sala concluyó que la cirugía de reemplazo de cadera en el periodo medido ha tenido los tiempos más largos de espera, encontrándose que el tiempo máximo de espera estuvo en promedio de 39 días en el II semestre de 2018.

Por otro lado, también notó que los tratamientos asistidos de quimioterapia, radioterapia y diálisis, en el año 2020, tuvieron un promedio de espera en el régimen subsidiado de 36 días y en el régimen contributivo de 29 días. Términos mayores a los reportados en los otros años y lo cual puede obedecer a la pandemia generada por el Covid-19, que tal como lo señaló Acemi luego de la reapertura se presentaron sobrecupo en la atención a los distintos servicios médicos. Situación que se puede corroborar con informe de la Defensoría<sup>294</sup> en el que se evidencia que las patologías de cáncer y huérfanas presentaron el mayor número de quejas y solicitudes en la pandemia, como se detalla a continuación.

Diagnóstico	Quejas	%	Solicitudes	%
Cáncer	366	54,8%	560	54,7%
Enfermedad huérfana	67	10,0%	132	12,9%
Diabetes	68	10,2%	115	11,2%
Enfermedad Pulmonar	61	9,1%	69	6,7%
Enfermedades crónicas de la piel	42	6,3%	63	6,2%
Enfermedad Renal	35	5,2%	42	4,1%
Enfermedades del sistema nervioso central	10	1,5%	14	1,4%
VIH	7	1,0%	13	1,3%
Enfermedades crónicas de la sangre	4	0,6%	5	0,5%
Enfermedades de la sangre y sistema hematopoyético	3	0,4%	4	0,4%
Enfermedades ostearticulares degenerativas	3	0,4%	3	0,3%
Enfermedad del sistema inmunológico	1	0,1%	1	0,1%
Total	668	100%	1023	100%

107. Sin embargo, pese a las cifras reportadas en razón a la resolución 256 de 2016, se evidencia en el Observatorio Nacional del Cáncer, en el periodo comprendido entre el año 2016 a 2019, en relación con los tiempos de espera desde del diagnóstico hasta el primer tratamiento respecto de los cáncer de mama, próstata, cuello uterino,

<sup>293</sup> Quimioterapia, radioterapia y diálisis.

<sup>294</sup> Allegado a la Corte el 10 de septiembre de 2020 con ocasión a una denuncia ciudadana.

leucemia en niños, unos tiempos mayores, es así que en cáncer de mama los tiempos oscilan entre los 75 días hasta los 92 días; en el de próstata desde los 93 días a los 125 días; en el de niños desde los 10 días hasta los 71 días y en el cuello uterino desde los 86 días hasta los 106 días, como se detallaran a continuación, presentándose una dilación y un retardo en el inicio del tratamiento, que sumado a la demora en el diagnóstico puede ser perjudicial para estar personas, conllevándola incluso hasta la muerte.

Tipo de cáncer	Año			
	2016	2017	2018	2019
Cáncer de mama	75 días	87 días	92 días	91 días
Cáncer de Próstata	93 días	97 días	125 días	114 días
Leucemia en niños	71 días	10 días	16 días	No se reporta
Cuello Uterino	86 días	98 días	106 días	105 días

108. Conforme lo anterior, la Sala considera que no existen verdaderas garantías que permitan a los usuarios acceder de manera oportuna a los procedimientos, servicios necesarios para el tratamiento de sus patologías, toda vez que no había parámetros claros que definan unos tiempos máximos para que los pacientes puedan ser atendidos y de esta manera no se vea menoscaba su salud por el tiempo de espera. Así, no hay una medición completa de todos los procedimientos necesarios para mejorar o paliar la enfermedad.

109. Por último, la Sala evidencia que entre enero a noviembre de 2021 se radicaron 28.377 (32,1%) acciones de tutela cuya pretensión principal fue la práctica oportuna de procedimientos médicos. Esta fue de lejos, la causa más común por la cual los ciudadanos acudieron a la acción de amparo en búsqueda de la garantía del derecho a la salud.<sup>295</sup>

110. Teniendo en cuenta lo expuesto, la Corte estima que el Estado no ha brindado las garantías necesarias y suficientes para que los habitantes del territorio del país puedan recibir de manera oportuna los servicios de salud necesarios para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, encontrándose que: (i) salvo la prestación de los servicios de urgencias clasificados con *triage* I y II, citas de medicina y odontología general y medicamentos, el Gobierno no ha establecido lineamientos en el que fije tiempos máximos de atención; (ii) con excepción de las citas de medicina y odontología general no se observa una medición completa de los servicios que permitan determinar el grado de oportunidad, y (iii) los usuarios del sistema no están recibiendo una atención oportuna y efectiva en cada uno de los servicios analizados, salvo en la asignación de cita de medicina y odontología general del régimen subsidiado.

<sup>295</sup> “Tablero de estadísticas de la Corte Constitucional”. Base de datos revisada el 20 de abril de 2022. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php>.

### ***El impacto en el acceso de las medidas adoptadas con ocasión a las órdenes 17 a 23***

111. Conforme se pudo evidenciar al traer a colación las valoraciones del cumplimiento de las órdenes décima séptima a vigésima tercera, el Gobierno Nacional adoptó medidas con el fin de superar las barreras evidenciadas en la sentencia T-760 de 2008 y que terminaban afectado el acceso oportuno y eficaz de los servicios de salud a los habitantes del territorio nacional.

Al revisar cada una de esas valoraciones y analizarlas con otros medios probatorios la Corte encontró los siguientes efectos de las medidas adoptadas:

(i) En razón a las medidas adoptadas con ocasión de las órdenes 21 y 22 los afiliados al régimen contributivo y subsidiado gozan del mismo plan de beneficios, esto es, tienen derecho a iguales servicios y tecnologías en salud. A ambos regímenes se les aplica la misma resolución por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías excluidas de financiación con recursos públicos asignados a la salud. No obstante, no se evidenció un sistema de información ni una metodología sólida para la determinación de la suficiencia de los recursos para financiar el PBS.

(ii) Si bien los planes de beneficios fueron actualizados integralmente de cara a un sistema de exclusiones, la Corte en la valoración de las órdenes 17 y 18, efectuada en el auto 094A de 2020, identificó varias falencias que afectaban el acceso oportuno a los servicios de salud, como las siguientes:

a. Se pudo advertir la confusión que generó en los actores del sistema la creación de los mecanismos de protección individual y colectiva que tuvo como consecuencia que algunas promotoras negaran las tecnologías no financiadas por la UPC y no excluidas expresamente de financiación con recursos públicos de la salud, por considerarlos no PBS. Situación que se vio reflejada en la medición de las acciones de tutela realizadas por el Ministerio de Salud en la que se evidenció que en el año 2018 el 14,42% de las acciones de amparo fueron para solicitar “*servicio negado por ser NOPBSUPC*” y en el año 2019 el 4,4% se interpusieron para reclamar servicios de salud “*ordenado por el médico tratante y negado por no estar financiado con la UPC*”.

Esta situación continuó en la valoración que se hizo en el auto 755 de 2021 en el que la Corte concluyó que no se demostró que el Ministerio de Salud hubiese desplegado acciones tendientes a aclarar a los actores del Sistema qué es lo que se debe entender por plan de beneficios, advirtiendo que persiste la confusión en la comunidad en general respecto al concepto de PBS, pese a que la cartera ministerial ya no está usando términos que den lugar a ello.

Además, esta Corporación en la sentencia T-436 de 2019 estudió un caso de una señora que presentaba complicaciones en su pie izquierdo, por lo que el médico tratante para determinar cuál era el procedimiento adecuado a seguir de acuerdo con

su padecimiento, le ordenó una serie de exámenes e intervenciones<sup>296</sup>. Procedimientos que fueron negados al alegar que estos no eran PBS debido a que no se encontraban enlistados en la resolución 5269 de 2017<sup>297</sup>. En virtud de que la paciente no le realizaron las intervenciones de manera oportuna le terminaron amputando los dedos del pie izquierdo. En esa oportunidad la Corte señaló que de las pruebas obrante en el expediente corroboró que los procedimientos necesarios sí estaban dentro del plan de beneficios por lo que señaló que Comparta EPS tenía *“la obligación legal de prestar estos servicios, sin ningún tipo de dilación o impedimento administrativo”*.

b. También se observaron dilaciones en la prestación del servicio por discusiones relativas a la forma que debería prescribirse un procedimiento médico producto de la falta de certeza respecto de si no era financiado por la UPC. Es así que en sentencia SU-124 de 2018 la Corte estudió el caso de una paciente con cáncer, en el que su médico tratante le ordenó el examen Centocancer que lo identificó mediante el código 908412, el cual conforme lo señalado por el médico y lo confirmado por Minsalud y otros expertos era cubierto por la UPC y no requería la herramienta Mipres; no obstante, la EPS Coomeva le negó la autorización al considerar que tal servicio debía prescribirse por Mipres porque no era PBS. En esa oportunidad la Corte indicó lo siguiente:

*“La negativa de la entidad accionada de atender pronta y eficazmente a la paciente, con fundamento en la imposición de trámites administrativos improcedentes, es contraria a las disposiciones constitucionales y legales que regulan la prestación del servicio de salud, a los postulados mínimos de la razón y desconoce criterios básicos y elementales de la lógica, pues le impuso a la usuaria la irracional labor de adelantar una gestión de imposible realización, en atención a que el aplicativo MIPRES no regulaba la autorización del procedimiento ordenado, por la sencilla razón que la práctica de ese examen podía autorizarse bajo un código que lo incluía en el PBS. En ese sentido, la EPS debió proteger las garantías ius fundamentales de la paciente a través de la remoción de todas las barreras administrativas que impidieran la prestación efectiva y oportuna del servicio de salud.”*

(iii) En la valoración de la orden 19, la Corte se percató que se seguían negando en forma expresa y tácita servicios incluidos en el plan de beneficios. Además, al realizar la presente valoración, la Corte notó que la barrera evidenciada en la sentencia T-760 de 2008 relativa a la inoportunidad y falta de suministro de los servicios a lo que la población tiene derecho todavía no se había superado, incluso la Corte al analizar el informe de la Defensoría del Pueblo *“La Tutela y los Derechos a la Salud y la Seguridad Social 2019”* 14 edición 2020<sup>298</sup>, encontró que desde el 2008 hasta el 2019 las solicitudes por tutela de servicios que hacen parte del plan de beneficios habían aumentado, incluso en los dos últimos años (2018 y 2019) las acciones de tutela para acceder a servicios PBS han superado el 80% y para el año 2020 la misma entidad informó que el porcentaje de las solicitudes por tutela de

<sup>296</sup> Artrografía periférica de miembro inferior bilateral con aortograma abdominal urgente, cirugía cardiovascular; interconsulta por medicina especializada prioritaria y, arteriografía.

<sup>297</sup> Resolución que consagra los servicios cubiertos con carga la UPC.

<sup>298</sup> Se puede ver en: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf>

servicios que hacen parte del PBS correspondió al 89,03 %, lo que resulta en un 3,71 puntos porcentuales más que en el 2019.

<b>Porcentaje de acciones de tutela para solicitar servicios de salud PBS</b>			
<b>Año</b>	<b>%Contributivo</b>	<b>%Subsidiado</b>	<b>% General</b>
2008	54,85%	32,71%	49,30
2009	59,90	76,50	68,20
2010	54,00	73,80	65,40
2011	64,16	70,26	67,81
2012	65,25	75,59	70,93
2013	64,90	75,63	69,96
2014	61,70	70,24	65,74
2015	62,83	65,51	64,08
2016	70,99	68,39	69,70
2017	74,27	71,48	72,89
2018	81,73	78,84	80,12
2019	86,31	84,60	85,32
2020	88,87	89,26	89,03

Por otra parte, del informe de tutelas elaborados por Minsalud con datos de 2018 y 2020<sup>299</sup> se pudo evidenciar que los servicios más solicitados a través de acción de tutela fueron aquellos que hacían parte del plan de beneficios, como se detalla a continuación:

<b>Causa de la solicitud</b>	<b>Vigencia 2018</b>		<b>Ranquin de motivos de tutela</b>
	<b>Régimen contributivo</b>	<b>Régimen subsidiado</b>	
Solicitud de servicio del Plan de Beneficios con cargo a la UPC que no ha sido negada pero está demorada	1.630	1.867	Primer motivo de solicitud de 17 causas
Solicitud de servicio de salud de salud no financiado con la UPC que fue aprobada pero está demorada	577	778	Tercer motivo de solicitud de 17 causas
Solicitud de servicio negado por ser NOPBSUPC	545	749	Cuarto motivo de solicitud de 17 causas

<b>Causa de la solicitud</b>	<b>Vigencia 2019</b>		<b>Ranquin de motivos de tutela</b>
	<b>Régimen contributivo</b>	<b>Régimen subsidiado</b>	
Solicitud de servicio del Plan de Beneficios con cargo a la UPC	1746	2.055	

<sup>299</sup> La Sala Especial de Seguimiento hace la salvedad que la medición del año 2020 no se aportaron datos completos como consecuencia de la pandemia del Covid-19, que dificultó la medición de los meses de marzo, abril, mayo y junio dado el confinamiento declarado por el Gobierno Nacional. Ello impidió la obtención de una muestra que lograra ser representativa por el bajo número de expedientes analizados, lo que seguramente dejó por fuera varios de los problemas referentes al acceso al servicio de salud.

que no ha sido negada, pero está demorada			Primer motivo de solicitud de 17 causas
Solicitud de servicio de salud de salud no financiado con la UPC que fue aprobada, pero está demorada	362	790	Tercer motivo de solicitud de 17 causas
Solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por no estar financiado con la UPC	169	241	Sexto motivo de solicitud de 17 causas

(iv) En la valoración de la orden 23 se evidenció que continuaba la falla referente a la falta de un mecanismo que permita el acceso a los servicios y tecnologías expresamente excluidos. También se avizoró una dilación en el acceso a los servicios no financiados con la UPC dado que la herramienta Mipres, para autorizarlos exigía que se hubieren agotado los servicios y tecnologías PBS UPC.

(v) De manera similar en la valoración de la orden 30<sup>300</sup> se encontró que según los informes remitidos por el Ministerio para 2019 y 2020, el número de acciones de tutela radicadas que invocaban el derecho a la salud en el año 2020 fueron del 42,89% en comparación con el 33,43% del año anterior. Estos datos, teniendo en cuenta que el total en 2019 se reportó un total de 620.257, de las que 207.368 fueron en salud. Mientras que en 2020 ese número disminuyó a 256.312, de las cuales, 109.940 fueron en salud<sup>301</sup>. De lo que se concluyó que, a pesar de la aparente reducción, para la Sala resultaba imposible valorarla de forma objetiva o atribuirla a las medidas adoptadas por Minsalud, dada la crisis sanitaria por el Covid-19 y la falta de recolección de la información de las acciones impetradas durante cuatro meses del periodo evaluado.

112. Conforme a lo expuesto, la Sala Especial concluye que las diferentes problemáticas que han impedido avanzar en el acatamiento de las directrices contenidas en los numerales 17 a 23 de la Sentencia T-760 de 2008 se constituyen barreras que impactan en forma negativa el acceso a los servicios de salud e imposibilitan el goce efectivo de esta prerrogativa fundamental.

***Barreras diferentes a las estudiadas en las directrices 16 a 23 y que afectan de manera directa en el acceso oportuno y eficaz a los servicios de salud***

113. Al analizar los informes presentados por distintas entidades, así como la información que reposa en la web, la Sala evidenció ciertas barreras que no permiten a los usuarios recibir una atención oportuna, las cuales se abordaran a continuación:

***Barreras que afectan el servicio de urgencias***

<sup>300</sup> Auto 440 de 2021. Valoró la medición del número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos establecidos en la sentencia estructural en un nivel de cumplimiento medio.

<sup>301</sup> Sin información completa para los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2020.

114. De acuerdo con el informe Defensorial-Derecho a la Salud Monitoreo a los Servicios de Urgencia de IPS en Colombia publicado en el año 2020 se evidenciaron las siguientes falencias:

(i) Insuficiencia de los servicios de urgencias, los 5701 usuarios que se encontraban en sala de observación en urgencias al momento de hacer la visita, estaban distribuidos de la siguiente manera:

En camillas	En camas	En sillas	En el piso	Otros
42,3%	28,3%	24,3%	2,1%	3,0%

También se pudo identificar sobreocupación del servicio de urgencias que, de acuerdo con la naturaleza jurídica de la prestadora, en las IPS mixtas estaba en el 244,4%, en los privados 146,6% y en los públicos del 136,2 %; conforme al nivel de complejidad advirtió que la baja tenía el 169%, la media de 140,4% y la alta 138,6%. Así mismo, la Asociación de Pacientes de alto costo informó que había pacientes que tuvieron que esperar dos días o semanas en urgencias en una silla, sin cama y sin diagnósticos, lo que ratifica la situación planteada en el informe de la Defensoría.

(ii) Ausencia de *triage* después de la cinco de la tarde.

(iii) Negación del servicio por no ser clasificada como urgencia vital.

(iv) Inconvenientes en el traslado a un paciente por nivel de complejidad por distintas causas como demora en las autorizaciones de las EPS para la remisión, falta de disponibilidad de camas y manejo integral en alta complejidad, falta de disponibilidad de camas en hospitalización y demorar en la autorización para el servicio de ambulancia, dificultad que también fue señalada por Acemi y Pacientes de Alto Costo.

Así mismo, de la información suministrada por Acemi se pudieron advertir de otros problemas como sobrecupo en camas de hospitalización; insuficiencia de médicos generales y especialistas, falta de logística para atender consulta en horarios pico.

#### *Falta de agendas abiertas*

115. La falta de agenda en citas de medicinas especializada y procedimientos médicos se ha constituido en una barrera para el acceso a los servicios de salud tal como se advirtió en la encuesta de servicios de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, informes 2016, 2017 y 2019, mostrándose en los dos primeros años los siguientes datos:

Año	No agenda	
	Régimen contributivo	Régimen subsidiado
2016	33,4%	21,3%
2017 <sup>1</sup>	40,0%	21,3%

Además, en el informe de 2019 se expresó que las citas especializadas con mayor



inconveniente en falta de agenda fueron cardiología, neurología y ortopedia. Así mismo, la Defensoría del Pueblo<sup>302</sup> informó que la principal problemática en materia de acceso, en particular, la de especialistas, se debía por no disponibilidad de agenda. Igualmente, esa misma entidad, expresó que a través del estudio de tutela evidenció un aumento de las acciones de amparo por esta situación.

### *Insuficiencia de servicios médicos y hospitalarios en zonas dispersas*

116. Conforme se señaló en la valoración de la orden vigésima novena<sup>303</sup> en zonas geográficamente dispersas se evidenció que los servicios médicos a lo largo de los años se han mantenido o disminuido, es así que, en los servicios de pediatría, ginecología, ginecobstetricia y medicina interna tuvieron una reducción en los departamentos de Guainía, Guaviare, San Andrés, Vaupés y Vichada.

### *La garantía de portabilidad*

117. La figura de la portabilidad fue introducida en el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011, el cual impuso a las EPS la obligación de garantizar dentro del territorio nacional el acceso a los servicios de la salud, valiéndose de acuerdos con IPS y otras promotoras. La normatividad mencionada fue reglamentada por el Decreto 1683 de 2013, que definió esta figura como “*la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud*”<sup>304</sup>.

Así mismo la sentencia T-627 de 2011 definió la portabilidad como “*el derecho que tiene todo colombiano a ser atendido por las entidades que componen el Sistema de Seguridad Social en Salud, en cualquier territorio*”. Por su parte la sentencia T-856 de 2012 señaló que la portabilidad consiste: “*en que la prestación de los beneficios en salud se dé en cualquier lugar del país con la sola prestación de la cédula, en un marco de sostenibilidad financiera. La portabilidad impone a las entidades promotoras de salud, sean del régimen contributivo o del subsidiado, la obligación de garantizar el acceso a los servicios de salud a sus afiliados en todo el territorio nacional*”.

Esta Corporación ha indicado que la portabilidad tiene sus cimientos en el elemento de accesibilidad y en los principios de universalidad y progresividad debido a que garantiza al afiliado al sistema una cobertura en todo el país<sup>305</sup>.

118. El artículo 5° del Decreto 1683 de 2013 determinó las circunstancias en que opera la portabilidad, esto es, cuando ocurre una emigración ocasional, temporal o permanente de un afiliado, así:

---

<sup>302</sup> En escrito de 19 de mayo de 2017AZ Orden XIX-M, folio 5856.

<sup>303</sup> Auto 108 de 2021.

<sup>304</sup> Artículo 4° del Decreto 1683 de 2013.

<sup>305</sup> Sentencia T-627 de 2011, T-856 de 2012, T-162 de 2016.

(i) Emigración ocasional: cuando el afiliado del SGSS modifica su residencia por un periodo no mayor a un mes. En estos casos, todas las IPS que tengan servicios de urgencias deben brindar dicha atención, así como la posterior a ésta “*que se requiera, independientemente de que hagan parte o no de la red de la respectiva EPS*”.

(ii) Emigración temporal: ocurre cuando el usuario cambia su domicilio por un tiempo mayor a un mes y no superior a los doce meses. En este evento, la promotora tiene la obligación de asegurarle su vinculación a una prestadora primaria, y el acceso a todas las tecnologías PBS, en la red correspondiente.

(iii) Emigración permanente: Esta se da cuando el traslado supere los doce meses. En estos casos el usuario debe cambiar de EPS y afiliarse a una que opere en el respectivo régimen en el municipio receptor.

119. Teniendo en cuenta la expedición de la anterior normatividad, la Sala considera que el Ministerio, en cuanto a portabilidad, tomó acciones tendientes a garantizar el acceso de los servicios de salud de las personas en todo el territorio nacional; no obstante, no se evidencia un sistema de monitoreo que permita conocer en qué condiciones se están prestando ese servicio, así como las dificultades acontecidas al respecto. En relación con este punto, cabe destacar que la Superintendencia de Salud, en oficio de 15 de octubre de 2020, indicó que entre el 2015 y agosto de 2020 recibió 96.411 quejas en materia de portabilidad; sin embargo, expresó que no podía establecer el motivo de las quejas. Inclusive para el 2021 señaló que ya no tiene estandarizado el ítem en materia de portabilidad por lo que carece de datos actualizados.

Lo anterior lleva a la Corte a considerar que existe una falencia relativa a brindarle una verdadera protección a los usuarios, teniendo en cuenta que no existen medidas puntuales de seguimiento con respecto a la garantía de portabilidad. Y en la actualidad ya no se encuentra la categoría dentro del parametrización que efectúa la Supersalud.

### ***El acceso oportuno a los servicios de salud por parte de poblaciones particulares***

120. El artículo 2° de la Ley 1751 de 2015 establece que, para el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento rehabilitación y paliación, el Estado debe adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades a todas las personas.

Ahora bien, respecto de la no discriminación e igualdad de trato los numerales 18 y 19 de la observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dispone que se prohíbe toda discriminación en el acceso a la atención de la salud por motivos de raza, sexo, nacionalidad, impedimentos físicos o mentales, situación política, social, económica o cualquiera otra que produzca quebrantamiento de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.

121. Teniendo en cuenta lo anterior, la Sala estudiará el acceso a los servicios de salud a dos tipos de población, como lo son las personas privadas de la libertad y la

población migrante, debido a que tienen, por una parte, una situación jurídica particular y, por la otra, una nacionalidad distinta, lo que podría generar una discriminación en la atención en salud.

*Acceso a los servicios de salud por parte de la población privada de la libertad*<sup>306</sup>

122. En lo referente a la prestación de las tecnologías de salud de la población privada de la libertad la Corte puntualizó que el Estado tiene el deber de garantizar el acceso a los servicios de salud en forma oportuna, eficiente, continua y adecuada.<sup>307</sup> Así mismo, consideró que en un Estado social y democrático no es posible imponerles a estas personas obstáculos y barreras insuperables que impidan el acceso a los servicios de salud.<sup>308</sup>

123. Sin embargo, esta Corporación encontró que el Estado ha incumplido esos deberes, toda vez que en sentencias T-388 de 2013 y T-762 de 2015 evidenció problemas estructurales en materia penitenciaria y carcelaria, entre esos, demoras en la atención, falta de personal médico, represamiento en la autorización de medicamentos y procedimiento entre otras.

124. Ahora bien, cabe resaltar que el Estado ha expedido una serie de normas tendientes a regular la prestación del servicio a este grupo poblacional como se detalla a continuación.

a. El Congreso expidió la Ley 1709 de 2014, dispuso que los PPL tendrían el acceso a todos los servicios del SGSSS sin discriminación por su condición jurídica, garantizando “*la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de todas las patologías físicas o mentales*”<sup>309</sup>. Así mismo, consagró que la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios-Uspec y el Ministerio de Salud tenían la obligación de diseñar un modelo especial de atención en salud integral, diferenciado y con perspectiva de género para la población privada de la libertad que contara como mínimo de una atención extramural, intramural y primaria.

b. En desarrollo de la Ley 1709 de 2014 fue proferido el Decreto 2245 de 2015 que reglamentó el esquema para la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad. En él se impartieron directrices al Ministerio de Salud y a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) para que diseñara el modelo de atención en salud especial, integral para los reclusos el cual debería tener como mínimo una atención intramural, extramural y una política de atención primaria en salud.

En cuanto a la atención intramural dispuso que es aquella prestada en la Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en los establecimientos de reclusión.

---

<sup>306</sup> En adelante PPL.

<sup>307</sup> Sentencia T-588A de 2014, T-127 de 2016, entre otros.

<sup>308</sup> Sentencia T-338 de 2013.

<sup>309</sup> Artículo 104

En lo atinente a la extramural, el decreto realiza una diferenciación dependiendo de si la persona se encuentra o no interna en un establecimiento de reclusión. En lo que respecta a personas no internas en establecimientos de reclusión dispuso que los prestadores de servicios de salud contratados garantizaran la atención domiciliaria o en los centros de atención a las personas no internas en cárceles. Si se trata de personas internas en establecimientos de reclusión, plasmó que es aquella que se presta a los internos por fuera de los centros de reclusión en virtud de la imposibilidad de brindar la atención dentro del establecimiento ya sea por limitaciones o insuficiencia en su capacidad instalada o por la complejidad del tratamiento o por requerir atención hospitalaria.

c. En virtud de la anterior normatividad se emitió la Resolución 5159 de 2015, mediante la cual se adoptó el Modelo de Atención en Salud y Prestación de Servicios de Salud para la población privada de la libertad, incluida aquella que se encuentra en prisión domiciliaria.

Posteriormente el Gobierno expidió el Decreto 1142 de 2016<sup>310</sup>, el cual estableció que la población privada de la libertad perteneciente a los regímenes contributivo, exceptuados o especiales, conservaría su afiliación mientras siguiera cumpliendo con las condiciones establecidas para tal régimen. En este evento, dispuso que las EPS, las entidades que administren los regímenes excepcionales y especiales y la Uspec deberían implementar acciones operativas y financieras necesarias para viabilizar la atención intramural de los servicios de salud de la población privada de la libertad a cargo del Inpec.

No obstante, la Sala pudo evidenciar que existen inconvenientes que afectan el acceso a los servicios de salud, como el retraso en la asignación y el cumplimiento de citas con especialistas, situaciones que fueron puestas de presente por la Defensoría del Pueblo<sup>311</sup> y se encuentran en consonancia con lo señalado por el Gobierno Nacional el 7 de junio de 2019<sup>312</sup>, y por la (PGN, quien en carta enviada al

<sup>310</sup> “Por el cual se modifican algunas disposiciones contenidas en el Capítulo 11 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 del 2015, Decreto único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, y se adoptan otras disposiciones”.

<sup>311</sup> Escrito allegado a la Sala el 2 de agosto de 2018 en el que aseveró de manera expresa que: “El modelo de atención contempla que una cita con un especialista debe ser ordenada por el médico general del establecimiento. Ahí encontramos el primer obstáculo, pues salvo que sea una urgencia vital, el número total de personas que logran asistir a esta cita es reducido en comparación con las necesidades médicas de cada PPL. En segundo lugar, una vez autorizada la cita por el Consorcio, es el INPEC –que por razones de seguridad- debe solicitar la cita ante la IPS. El tercer y último obstáculo que se debe surtir es que exista la disponibilidad de un vehículo oficial y personal de guardia custodia y vigilancia para que se realice el respectivo traslado a la cita. Como ha sido reconocido por el propio INPEC, esta es la dificultad más común para la cancelación de las citas con médicos especialistas.”

<sup>312</sup> “Sexto informe semestral del Gobierno Nacional al Estado de Cosas Inconstitucional del Sistema Penitenciario y Carcelario.” En el cual se consignó que de enero a abril se (i) generaron 37.878 autorizaciones, de esas, fueron solicitadas 18.165 citas médicas; 12.303 asignadas, 8.854 cumplidas y 8.543 en proceso de atención y, (ii) reportaron un incumplimiento de 798 citas programadas, de las cuales 43 fueron por no disponibilidad de vehículos y 28 por no disponibilidad de guardia. [http://www.politicacriminal.gov.co/Portals/0/autos/SEXTO\\_INFORME\\_SEMESTRAL\\_FINAL\\_APROBADO\\_\(4\).pdf](http://www.politicacriminal.gov.co/Portals/0/autos/SEXTO_INFORME_SEMESTRAL_FINAL_APROBADO_(4).pdf). Además, el 4 de julio de 2019 la procuraduría General de la Nación al pronunciarse sobre el mismo indicó que de acuerdo con las cifras del Gobierno existía una situación preocupante debido a que solo el 47,95% de las citas generadas fueron solicitadas y el 6,16% fueron cumplidas. Expresó que históricamente se han registrado dificultades en el cumplimiento de citas médicas extramurales “denominada como represa con especialistas, hospitalizaciones, tratamiento y exámenes que requieren de remisiones” situación que ha ocasionado constantes reclamos por parte de la población privada de la libertad.

Ministerio de justicia indicó que únicamente el 67,7% de las citas médicas solicitadas eran asignadas y solo el 47% atendidas<sup>313</sup>.

Además, la Defensoría del Pueblo informó a la Sala que existía una demora generalizada en la entrega de insumos y medicamentos odontológicos e insuficiencia de personal y de vehículos para el traslado de los reclusos, por lo que las autoridades penitenciarias priorizaban las remisiones a las audiencias judiciales sobre las de citas médicas. Situación última, que dicha entidad también plasmó en informe de 2019<sup>314</sup> en el que indicó que al realizar inspección a 55 centros de penitenciarios<sup>315</sup>, pudo constatar que faltaba personal de guardia y vehículos oficiales para el traslado de los reclusos con el fin de acudir a citas médicas<sup>316</sup>.

En este sentido, si bien el Gobierno ha adoptado medidas formales que regulan la prestación de los servicios de salud a la población privada de la libertad, la Sala observa que persisten los problemas que afectan la atención en salud extramural de manera oportuna y eficaz, y en consecuencia la materialización de las mismas.

Situación que se considera como grave, dado que se evidencian dos grandes fallas que afectan el acceso oportuno, el primero, se refiere a la asignación de las citas, toda vez que conforme al informe del Gobierno<sup>317</sup> antes de que esto ocurra, la consulta debe ser autorizada y después solicitada, observándose que de enero a abril de 2019 solo fueron solicitadas un poco más de la mitad de las citas autorizadas. El segundo, hace alusión a la atención, debido a que además de los inconvenientes hallados que afectan la oportunidad de esta, enfrentan otra problemática que los conlleva a una falta de atención, debido a que por insuficiencia de personal y de vehículos no pueden asistir a sus citas, hecho que no es aislado, dado que conforme se desprende de lo identificado por la Procuraduría, el 53% de las personas a las que se les asignó su cita no fueron atendidos

En este sentido, la Sala considera que no se le están brindando las garantías suficientes que le permitan a los privados de la libertad obtener el acceso oportuno y eficiente de los servicios de salud en especial en la atención extramural.

### *Acceso al derecho a la salud de los migrantes*

125. Conforme al artículo 100 de la Constitución Política, los extranjeros que se encuentran en el territorio nacional tienen iguales derechos civiles y gozan de las mismas garantías concedidas a los colombianos. En efecto, la Carta establece que,

<http://www.politicacriminal.gov.co/Portals/0/documento/Informe%20de%20la%20Procuraduria%20General%20de%20la%20Naci%C3%B3n%20al%20VI%20Informe%20de%20Seguimiento%20al%20Gobierno%20Nacional.pdf>

<sup>313</sup> <https://www.procuraduria.gov.co/portal/Procuraduria-derecho-salud--carceles.news>

<sup>314</sup> “sexto informe Defensoría del Pueblo Estado de Cosas Inconstitucional-ECI en Materia Penitenciaria y Carcelaria.” <http://www.politicacriminal.gov.co/Portals/0/documento/Informe%20de%20la%20Defensoria%20del%20Pueblo%20al%20VI%20Informe%20de%20Seguimiento%20al%20Gobierno%20Nacional.pdf>

<sup>315</sup> De 134 centros penitenciarios (56,7%) de la PPL.

<sup>316</sup> Además, puso de presente una situación particular en el Complejo Carcelario y Penitenciario de Cúcuta relacionadas con directrices impartidas por parte del comandante de guardia y de la dirección del establecimiento relativa a restringir o disminuir las remisiones médicas para la atención de las personas privadas de la libertad con la red externa con el fin de evacuar los servicios represados.

<sup>317</sup> “Sexto informe semestral del Gobierno Nacional al Estado de Cosas Inconstitucional del Sistema Penitenciario y Carcelario.”

“(…) los extranjeros gozarán, en el territorio de la República, de las garantías concedidas a los nacionales, salvo las limitaciones que establezcan la Constitución o la ley”. En este sentido, de acuerdo con nuestra carta política, los migrantes deben acceder a los servicios de salud en similares condiciones que los nacionales.

En ese contexto, el artículo 156 de la Ley 100 de 1993 dispuso que todos los habitantes de Colombia deberían estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y de esta manera, recibir el plan integral de protección en salud “*atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales*”<sup>318</sup>, esto es, el plan de beneficios<sup>319</sup>. Asimismo, los artículos 153 de la Ley 100 de 1993 y 6 de la Ley 1751 de 2015, que enlistan los principios en los que se debe regir el derecho fundamental a la salud y el funcionamiento del SGSSS, señalan que “*El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida, y se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños*” y “*Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida*”. (negrilla fuera del texto original)

126. Por lo anterior, una persona colombiana o extranjera debe afiliarse en el régimen contributivo o subsidiado, en aras de gozar de una atención integral en salud, y para ello, tiene que contar con documento válido de identificación<sup>320</sup>. Con fundamento en lo anterior, la Corte ha sostenido que, si un extranjero se encuentra en situación migratoria irregular en el territorio nacional, está obligado a regularizarse con el fin de obtener un documento permitido e iniciar el trámite de afiliación y así, recibir la atención en salud<sup>321</sup>.

En esa línea, y centrándonos en los extranjeros, un migrante no afiliado al sistema, ya sea que se encuentre en nuestro país de manera regular o irregular, no tendría derecho a gozar del plan de beneficios en salud. No obstante, sí sería beneficiario de la atención en urgencias de acuerdo con el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, el cual dispuso, que para dicha prestación no es exigible contrato ni orden previa, en ese mismo sentido, lo consagra el artículo 67 de Ley 715 de 2001. A su vez, la Ley Estatutaria en Salud en los artículos 10 literal b y 14, estableció que las personas tienen derecho a recibir la atención de urgencia sin que pueda requerirse para su prestación cancelación de pago, documento previo, ni autorización administrativa.

Por otro lado, el artículo 2.1.3.11 del Decreto 780 de 2016 indicó que los niños recién nacidos de padres no afiliados tienen el derecho a que se les afilie al sistema, y de esta manera acceder a los servicios de salud.

En este sentido, la Corte considera que:

<sup>318</sup> Literal c del artículo 156 de la Ley 100 de 1993.

<sup>319</sup> El artículo 2.1.3.4 del Decreto 780 de 2016 estableció que: “[e]l afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del plan de beneficios desde la fecha de su afiliación o de la efectividad del traslado de EPS o de movilidad”.

<sup>320</sup> Artículo 2.1.3.5. del Decreto 780 de 2016.

<sup>321</sup> Ver sentencias SU- 677 de 2017, T-210 de 2018, T-452 de 2019, T-576 de 2019, entre otras.

“[L]os extranjeros: (i) deben ser tratados en condiciones de igualdad respecto de los nacionales colombianos; (ii) **tienen la obligación de cumplir la Constitución Política y las leyes establecidas para todos los residentes en Colombia;** (iii) **tienen derecho a recibir un mínimo de atención por parte del Estado en casos de urgencia con el fin de atender sus necesidades básicas, especialmente las relacionadas con asuntos de salud.**”<sup>322</sup> (Las negrillas hacen parte de texto).

Así mismo puntualiza lo siguiente:

“[L]a garantía al derecho a la salud para los nacionales de otros países, independientemente de su permanencia regular o irregular en el país, se hace efectiva cuando estos reciben un mínimo de servicios de salud de atención de urgencias para atender sus necesidades básicas con el fin de preservar la vida en los siguientes eventos: (i) que no haya un medio alternativo, (ii) que la persona no cuente con recursos para costearlo y (iii) que se trate de un caso grave y excepcional”<sup>323</sup>.

Igualmente, esta Corporación ha indicado que la atención de urgencia puede incluir el tratamiento de enfermedades catastróficas o graves cuando el médico tratante considere que se necesitan con carácter urgente para preservar la vida.<sup>324</sup>

127. En virtud de lo expuesto, de acuerdo con la normatividad y la jurisprudencia los migrantes no afiliados al sistema en situación irregular o regular, tienen derecho a recibir atención de urgencia, así como el tratamiento requerido con urgencia en algunos casos concretos de enfermedad grave.

128. Ahora bien, en relación con la crisis migratoria que se presenta en Venezuela, el Gobierno Colombiano ha expedido de manera paulatina una serie de normas<sup>325</sup> tendientes a que los migrantes venezolanos puedan permanecer de manera regular en el territorio nacional, y de esta manera, recibir una gama de prerrogativas, entre esos, un acceso integral a los servicios de salud, es por ello, que profirió el Decreto 216 de 1 de marzo de 2021 que tuvo como finalidad establecer el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos con una vigencia de 10 años, el cual se aplica a los migrantes venezolanos que tenga la intención de permanecer en el territorio nacional y creó el Permiso por Protección Temporal para migrantes venezolanos como instrumento de regularización migratoria y documentos de identificación por medio del cual se autoriza a los migrantes venezolanos a permanecer el territorio nacional en situación de regularidad migratoria especial.

129. Conforme lo anterior, se evidencia que en relación con los migrantes venezolanos, el Gobierno nacional ha adoptado una serie de acciones que tienen

<sup>322</sup> Sentencia T-314 de 2016. En ese mismo sentido se pronunciaron las sentencias SU 677 de 2017, T-314 de 2016, T-239 de 2017, T-348 de 2018, T-074 de 2019, T-178 de 2019, T-197 de 2019, T-576 de 2019 y T-058 de 2020, entre otras.

<sup>323</sup> Sentencia T- 390 de 2020.

<sup>324</sup> Sentencia T-210 de 2018, T-025 de 2019, T-197 de 2019, T-246 de 2020, entre otras.

<sup>325</sup> Las resoluciones 5797 de 25 de julio de 2017, 0740 del 05 de febrero de 2018, 6370 del 1 de agosto de 2018, 10064 del 03 de diciembre de 2018, 10677 del 18 de diciembre de 2018, 2540 del 21 de mayo de 2019, 2634 de 28 de mayo de 2019, 0740 del 5 de febrero de 2018, 0240 de 23 de enero de 2020, Decreto 117 de 2020 y resoluciones 1667 de 2020, 2185 de 28 de agosto de 2020 y 2502 de 23 de septiembre de 2020.

como finalidad, entre otras, superar la barrera de la falta de afiliación, debido a que esas medidas pretenden que estas personas regularicen su estatus migratorio, y de esta manera, puedan obtener un documento válido de identificación que les permita, pertenecer al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en el régimen contributivo o en el subsidiado, y por ende acceder a los servicios de salud, en las mismas condiciones que un colombiano perteneciente al sistema.

130. Sin embargo, pese a las acciones tomadas por el Estado y las decisiones de la Corte, esta Corporación ha advertido una serie de barreras originadas en la falta de claridad en las normas y de coordinación entre las diferentes prestadoras, así como desconocimiento de la jurisprudencia que ha ocasionado dilación injustificada en el acceso a los servicios de salud, como se pudo advertir en las sentencias SU-677 de 2017, T-210 de 2018, T-178 de 2019 y T-246 de 2020, entre otras.

Es así que en la sentencia T- 210 de 2018 la Corte conoció de un caso de un menor de 2 años de edad de nacionalidad venezolana, con hernia inguinal a quien el Instituto Departamental de Salud del Norte le negó la valoración por cirugía pediátrica, por no contar con documento válido de permanencia en Colombia; no obstante, la Corte pudo evidenciar que el médico tratante consideró que el menor requería de manera urgente cirugía de reparación de la hernia, por lo que en esa oportunidad este Tribunal constitucional estimó que la accionada desconoció los derechos fundamentales de la salud del menor accionante, al no proceder autorizar la cirugía a pesar que el médico tratante estimó que era urgente y prioritaria.

En sentencias SU-677 de 2017 y T-178 de 2019 esta Corporación se ocupó de estudiar los casos de niños menores de edad nacidos en Colombia que no fueron afiliados al sistema, por considerar que sus padres se encontraban de manera irregular en el territorio colombiano desconociendo lo dispuesto en el artículo 2.1.3.11 del Decreto 780 de 2016 y se les negó el acceso a los servicios requeridos por ellos.

En la sentencia T-246 de 2020, se estudió un caso de una mujer venezolana con VIH la cual conforme al médico tratante requería *“el inicio de tratamiento antirretroviral de forma inmediata y las profilaxis para las infecciones oportunistas”* debido a que de lo contrario podría llevarla *“llevarla al fallecimiento”*; sin embargo, el Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS no le autorizó los medicamentos, pese a la orden del médico y lo señalado por la Corte en sentencias anteriores.

En la sentencia T-090 de 2021, la Corte revisó un caso de un menor de 6 años, con diagnóstico debilitante que ponía en riesgo su vida. La Sala Séptima de Revisión ordenó al Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander que *“autorice al menor (...) cita con la especialidad de cardiología pediátrica y examen de ecocardiograma transtorácico”* y le advirtió que *“se abstenga de negar el acceso a los servicios de salud del menor (...) con respecto al tratamiento de sus padecimientos”*, al estimar que inadmisibles exigirles a los menores de edad el deber de afiliación al SGSSS al tratarse de una responsabilidad de sus representantes legales. Por lo anterior, señaló que los menores tendrán derecho a acceder a todos los servicios que requieran en atención a sus condiciones de vulnerabilidad y a su



carácter de sujetos de especial protección constitucional. Ello, en virtud de un deber estatal “*de prestar los servicios de salud, libre de discriminación y de obstáculos de cualquier índole, a los menores de edad que sufren de algún tipo de afección física y mental y de garantizarles un tratamiento integral, adecuado y especializado*”.

### **El acceso oportuno y efectivo del servicio de salud en los asuntos especiales estudiados en el marco de cumplimiento de la orden 16**

131. En el auto 413 de 2015, la Sala Especial de Seguimiento consideró que para la valoración de las órdenes impartidas mediante la sentencia T-760 de 2008 resultaba sustancial valerse de múltiples herramientas de evaluación que le permitieran comprobar los resultados concretos en el sistema, así como valorar los avances integrales en el disfrute efectivo del derecho a la salud. Dentro de ese esquema la Sala decidió focalizar el seguimiento sobre algunas situaciones puntuales que resultan relevantes desde el punto de vista constitucional. Con ello se pretende distinguir algunas de las variables del funcionamiento del sistema y que permitan desde un análisis casuístico, tener una mirada concreta del efecto material de las órdenes, así como de las barreras que persisten en el acceso al servicio de salud.

132. Por un lado, en 2015 la Corte focalizó el seguimiento respecto del sistema de salud del Chocó, en especial a la operatividad del Hospital San Francisco de Asís - HDSFA-, debido a varios inconvenientes que afectaba el acceso a los servicios de salud de la población chocoana. Sobre el particular, en inspección judicial del 25 de enero de 2015 reconoció un alto número de personas a la espera de ser atendidas en urgencias, así como la falta de personal médico. Confirmó que el Hospital no siempre contaba con un radiólogo que pudiera leer los resultados de los exámenes allí realizados y tampoco disponía de urólogos, anestesiólogos, médicos internistas ni pediatras. En el área de psiquiatría, algunos enfermeros le señalaron a la Corte que solo se contaba con dos psiquiatras con turnos rotativos para los pacientes que se encontraban internados.

La Sala ordenó en los numerales 7 del auto 413 de 2015, 5 del auto 056 de 2016 y 2 del auto 282 de 2016 no desmejorar el nivel de atención y evitar la suspensión de la prestación del servicio de salud durante el proceso de liquidación de la ESE y en el auto 314 de 2016 inició la verificación en el trámite. En ese estudio, encontró que la Supersalud no había fijado un plan de choque y se había limitado a afirmar que el hospitalario de nivel I de complejidad del Chocó asumiría la atención de 500.000 chocoanos y 115.000 quibdoseños, sin garantizar la atención adecuada de los servicios de salud de los usuarios.

Posteriormente, en el auto 039 de 2 de febrero de 2017, la Sala evidenció nuevamente un alto número de personas que estaban aguardando ser atendidas por los médicos de la ESE. Los asistentes a la diligencia afirmaron que la demora en la atención era prueba irrefutable de los problemas de acceso a la prestación de servicios médicos que se presentaban en el Hospital. En consecuencia, se declaró que los agentes del sistema de salud no implementaron las medidas conducentes para superar la vulneración del derecho fundamental a la salud en el departamento del Chocó, toda

vez que “*no generaron cambios que permitieran salvar con celeridad y contundencia las deficiencias en la calidad de la atención*”.

133. El 1 de septiembre de 2017 inició la prestación de servicios de salud en la nueva ESE de II nivel de atención. De ese modo, se observó un avance en las condiciones de acceso de los usuarios chochoanos. Sin embargo, en el auto 110 de 2021, la Sala determinó que persistían las barreas del acceso a los servicios de salud. Verificó que durante el inicio de la pandemia por el Covid-19 se suspendieron los servicios quirúrgicos urgentes, como las intervenciones para el tratamiento de neoplasias para pacientes de oncología. De la misma forma, encontró que el 50% de los usuarios percibía que el tiempo que transcurre en las etapas de atención en el servicio de urgencias se encontraba en un rango de aproximadamente 50 minutos; para la práctica de exámenes un tiempo promedio de 120 minutos y para los pacientes en camilla un tiempo aproximado de 24 horas. Además, no se contaba con el servicio de consulta externa para atender y garantizar la prestación de los servicios de manera oportuna. Lo anterior fue corroborado por las auditorías realizadas por las entidades de control.

En efecto, la Superintendencia Nacional de Salud reportó a la Sala, que en comparación con el año 2019, con corte a marzo de 2020, la ESE contaba con 17 especialistas menos, y determinó que algunos profesionales de la salud que tenían turno programado no estaban prestando servicios, situación que fue justificada, entre otras, por el cese de actividades de los médicos por el incumplimiento en el pago de honorarios, lo cual dio lugar a la cancelación de cuarenta procedimientos y citas<sup>326</sup>:

134. En consecuencia, mediante Resolución 4891 de 2020 la Superintendencia Nacional de Salud ordenó una vez más, la intervención forzosa del Hospital de II nivel de atención para garantizar a la población del departamento la atención en salud. Con ese panorama, la Sala Especial de Seguimiento encontró que a pesar de las acciones realizadas a la fecha, persistían los problemas en el acceso al servicio de salud que dio lugar a la apertura de la focalización, reiterando el nivel de cumplimiento bajo. Lo señalado demuestra que continúan las deficiencias en la calidad en la atención en salud dentro del territorio nacional que impide la garantía a todos los usuarios del sistema al acceso efectivo de los servicios de salud.

135. Por otro lado, esta Sala Especial de Seguimiento recibió varias denuncias respecto del funcionamiento del Grupo Saludcoop<sup>327</sup> y Caprecom EPS.

En efecto, para el caso de Saludcoop, constató (i) un déficit de camas pediátricas y unidades de cuidados intensivos a nivel nacional, (ii) falta de oferta de consultas de medicina interna en todas las regionales, (iii) ausencia de médicos especialistas en varios municipios y lugares alejados de las capitales del país y (iv) falta de asignación de citas de pediatras y obstétricas.

---

<sup>326</sup> En total se cancelaron 218 citas de pediatría, 193 de medicina interna, 134 de cirugía general, 82 de urología, 77 de oncología, 68 de obstetricia, 62 de oftalmología y 43 de anestesia, para un total de 877 citas suspendidas.

<sup>327</sup> Conformado por Saludcoop EPS, Cafesalud EPS y Cruz Blanca EPS.

Mientras que respecto de Caprecom, la Sala evidenció irregularidades en (i) barreras de acceso a los servicios en salud; (ii) falta de oportunidad en la atención; (iii) vulneración a los principios de continuidad e integralidad de los servicios; (iv) demoras en autorizaciones; (v) problemas en proceso de referencia y contrarreferencia; (vi) no disponibilidad de camas en IPS de nivel de atención III y IV para afiliados y, (vii) falta de entrega de medicamentos POS.

136. Mediante el estudio de estos casos, este tribunal pudo encontrar que dichas entidades promotoras de salud presentaron múltiples falencias e irregularidades en la prestación de servicios médicos de los usuarios que conllevaron a que se vulnerara el goce efectivo de su derecho fundamental a la salud. Con estos casos, la Sala ha evidenciado la continuidad en la disfuncionalidad del sistema de salud advertida en la sentencia T-760 de 2008, y por lo tanto, el incumplimiento de las órdenes allí emitidas. En esa medida, para la labor de la Sala Especial de Seguimiento representan una herramienta valiosa para evaluar en conjunto, la labor del Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y las EPS que integran el sistema, y a quienes les corresponde garantizar la continuidad, adecuada prestación y calidad de los servicios médicos, en los casos en los cuales se estén ejecutando acciones de intervención o liquidación de una EPS.

*Problemáticas que afectan el acceso oportuno y eficaz al servicio de salud evidenciadas en otras EPS relevantes para la verificación de la orden 16*

137. Sin que haya sido parte de una verificación especial por parte de esta Sala, la Corte encuentra que las fallas previamente descritas se han visto replicadas en el funcionamiento otras EPS dentro del territorio nacional. En efecto, recientemente mediante resoluciones 2022320000000189-6 del 5 de enero y 2022320000000864-6 del 8 de marzo de 2022, la Superintendencia Nacional de Salud ordenó la intervención forzosa y liquidación de Coomeva EPS y Medimás EPS respectivamente.

138. Sobre Coomeva EPS, evidenció que desde 2018 presentaba incumplimiento en cobertura de red de servicios de salud de alta y baja complejidad, especialidades básicas para el régimen contributivo y en los indicadores de experiencia en la atención en: porcentaje de tiempo de espera para la entrega de medicamentos incluidos en el “POS”, porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera completa y porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera oportuna. Por ello, el 3 de abril de 2019 la Supersalud revocó el funcionamiento de la EPS en los departamentos del Meta, Cauca y Cundinamarca, al encontrar que no garantizaba la prestación de los servicios de salud requeridos por la población usuaria en condiciones de calidad, oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Con todo, el concepto técnico de la dirección de inspección y vigilancia para entidades de aseguramiento en salud de seguimiento a la EPS realizado en 2020 verificó un riesgo en cuanto a la falta de oportunidad en el diagnóstico de patologías crónicas como cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, esto debido a las bajas coberturas en las actividades de detección temprana como: la citología cérvico-

uterina (67,0%), la colposcopia (7,18%) y la mamografía (48,73%). Durante el segundo semestre de 2020, todos los indicadores de experiencia de la atención presentaron incremento, siendo el tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general el que superó el tiempo establecido por establecido por la norma, lo que generó una alerta de riesgo que puede crear barreras de acceso y deterioro de la calidad de vida de sus afiliados.

139. Frente a Medimás EPS, la Superintendencia corroboró que después del Plan de Reorganización Institucional presentado de Cafesalud EPS, la promotora no logró superar las causas que originaron la dilación y negación oportuna, integral y continua de la prestación de los servicios de salud requeridos por los usuarios. De conformidad con lo expuesto en el concepto técnico de seguimiento, la Supersalud concluyó que la EPS tampoco consiguió sobrellevar las causas que originaron la medida preventiva y sus prórrogas ordenadas en 2017.

Dentro de las muchas problemáticas que presentaba la EPS, se encontró que para 2021 en ambos regímenes presentó un aumento considerable en la tasa de PQRD. Para el régimen subsidiado, presentó una tasa acumulada a 12 meses de 262,9 PQRD por cada 10.000 afiliados, ubicándose por encima de la tasa nacional del régimen, la cual se encuentra en 125,24 PQRD por cada 10.000 afiliados en el mismo corte. Asimismo, se evidenció una tendencia al incremento en la tasa acumulada a 12 meses de PQRD calculada por cada 10.000 afiliados pasando de 133,46 en noviembre de 2018 a 262,9 en noviembre de 2021. Para el régimen contributivo presentó una tasa acumulada de 467,09 PQRD por cada 10.000 afiliados, ubicándose por encima de la tasa calculada para el régimen en 249,01 PQRD por cada 10.000 afiliados. Finalmente, en la evaluación del promedio de los últimos años demostró una tendencia al incremento en la tasa acumulada de PQRD calculada por cada 10.000 afiliados pasando de 221,2 en noviembre de 2018 a 467,09 en noviembre de 2021.

### **Valoración del cumplimiento de la orden décima sexta**

140. En virtud de lo establecido en la metodología y alcance de la valoración, la Corte se encargará de determinar el grado de cumplimiento de la orden décima sexta de acuerdo con los parámetros establecidos en el auto 411 de 2015 teniendo en cuenta dos aspectos: *(i)* la verificación del cumplimiento de las órdenes décima séptima a vigésima tercera conforme los autos de valoración y, *(ii)* el estudio y análisis de las medidas tomadas para garantizar el acceso oportuno y eficaz de los servicios y tecnologías en salud en el territorio nacional.

141. En relación con el primer punto, el cual se refiere *(i)* al cumplimiento de las directrices relativas a la regulación de los planes de beneficios; *(ii)* la creación de un mecanismo de prescripción directa de servicios diferentes a medicamentos que no hacen parte del plan de beneficios y, *(iii)* a la desincentivación de la negación de tecnologías PBS, se advirtió lo siguiente:

(i) En lo referente a los planes de beneficios, la Sala de Seguimiento pudo evidenciar a través de los autos de valoración de las órdenes décima séptima, décima octava<sup>328</sup>, vigésima primera y vigésima segunda<sup>329</sup> que el Gobierno adoptó medidas a través de las cuales (a) actualizó el PBS de cara a un sistema de exclusiones, en atención a la Ley Estatutaria en salud y la sentencia C-313 de 2014 y, (b) unificó los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado. Sin embargo, pese a ello, se encontró que persistían las zonas grises y la falta de certeza relacionada con el contenido de los planes de beneficios, dando lugar a la negación y dilación del suministro de los servicios y tecnologías PBS, así como, la ausencia de un sistema de información y una metodología sólida para la determinación de la suficiencia de los recursos destinados a financiar el PBS.

(ii) En lo atinente a la creación de un mecanismo de prescripción directa de los servicios no PBS diferente a medicamentos, la Corte mediante el último auto de valoración de la orden vigésima tercera<sup>330</sup> se percató que el Ministerio a través de las resoluciones 1328 y 5884 de 2016, 1885, 2438 y 3055 de 2018, 1343, 3951 y 737 de 2019 implementó la herramienta “Mi prescripción” con el fin de que los profesionales de la salud pudieran prescribir en ambos regímenes de manera directa las tecnologías PBS no financiadas por la UPC. No obstante, halló que esta herramienta no estaba diseñada para ordenar y autorizar servicios y tecnologías excluidas de financiación de recursos públicos de la salud, por lo que las personas que requerían estos medicamentos y procedimientos estaban obligadas a acudir a la acción de tutela para poder acceder a los mismos. Así mismo, se advirtió que existía un desconocimiento en el manejo de la herramienta, así como una similitud de las juntas de profesionales de la salud con los CTC, lo que ocasionaba dilaciones en las autorizaciones de los servicios complementarios y de soporte nutricional.

(iii) En cuanto al registro de servicios negados advirtió a través del último auto de valoración de la orden décima novena<sup>331</sup> que, si bien, el Ministerio había adoptado medidas tendientes a establecer un registro de negaciones, pudo comprobar que con la creación de la herramienta mi prescripción dejó de llevar un reporte al respecto, lo que implicó un retroceso, además que se seguían evidenciando negaciones y dilaciones de servicios PBS. Asimismo, respecto a la orden vigésima<sup>332</sup>, la Sala corroboró que, por un lado, el ranquin de EPS no permitía establecer con claridad las promotoras que se encontraban en un rango crítico, o en estado de alarma, aceptabilidad y superioridad. Mientras que sobre el ranquin de IPS, señaló que los criterios adoptados para la medición resultaban insuficientes al dejar por fuera varios servicios que pueden medir su funcionamiento, lo que dificultó evaluar el universo de prácticas violatorias del derecho a la salud en que pueden incurrir las diferentes prestadoras. Encima, ninguno de los informes resultaba accesible para los usuarios y tampoco manejaban un lenguaje sencillo y comprensible para toda la población.

---

<sup>328</sup> Por medio del auto 094A de 2020 se valoró con nivel de cumplimiento medio las directrices décima séptima y décima octava.

<sup>329</sup> Mediante auto 109 de 2021 se valoró con nivel de cumplimiento medio de las órdenes vigésimo primero y vigésimo segunda.

<sup>330</sup> Auto 092A de 2020 se valoró con nivel de cumplimiento medio.

<sup>331</sup> Auto 122 de 2019 se calificó con nivel de cumplimiento bajo.

<sup>332</sup> Auto 358 de 2020, declaró el nivel de cumplimiento medio para el ranquin de EPS y el nivel de cumplimiento bajo para el ranquin de IPS.

Conforme lo anterior, pudo concluir que el Ministerio adoptó medidas conducentes para cumplir el contenido de las órdenes 17 a 23, con la excepción de la orden décima novena y vigésima, por las razones expuestas; no obstante, al revisar los resultados, teniendo en cuenta las mediciones de las acciones de tutela, los casos objeto de revisión de la Corte y el reporte de negaciones, la Sala Especial considera que los distintos inconvenientes que han impedido avanzar en el cumplimiento de los mandatos décimo séptimo a vigésimo tercero de la sentencia T-760 de 2008 se constituyen en barreras que impactan en forma negativa el acceso a los servicios de salud e imposibilitan el goce efectivo de esta prerrogativa, sin que se pueda evidenciar que tal problemática se vaya a superar.

142. En relación con el segundo aspecto, esto es, el análisis de (i) la oportunidad y eficiencia en la prestación de los servicios; (ii) la existencia de otras barreras que afectan el acceso oportuno y eficaz a los servicios de salud; (iii) la garantía de portabilidad y, (iv) el acceso oportuno a los servicios de salud por parte de algunos grupos poblacionales particulares, se visualizó lo siguiente:

(i) En cuanto a la oportunidad y eficiencia en la prestación de los servicios, la Corte identificó que se adoptaron medidas para (a) establecer los tiempos máximos en la atención en urgencias -*triage* I y II-, citas de medicina y odontología general y suministro de medicamentos; (b) determinar el tiempo que se tarda el sistema en asignar citas de medicina y odontología general, algunas especializadas, en la atención de unos procedimientos necesarios para el diagnóstico, y en la realización de cirugía de reemplazo de cadera, cataratas, tratamientos asistidos quimioterapia, radioterapia, diálisis y terapias en la EPS y, (c) que en medicina especializada se cuente con agendas abiertas la totalidad de días hábiles del año.

No obstante, se evidenció que en (a) urgencias no se estaba realizando un monitoreo del tiempo de espera del usuario -contado a partir del ingreso de urgencia- tanto para ser valorado por *triage* como para ser atendido una vez clasificado; además, que se estaba presentado demora y negación en la atención; (b) no se fijaron los tiempos máximos para en la asignación de citas de medicina especializada, realización de exámenes de laboratorio, procedimientos necesarios para el diagnóstico y determinación del tratamiento distintos a medicamentos; (c) no existe un registro por medio del cual las IPS reportaran el suministro de medicamentos para efectos de establecer la oportunidad; (d) no se efectúa monitoreo a todas y cada una de las especialidades frente a las cuales se asignan o solicitan citas, así como para cada una de las tecnologías necesarias para el diagnóstico y el tratamiento, distinta a medicamentos y, (e) se evidenció demora en la asignación de citas con especialistas y una falta de dispensación completa y oportuna de medicamentos.

(ii) La Corte advirtió otras fallas diferentes a las que dieron lugar a los mandatos décimo séptimo a vigésimo tercero de la sentencia T-760 de 2008, tales como dificultades en atención de urgencias relativas a la insuficiencia de servicios y/o sobrecupo en los mismos; falta de agenda para citas de medicinas especializada y procedimientos médicos e insuficiencia de servicios médicos y hospitalarios en zonas dispersas que ocasionan falta de oportunidad y eficiencia en la prestación de los

servicios de salud y en consecuencia se constituyen en barreras que impiden acceso a los mismos.

(iii) En lo referente a la garantía de portabilidad se adoptaron lineamientos tendientes a garantizar el acceso de los servicios de salud de las personas en todo el territorio nacional; no obstante, no se advirtió un sistema de monitoreo que permitiera conocer en qué condiciones se están prestando ese servicio, así como las dificultades acontecidas al respecto.

(iv) En lo atinente al acceso oportuno a los servicios de salud por parte de algunos grupos poblacionales particulares, se verificó que, en relación con las personas privadas de la libertad, si bien se emitieron normas que regulan la prestación de los servicios a esta población, persisten problemas en atención.

En cuanto al acceso a los servicios por parte de la población migrante, quienes *prima facie* deben cumplir las normas de afiliación al SGSSS. Respecto del derecho a la atención en salud para acceder al servicio de urgencias médicas (el cual abarca en casos extraordinarios, procedimientos o intervenciones médicas, siempre y cuando se acredite su urgencia para preservar la vida y la salud del paciente), se identificó que se les han brindado garantías, en especial a aquellos de nacionalidad venezolana; no obstante, se advirtieron situaciones que afectan el acceso oportuno y eficaz de los servicios de salud por parte de los migrantes, como la falta de afiliación al SGSSS a los recién nacidos cuyos padres no se encuentran afiliados al sistema, la negativa de la atención en urgencia o de la realización de un procedimiento o tratamiento que se necesita con carácter de urgente pese a las normas y la jurisprudencia sobre la materia. Adicionalmente, que la ampliación en la protección en salud de esta población se ha dado en gran parte por intervención de la Corte y no por actuación del Gobierno.

En virtud de lo expuesto, se evidencia que en relación con el segundo aspecto de la orden, se adoptaron medidas conducentes por parte del Gobierno para propender el acceso a los servicios y tecnologías en salud en el territorio nacional, toda vez que las acciones realizadas establecieron parámetros en la atención en citas, en procedimientos necesarios para el diagnóstico y para el tratamiento, así como en la prestación de los servicios en todo el territorio nacional y a poblaciones particulares como las privadas de la libertad y los migrantes; no obstante, estas medidas no han sido suficientes para que las personas que habiten en nuestro país puedan acceder a los servicios en forma oportuna y eficaz, debido a que (i) continua la dilación en la prestación; (ii) se advierte falta de control en los tiempos de atención en la mayoría de los procedimientos y tecnologías; (iii) se identifica una baja eficacia en el ejercicio de la función de vigilancia y control por parte de las autoridades competentes<sup>333</sup> y, (iv) persisten fallas estructurales que conllevan a la demora irremediable del servicio. Lo que conduce a la Sala a estimar que se requieren otras actuaciones adicionales, para contrarrestar dichas fallas.

---

<sup>333</sup> Debido a que las encargadas de la prestación de manera injustificada desconocen las normas y la jurisprudencia que establecen parámetros en la atención. En efecto, la Sala Especial ha indicado que la adopción de medidas contra las EPS e IPS que incurran en prácticas vulneradoras del derecho a la salud deberían tener la capacidad de desestimular la negación de los servicios en salud a los que los usuarios tienen derecho.

143. Por lo anterior, la Sala Especial de Seguimiento considera que el acatamiento de la orden décima sexta de la sentencia T- 760 de 2008 tiene en **nivel de cumplimiento bajo**.

### **Directrices a impartir**

144. Teniendo en cuenta el nivel de cumplimiento declarado respecto del mandato bajo estudio y, con el propósito de avanzar en la superación de las fallas estructurales que les dieron origen, se impartirán las siguientes órdenes:

#### *Al Ministerio de Salud y Protección Social*

(i) Definir dentro de los cuatro meses siguientes a la notificación del presente auto, los tiempos máximos en los cuales deben asignarse las citas de medicina especializada y realizarse los diferentes procedimientos. Los términos deberán contabilizarse desde el momento en el que el usuario del sistema efectúa la solicitud del servicio.

(ii) Regular e iniciar, en un término máximo de tres meses, contados a partir de la notificación de la presente providencia, un registro que permita recaudar información sobre el tiempo que se tarda el paciente en: (a) ser clasificado en un nivel de *triage*. El reporte deberá hacerse respecto de cada uno de los cinco niveles establecidos en la Resolución 5596 de 2015; (b) ser atendido en urgencias. La medición deberá hacerse desde su ingreso y no solo a partir de su valoración en *triage*; (c) asignársele una cita de medicina especializada; (d) la realización y dispensación de cada uno de los procedimientos, tecnologías y medicamentos que se le han ordenados y; (e) la asignación de citas de medicina y odontología general, y especializada, así como el suministro de procedimientos y medicamentos, respecto de quienes hicieron uso del mecanismo de portabilidad; de manera que se identifiquen las dificultades que enfrentan estos usuarios una vez han hecho uso del mecanismo.

Este instrumento deberá arrojar datos precisos, claros y confiables y, tendrá que ser alimentado a través de una plataforma de ingreso web, con usuario y contraseña privada; además, tendrá que entrar en funcionamiento en un término máximo de cuatro meses contados a partir de la expedición de su reglamentación.

(iii) Crear e implementar instrumentos que permitan disminuir y cesar los problemas: (a) en urgencias que han ocasionado sobrecupo en el servicio y dificultades en el traslado de pacientes por nivel de complejidad; y (b) en la agenda de citas de medicinas especializada y procedimientos médicos.

Para ello, deberá remitir, en un plazo de dos (2) meses, contados a partir de la notificación de esta providencia, un cronograma en el que dé a conocer las actividades que desarrollará para dar cumplimiento. El plazo máximo para el diseño de la medida no podrá exceder de seis meses y la implementación de esta deberá efectuarse en un término igual. La información acerca de los avances obtenidos en virtud de las medidas adoptadas para superar la problemática en urgencias y en



materia de agendas deberá ser reportada a la Procuraduría, a la Defensoría y a esta Corporación, de forma trimestral a partir de la implementación, dentro de los treinta (30) días siguientes a la finalización del trimestre.

(iv) Crear e implementar instrumentos que permitan disminuir y cesar los problemas en la atención extramural evidenciados por la Sala y que afectan la oportunidad y eficacia en la atención en salud que se brinda a la población privada de la libertad para lo cual, en un plazo de dos (2) meses contados a partir de la notificación de esta providencia, en forma conjunta con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario-Inpec, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios-Uspec y el Ministerio de Justicia y del Derecho, deberá remitir un cronograma en el que den a conocer las actividades que desarrollarán; teniendo en cuenta que el plazo máximo para el diseño de la medida no podrá exceder de seis meses y la implementación de la misma deberá llevarse a cabo en un término igual.

(v) Remitir trimestralmente a la Procuraduría General de la Nación, a la Defensoría del Pueblo y a esta Corporación la información recaudada a través de la implementación de las medidas contenidas en los numerales (i) y (ii), así como los avances en materia de oportunidad y eficacia en la prestación de los servicios de salud.

#### *A la Superintendencia Nacional de Salud*

(i) Investigar a las EPS e IPS que (a) dilaten o demoren la prestación oportuna de cada uno de los servicios solicitados por los usuarios; (b) nieguen o dilaten servicios de salud a los migrantes, desconociendo los lineamientos de la Corte y las normas sobre la materia y, (c) no asignen las citas o autoricen los procedimientos requeridos con el argumento de falta de agenda o agenda no abierta.

(ii) Parametrizar las PQRD relativas a los inconvenientes generales y específicos preestablecidos de la asignación de citas, en las que incluya todas las áreas de especialidad, inclusive la de odontología, esto con el fin de que cuente con información completa de las quejas que recibe respecto de todos los servicios que prestan los planes de beneficios para poder identificar cada uno de los problemas que afrontan los usuarios para el agendamiento de controles en cada especialidad médica.

(iii) Parametrizar las PQRD relativas a inconvenientes sobre portabilidad, de tal forma que sea posible identificar cada uno de los problemas que afrontan los usuarios que hacen uso del mecanismo, al momento de solicitar la prestación de servicios de salud; y efectuar las investigaciones correspondientes, con ocasión de ellas.

(iv) Reportar en su página web, trimestralmente, las actuaciones iniciadas y medidas adoptadas con base en los resultados de los hallazgos en materia de oportunidad y eficacia en la prestación de los servicios y tecnologías en salud requeridos por los usuarios.

(v) Presentar a la Sala Especial un informe trimestral en el que reporte las investigaciones realizadas, así como los avances obtenidos con ocasión del ejercicio

de sus funciones de vigilancia y control, respecto de la oportunidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las órdenes impartidas en los numerales del (i) a (iii).

Por último, teniendo en cuenta que las medidas adoptadas no han permitido superar las fallas advertidas en la Sentencia T-760 de 2008 y que dieron lugar a la expedición de la orden décima sexta, la Sala Especial llamará la atención del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, para que en los sucesivos no escatimen esfuerzos para que sus actuaciones permitan superar la problemática evidenciada en esta providencia y de esta forma avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud.

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

### III. RESUELVE

**PRIMERO.** Declarar **nivel de cumplimiento bajo** respecto de la orden décima sexta de la sentencia T-760 de 2008, por los motivos expuestos en la parte considerativa de esta providencia.

**SEGUNDO.** Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social:

(i) Definir dentro de los cuatro meses siguientes a la notificación del presente auto, los tiempos máximos en los cuales deben asignarse las citas de medicina especializada y realizarse los diferentes procedimientos. Los términos deberán contabilizarse desde el momento en el que el usuario del sistema efectúa la solicitud del servicio.

(ii) Regular e iniciar, en un término máximo de tres meses, contados a partir de la notificación de la presente providencia, un registro que permita recaudar información sobre el tiempo que se tarda el paciente en: (a) ser clasificado en un nivel de *triage*. El reporte deberá hacerse respecto de cada uno de los cinco niveles establecidos en la Resolución 5596 de 2015; (b) ser atendido en urgencias. La medición deberá hacerse desde su ingreso y no solo a partir de su valoración en *triage*; (c) asignársele una cita de medicina especializada; (d) la realización y dispensación de cada uno de los procedimientos, tecnologías y medicamentos que se le han ordenados y; (e) la asignación de citas de medicina y odontología general, y especializada, así como el suministro de procedimientos y medicamentos, respecto de quienes hicieron uso del mecanismo de portabilidad; de manera que se identifiquen las dificultades que enfrentan estos usuarios una vez han hecho uso del mecanismo. Este instrumento deberá arrojar datos precisos, claros y confiables y, tendrá que ser alimentado a través de una plataforma de ingreso web, con usuario y contraseña privada; además, tendrá que entrar en funcionamiento en un término máximo de cuatro meses contados a partir de la expedición de su reglamentación.

(iii) Crear e implementar instrumentos que permitan disminuir y cesar los problemas: (a) en urgencias que han ocasionado sobrecupo en el servicio y dificultades en el

traslado de pacientes por nivel de complejidad; y *(b)* en la agenda de citas de medicinas especializada y procedimientos médicos. Para ello, deberá remitir, en un plazo de dos (2) meses, contados a partir de la notificación de esta providencia, un cronograma en el que dé a conocer las actividades que desarrollará para dar cumplimiento. El plazo máximo para el diseño de la medida no podrá exceder de seis meses y la implementación de esta deberá efectuarse en un término igual. La información acerca de los avances obtenidos en virtud de las medidas adoptadas para superar la problemática en urgencias y en materia de agendas deberá ser reportada a la Procuraduría, a la Defensoría y a esta Corporación, de forma trimestral a partir de la implementación, dentro de los treinta (30) días siguientes a la finalización del trimestre.

*(iv)* Crear e implementar instrumentos que permitan disminuir y cesar los problemas en la atención extramural evidenciados por la Sala y que afectan la oportunidad y eficacia en la atención en salud que se brinda a la población privada de la libertad para lo cual, en un plazo de dos (2) meses contados a partir de la notificación de esta providencia, en forma conjunta con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario-Inpec, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios-Uspec y el Ministerio de Justicia y del Derecho, deberá remitir un cronograma en el que den a conocer las actividades que desarrollarán; teniendo en cuenta que el plazo máximo para el diseño de la medida no podrá exceder de seis meses y la implementación de la misma deberá llevarse a cabo en un término igual.

*(v)* Remitir dentro de los treinta (30) días siguientes a la finalización de cada trimestre a la Procuraduría, a la Defensoría y a esta Corporación la información recaudada a través de la implementación de las medidas contenidas en los numerales *(i)* y *(ii)*, así como los avances en materia de oportunidad y eficacia en la prestación de los servicios de salud.

**TERCERO.** Ordenar a la Superintendencia Nacional de Salud:

*(i)* Investigar a las EPS e IPS que *(a)* dilaten o demoren la prestación oportuna de cada uno de los servicios solicitados por los usuarios; *(b)* nieguen o dilaten servicios de salud a los migrantes, desconociendo los lineamientos de la Corte y las normas sobre la materia y, *(c)* no asignen las citas o autoricen los procedimientos requeridos con el argumento de falta de agenda o agenda no abierta.

*(ii)* Parametrizar las PQRD relativas a los inconvenientes generales y específicos preestablecidos de la asignación de citas, en las que incluya todas las áreas de especialidad, inclusive la de odontología, esto con el fin de que cuente con información completa de las quejas que recibe respecto de todos los servicios que prestan los planes de beneficios para poder identificar cada uno de los problemas que afrontan los usuarios para el agendamiento de controles en cada especialidad médica.

*(iii)* Parametrizar las PQRD relativas a inconvenientes sobre portabilidad, de tal forma que sea posible identificar cada uno de los problemas que afrontan los usuarios que hacen uso del mecanismo, al momento de solicitar la prestación de servicios de salud; y efectuar las investigaciones correspondientes, con ocasión de ellas.

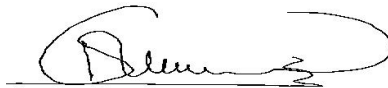
(iv) Reportar en su página web, trimestralmente, las actuaciones iniciadas y medidas adoptadas con base en los resultados de los hallazgos en materia de oportunidad y eficacia en la prestación de los servicios y tecnologías en salud requeridos por los usuarios.

(v) Presentar a la Sala Especial un informe dentro de los treinta (30) días siguientes a la finalización de cada trimestre en el que reporte las investigaciones realizadas, así como los avances obtenidos con ocasión del ejercicio de sus funciones de vigilancia y control, respecto de la oportunidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las órdenes impartidas en los numerales del (i) a (iii).

**CUARTO:** Teniendo en cuenta que las medidas adoptadas no han permitido superar las fallas advertidas en la Sentencia T-760 de 2008 y que dieron lugar a la expedición de la orden décima sexta, la Sala Especial llama la atención del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, para que en los sucesivos no escatimen esfuerzos para que sus actuaciones permitan superar la problemática evidenciada en esta providencia y de esta forma avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud.

**QUINTO:** Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones correspondientes, acompañando copia integral de este auto.

Notifíquese, publíquese y cúmplase.



**JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS**  
**Magistrado Ponente**

**ALEJANDRO LINARES CANTILLO**

**Magistrado**

*con aclaración de voto*



**ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO**  
**Magistrado**

**MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ**  
**Secretaria General**