

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL

AUTO 073 DE 2019

Referencia: Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008.

Asunto: Convocatoria a sesiones técnicas y decreto de pruebas.

Magistrado ponente:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D.C., veinte (20) de febrero de dos mil diecinueve (2019).

El Magistrado Sustanciador en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere el presente auto conforme a las siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación emitió diferentes órdenes generales con finalidad correctiva, tendientes a que las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) adoptaran medidas necesarias para superar las fallas estructurales identificadas en su interior¹, con ocasión del análisis de 22 casos concretos acumulados en esa providencia.

2. Las temáticas abordadas por las órdenes generales impartidas se agrupan de la siguiente forma: (i) precisión, actualización, unificación y acceso a planes de beneficios²; (ii) sostenibilidad financiera y flujo de recursos³; (iii) reglamentación de las cartas de derechos y obligaciones de los usuarios, y de

¹ Las temáticas analizadas fueron: (i) Zonas grises en las coberturas del entonces POS de los regímenes contributivo y subsidiado, que servían de justificación para que las EPS negaran servicios incluidos en este; (ii) diferencias entre los beneficios del plan de los regímenes contributivo y del subsidiado; (iii) falta de reglamentación sobre el acceso a los servicios no incluidos, requeridos con necesidad por los usuarios del sistema; (iv) demoras y obstáculos en el procedimiento de recobros, que impedían a las EPS recibir el reembolso del entonces Fosyga y las entidades territoriales respecto de los dineros cancelados con ocasión de la prestación de servicios no incluidos en el plan; (v) falta de información de los usuarios del sistema respecto de sus derechos, deberes y del desempeño de las EPS, y (vi) desconocimiento tanto de la universalidad como del plazo establecido para alcanzarla.

² En este grupo se encuentran los mandatos relacionados con: (i) garantizar a toda la población el acceso a los servicios de salud; (ii) actualizar de forma integral el entonces POS y hacerlo de forma periódica; (iii) crear un registro de servicios negados alimentado por la información de las EPS; (iv) crear un ranking de EPS e IPS; (v) unificar el plan de los dos regímenes para los menores de edad y demás grupos etarios, y (vi) crear un mecanismo de autorización directa de medicamentos, tratamientos y tecnologías para que los trámites administrativos no continúen siendo una barrera de acceso.

³ Las órdenes tienen como propósito: (i) asegurar el flujo de recursos al interior del sistema y su sostenibilidad financiera; (ii) eliminar las causales de glosas denominadas “fallo de tutela” y “principio activo POS”, dando trámite al pago de los recobros represados a septiembre de 2008, y (iii) rediseñar el procedimiento de recobro.

desempeño de las EPS; (iv) garantía de cobertura universal y sostenible de los servicios de salud; (v) medición de las acciones de tutelas interpuestas por vulneración del derecho a la salud y, (vi) difusión de la sentencia entre los funcionarios judiciales.

3. Con posterioridad a la expedición del fallo estructural, se integró la Sala Especial de Seguimiento para verificar el cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, mediante la supervisión de las políticas públicas en el sector salud con el objeto de comprobar los resultados logrados en el sistema.

4. En desarrollo de dicha labor, la Sala Especial ha proferido autos de valoración en 14 de las 16 órdenes generales y focalizado un caso, en atención a los mandatos 16 y 29, como también a la crisis humanitaria evidenciada en la prestación de servicios de salud en el departamento del Chocó, específicamente en la ESE San Francisco de Asís de Quibdó, de segundo nivel de atención.

5. Como consecuencia de las evaluaciones, se han calificado dos órdenes⁴ con cumplimiento general y cesado el seguimiento por la Corte; una con nivel de acatamiento alto⁵ cuyo seguimiento fue encomendado a la Procuraduría General; dos con nivel medio⁶, al igual que un componente de otros dos mandatos⁷.

Finalmente, se calificaron con cumplimiento bajo aquellas que dispusieron la creación de un registro de servicios negados, alimentado con la información suministrada por las EPS⁸; un ranking de IPS⁹; un mecanismo de autorización directa de medicamentos, tratamientos y tecnologías para que los trámites administrativos no continúen siendo una barrera de acceso¹⁰; el aseguramiento del flujo adecuado de recursos al interior del sistema y su sostenibilidad financiera¹¹; el rediseño del procedimiento de recobros¹², la medición de las acciones de tutela que se presentan invocando el derecho a la salud¹³, y la difusión de la sentencia entre los funcionarios judiciales¹⁴.

6. En el marco del seguimiento de la sentencia T-760 de 2008, y con el propósito de evidenciar la problemática estructural persistente en el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, mediante auto 668 de 2018 la Sala Plena de esta Corporación convocó a una audiencia pública el 6 de diciembre de 2018.

⁴ Vigésima quinta y Vigésima octava

⁵ Vigésima sexta.

⁶ Décima sexta y décima octava.

⁷ La creación de un ranking de EPS (vigésima), y el componente de suficiencia de la UPC contenido en las directrices de unificación del plan de beneficios de los dos regímenes (vigésima primera y vigésima segunda).

⁸ Orden décima novena.

⁹ Orden vigésima.

¹⁰ Orden vigésima tercera.

¹¹ Orden vigésima cuarta.

¹² Orden vigésima séptima.

¹³ Orden trigésima.

¹⁴ Orden trigésima segunda.

La audiencia contó con la asistencia del Ministro de Salud y Protección Social, el Superintendente Nacional de Salud, delegados del Ministerio de Hacienda y Crédito Público¹⁵, la Procuraduría General de la Nación¹⁶, la Contraloría General de la República¹⁷ y la Defensoría del Pueblo, la directora de la Adres¹⁸, varios peritos constitucionales voluntarios, grupos de apoyo, académicos y expertos internacionales.

7. Como metodología se definieron tres ejes temáticos en virtud de los cuales se desarrolló la diligencia: (i) acceso a los servicios de salud, (ii) sostenibilidad financiera y flujo adecuado de recursos al interior del sistema y, (iii) universalización de la cobertura en salud; en los que cada uno de los expositores absolvió los interrogantes formulados con anterioridad y posteriormente allegó las respuestas en forma escrita.

Además, esta audiencia contó con la participación de instituciones y organizaciones adicionales a los intervinientes, que asistieron a la diligencia y en la oportunidad concedida aportaron sus comentarios y apreciaciones sobre la temática objeto de estudio.

8. En desarrollo de la audiencia, se abordaron diferentes asuntos de acuerdo con los ejes definidos en el auto 668 de 2018, tal como se expone a continuación:

8.1 Acceso a los servicios de salud¹⁹

Durante este eje temático, los intervinientes²⁰ se refirieron a cuatro asuntos relacionados directamente con el acceso a los servicios de salud (i) atención de los parámetros de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad y calidad; (ii) la inclusión de servicios y tecnologías en salud en el plan de beneficios y la forma como se ha reglamentado e implementado el PBS en atención a la Ley 1751 de 2015²¹; (iii) el mecanismo de autorización directa de las tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios y, (iv) la suficiencia de recursos para financiar la unidad de pago por capitación²². En cada uno de ellos la discusión se centró en los subtemas que se señalan a continuación:

¹⁵ En adelante Minhacienda.

¹⁶ En adelante Procuraduría o PGN.

¹⁷ En adelante Contraloría o CGR.

¹⁸ Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¹⁹ En el anexo No. 1 se presenta una síntesis de las intervenciones efectuadas en la audiencia pública, relacionadas con los diferentes asuntos discutidos en el eje temático denominado Acceso a los servicios de salud, así como de los conceptos y opiniones que fueron remitidas a la Sala por parte de los asistentes, dentro de la oportunidad señalada.

²⁰ Juan Pablo Uribe Restrepo, Ministro de Salud; Fabio Aristizábal Ángel, Superintendente Nacional de salud; Jorge Enrique Calero Chacón, Vicedefensor del Pueblo; Luis Adolfo Diazgranados, Procurador Delegado para la Salud, la Protección social y el Trabajo Decente; Néstor Álvarez de la Asociación de Pacientes de Alto Costo, Augusto Galán Sarmiento de Así Vamos en Salud y Mario Hernández de la Universidad Nacional.

²¹ “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones.”

²² En adelante UPC.

8.1.1. *Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad y calidad en el acceso a los servicios de salud.* Los participantes se pronunciaron en forma general sobre la falta de acatamiento de los elementos esenciales del derecho a la salud²³ y las barreras en la prestación de las tecnologías en salud²⁴, que impiden el goce efectivo de este derecho. En particular, hicieron mención a las dificultades que deben afrontar los usuarios que necesitan atención de medicina especializada²⁵ y de urgencias²⁶, frente a lo cual presentaron algunas medidas adoptadas para superar las fallas señaladas y se escucharon opiniones sobre posibles soluciones²⁷.

8.1.2. *Inclusión de servicios en salud en el plan de beneficios y la forma como se reglamentó e implementó el PBS en atención a la Ley 1751 de 2015.* Los expositores se refirieron de manera puntual, al modelo establecido por el Gobierno nacional, en el que coexisten un listado de servicios y tecnologías en salud cubiertas con cargo a la UPC²⁸, uno de exclusiones²⁹ y una variedad de servicios y medicamentos que no se encuentran incluidos en ninguno de los dos anteriores³⁰. Esta situación fue calificada por algunos³¹ como un desconocimiento a lo establecido por la Ley Estatutaria en salud y la sentencia C-313 de 2014; por otros³², como un avance en el tema por parte del Ministerio de Salud y Protección Social³³. Sin embargo, la opinión generalizada respondía a la persistencia de barreras administrativas que impiden el acceso a los servicios de salud.

8.1.3 *Mecanismo de autorización directa de las tecnologías en salud no incluidas en el PBS.* En relación con el Mipres³⁴, vigente en el régimen contributivo³⁵ y en el régimen subsidiado³⁶ en algunos departamentos³⁷, los participantes expresaron que si bien este agiliza el proceso de autorización de

²³ En el artículo 12 de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas y, en el 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se establecieron como tales la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad y calidad.

²⁴ Tales como la negación y dilación de autorizaciones, atención deficiente, barreras de acceso geográfico para población dispersa, insuficiencia de la capacidad instalada en los servicios de salud frente a la demanda, entre otras, que han sido evidenciadas a través de acciones de tutela, quejas y denuncias.

²⁵ Falta de oportunidad en la atención.

²⁶ Sobreocupación del 150% en los servicios y demoras en la atención, entre otras.

²⁷ La Procuraduría señaló que en materia de urgencias se deben fortalecer los demás servicios, a fin de que las personas puedan tener una atención integral y con ello generar un uso adecuado de dicha atención. Adicionalmente, la Universidad Nacional consideró que para alcanzar un nivel alto de idoneidad profesional y servicios de calidad, el personal asistencial debe estar capacitado y garantizarse estabilidad laboral; por otro lado, para mejorar la accesibilidad manifestó que tendrán que reconocerse las diferencias regionales para adecuar las respuestas institucionales y sociales a dicha diversidad.

²⁸ Mecanismo de protección colectiva. Resoluciones 5269 de 2017 y 046 de 2018 derogadas por la Resolución 5857 de 2018.

²⁹ Resolución 5267 de 2017.

³⁰ Mecanismo de protección individual.

³¹ Defensoría del Pueblo, Asociación de Pacientes de Alto Costo y la Universidad Nacional.

³² Como lo señaló la Procuraduría y Así Vamos en Salud.

³³ En adelante Ministerio, Minsalud o MSPS.

³⁴ Mi prescripción.

³⁵ En adelante RC.

³⁶ En adelante RS.

³⁷ Al momento de la audiencia se estaba aplicando en el departamento de Nariño y a partir del 1 de febrero de 2019 entró a regir en Casanare, Atlántico, Cauca y Bogotá.

lo formulado por el médico tratante, persisten demoras en el suministro³⁸. Además, manifestaron que a partir de la implementación de este instrumento el Ministerio no reconoce negaciones de servicios, si no que las califica como inoportunidades en la atención³⁹.

8.1.4 *Recursos para financiar la UPC*. Como punto de partida, en lo que respecta a este tema, se debatió la suficiencia de recursos para financiar la UPC en los años 2018 y 2019⁴⁰. En la audiencia, el Gobierno afirmó que logró obtener los medios necesarios para el funcionamiento del sistema de salud en las vigencias mencionadas⁴¹.

En desarrollo de la audiencia, algunos participantes⁴² consideraron que la suficiencia de la unidad de pago por capitación incide directamente en el acceso efectivo a los servicios de salud. La Universidad Nacional, por su parte, señaló al pronunciarse sobre el plan de beneficios implementado por el Ministerio⁴³ que el motivo para mantener un mecanismo de protección colectiva y un listado exclusiones, es alcanzar una sostenibilidad financiera en la relación de la UPC con el PBS.

8.2 Sostenibilidad financiera y flujo adecuado de recursos⁴⁴

En esta segunda parte, se hizo alusión⁴⁵ a los avances en la superación de los problemas de sostenibilidad financiera observados en la sentencia T-760 de 2008, así como a aquellas barreras que continúan impidiendo el flujo adecuado de recursos al interior del SGSSS. En este sentido, los intervinientes desarrollaron los puntos que se enmarcan en los subtemas que se enuncian a continuación:

8.2.1. *Desviación de los recursos de la salud*. Todos los participantes sin excepción aludieron a este aspecto al exponer sobre las acciones implementadas o las que se requieren para controlar las prácticas de malversación y dilapidación de recursos, los actos de corrupción o las actuaciones fraudulentas al interior del sistema de salud.

³⁸ Así lo señalaron la Defensoría del Pueblo y la Asociación de Pacientes de Alto Costo.

³⁹ La Defensoría del Pueblo reportó que conforme a información suministrada por el Ministerio de Salud el 29 de abril de 2018 existían 1'727.990 prescripciones sin ser dispensadas.

⁴⁰ Fundado en informe presentado el 12 de julio de 2018 por el Ministerio de Salud, en el que señaló que para la vigencia de 2018 los ingresos que se esperaban recibir no eran suficientes para financiar la UPC. AZ P, orden 24 folios 514 a 541.

⁴¹ Información dada por el Ministerio de Salud y corroborada por el Ministerio de hacienda en el eje de sostenibilidad financiera.

⁴² La Procuraduría General de la Nación y Universidad Nacional.

⁴³ El cual consideró contrario a la sentencia C-313 de 2014.

⁴⁴ Anexo No.2.

⁴⁵ Los intervinientes en este eje temático fueron: el Ministro de Salud, María Virginia Jordan Q delegada del Ministerio de Hacienda, Cristina Arango Olaya Directora General de la Adres, José Antonio Soto Contralor delegado para el Sector Social, Gustavo Morales Cobo Presidente de Acemi, la Directora Ejecutiva de Gestarsalud Elisa Torrenegra, Juan Carlos Giraldo Valencia Director General de la ACHC, Luis Alberto Martínez Saldarriaga delegado de Acesi. Es preciso indicar que la Fiscalía General de la Nación no asistió a la audiencia, no obstante radicó respuesta a los interrogantes formulados. De igual manera, la Cámara Sectorial de Gases Industriales y Medicinales de la ANDI remitió su opinión mediante documento radicado el 12 de diciembre de 2018.

La Superintendencia de Salud, la Contraloría y la Fiscalía enlistaron las principales causas que dan lugar al inicio de investigaciones en el SGSSS en materia administrativa, disciplinaria⁴⁶ y penal⁴⁷, respectivamente, al tiempo que describieron casos concretos relevantes, señalando las cifras involucradas y los montos recuperados, entre otros.

Finalmente, diferentes actores reconocieron la figura de giro directo como un mecanismo para garantizar que los recursos lleguen a la cadena de valor de servicios y evitar la desviación de los mismos; sin embargo, indicaron algunos inconvenientes que impiden obtener mejores resultados.

8.2.2. Recobros causados por la prestación de servicios no PBS y cartera pendiente de pago por este concepto. Las entidades gubernamentales se refirieron al registro histórico de los montos recobrados y los pagados por la prestación de servicios no PBS; la variación del número de solicitudes radicadas en los últimos años; la proyección de los valores requeridos para saldar la deuda actual por recobros pendientes de cancelar reclamados en el 2018; al presupuesto necesario para que el sistema cubra los valores de recobros que se generen en la vigencia del 2019, así como a los pagos efectuados sin justa causa con ocasión de dichas solicitudes, que están directamente relacionados con el mecanismo de reintegro de recursos⁴⁸. Así mismo, algunos expositores explicaron las etapas del procedimiento y puntualizaron en el incumplimiento de los plazos de las mismas.

En relación con la cartera de salud derivada de la prestación de servicios no PBS, los participantes se pronunciaron desde su experiencia particular, haciendo anotaciones concretas sobre la deuda actual entre los actores del SGSSS tanto con el régimen subsidiado como con el contributivo y en general, a la situación financiera del sector. Así mismo, el Ministerio de Salud, el de Hacienda y la Adres reconocieron que el Gobierno nacional se encuentra trabajando en un “acuerdo de punto final”, dirigida a saldar todas las deudas del sector salud y de esta manera propender por una mejor prestación del servicio.

8.2.3. Presupuesto general del sector salud y para cubrir los recobros causados por la prestación de servicios no PBS⁴⁹. Varios actores hicieron referencia a la suficiencia de los recursos destinados al sector salud, tanto en 2018, como para la vigencia del 2019; a las adiciones presupuestales

⁴⁶ La Contraloría explicó que los motivos principales que han dado lugar a fallos de responsabilidad fiscal se refieren a recobros no justificados, duplicidad de registros en bases de datos, adquisiciones de bienes o elementos no relacionados directamente con la prestación del servicio y sobrecostos en medicamentos.

⁴⁷ La Fiscalía expuso que gran parte de las investigaciones iniciadas se agrupan en: “(i) defraudaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA); (ii) desviación y/o apropiación ilícita de recursos de la salud por parte de las EPS; (iii) regímenes especiales; (iv) defraudaciones en el sector descentralizado (entidades territoriales), y (v) hospitales públicos”.

⁴⁸ Resolución 1885 de 2018.

⁴⁹ Se resalta que todos los subtemas tienen un vínculo directo con el presupuesto apropiado para el sector salud.

efectuadas y las requeridas, a la necesidad de crear nuevas fuentes de financiación; a la eficiencia del gasto y, por último, al flujo de recursos. De igual forma, aludieron a la insuficiencia de los dineros para pagar los recobros causados anualmente por la prestación de servicios no PBS y para cubrir las solicitudes represadas.

8.2.4. *Medidas implementadas para garantizar las condiciones financieras de las EPS.* Los intervinientes informaron que el Gobierno implementó mecanismos dirigidos a la depuración y conciliación de las deudas del sector salud, resaltando aspectos positivos⁵⁰ y negativos⁵¹ en su ejecución. Adicionalmente, el Ministro de Salud indicó que su cartera efectuó operaciones de compra de cartera y fortaleció la figura del giro directo como medida tendiente a mejorar la situación financiera de los prestadores de salud.

También se sugirió que el correcto funcionamiento de las medidas depende, en gran parte de la suficiencia de recursos⁵². En este sentido, el Ministerio de Salud resaltó que dicha herramienta ha servido para garantizar que los dineros destinados al pago de valores adeudados por concepto de recobros a las EPS y a las IPS lleguen directamente a dichas entidades, impidiendo su desvío⁵³.

8.2.5. *Bases de datos al interior del SGSSS*⁵⁴. Los interrogantes relacionados con este tema se elevaron al Ministerio de Salud, el cual profundizó en algunos aspectos de la Base de Datos Única de Afiliados⁵⁵; hizo pronunciamientos sobre la descentralización en el RS y la responsabilidad de las entidades territoriales frente a las EPS y las IPS⁵⁶; Resaltó la importancia

⁵⁰ ACHC señaló que el impacto de estas medidas radica en que los 2 últimos años y medio permitieron reportar cerca de 10 billones de pesos nuevos para el sector de la salud, las cuales han ayudado a mejorar la liquidez del sector, resaltando principalmente el impacto positivo del giro directo, seguido por la línea de crédito de Findeter, por las compras de cartera y por lo que se denomina las glosas transversales.

⁵¹ Persisten las diferencias en las cuentas que presenta cada actor y ello se debe a malas prácticas implementadas tanto por EPS como por IPS, como el reporte de información tardía, multiplicidad de registros de la misma factura, no eliminación de las facturas pagadas, entre otras. Minuto 3:05:35 de la grabación de RTVC. En el documento de fecha 11 de diciembre de 2018 el Ministerio de Salud informó en este mismo sentido en relación con la aclaración de cuentas y saneamiento contable. De igual forma, Acesi explicó que los hospitales tanto públicos como privados reclaman que les deben 15.2 billones de pesos aunque en las cuentas de las EPS solamente se encuentra reconocidos 8.7 billones de pesos. Gestarsalud en el documento radicado el 11 de diciembre de 2018, pág.18, indicó que el impacto de estas medidas no ha sido positivo porque no se han logrado depuraciones efectivas. En relación con la depuración y conciliación permanente ACHC indicó que aun cuando aprecia el trabajo de la Supersalud, debe recordarse que ante las cifras billonarias mencionadas de 28 billones de pesos de cartera del sector salud, aunque los resultados de las mesas de conciliación después de unos esfuerzos institucionales muy importantes arrojen la recuperación de \$37.000, \$7.000 o \$12.000 mil millones de pesos en determinadas regiones del país, frente al número tan grande de la cartera hospitalaria, esas conciliaciones o recuperaciones se convierten en cifras marginales.

⁵² Acesi, Acemi, ACHC y Gestarsalud.

⁵³ Ministerio de Salud.

⁵⁴ Las principales bases de datos a las que se refirió el Ministerio son la BDUA, las bases de la Registraduría Nacional del Estado Civil y las utilizadas en materia censal.

⁵⁵ Informó por ejemplo que desde el 2013 se creó el procedimiento que elimina registros repetidos en la BDUA.

⁵⁶ Mediante el documento allegado el 11 de diciembre de 2018 informó que “conforme con el numeral 44.2.2 del artículo 44 de la Ley 715 de 2001, es competencia de los municipios “identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado.

De acuerdo con esta competencia territorial, el Departamento Nacional de Planeación dispone a los municipios la base de datos del SISBEN, por lo que son las precitadas entidades las responsables de controlar la afiliación en el Régimen Subsidiado, en aras de evitar que quien tenga capacidad de pago

de los procedimientos censales sin desconocer que aún debe avanzarse en la materia; acotó que varios de los procesos de cruce de información le competen directamente a la Registraduría Nacional, y entre otros, mencionó la tabla de evolución del documento de identidad⁵⁷, señalando que esta herramienta permite la asociación de todos los documentos de identificación de una misma persona y evita duplicidad de afiliación.

8.3 Cobertura universal⁵⁸

En esta tercera parte de la audiencia los participantes⁵⁹ abordaron diferentes aspectos de la cobertura universal en salud, entre ellos, los componentes de ese concepto, los avances en la universalización de la cobertura en Colombia, las dificultades de acceso en las zonas geográficamente dispersas y las medidas implementadas para superarlas, en particular, se hizo alusión a la experiencia de la implementación del MIAS en el departamento del Guainía. Sobre cada uno de estos temas se plantearon los siguientes aspectos:

8.3.1. *Concepto de cobertura universal.* Dentro de la diligencia se dieron a conocer las tres dimensiones o componentes que integran el concepto de cobertura universal⁶⁰: (i) la equidad, que sugiere una relación directa entre acceso y necesidad médica; (ii) la calidad, que implica que los servicios ofrecidos sean adecuados y resuelvan o mitiguen el problema de salud que genera la necesidad de asistencia y, (iii) la protección financiera que minimiza el costo de los servicios, evitando que impacte significativamente a los usuarios.

8.3.2. *Universalización de la Cobertura en Colombia.* En cuanto a este tema, se abordó la problemática de acceso a los servicios, haciendo énfasis en que si bien la mayoría de la población se encuentra afiliada a una EPS, ello no significa que logre acceder a las tecnologías y servicios en las condiciones adecuadas⁶¹ ni que se esté garantizando el goce efectivo del derecho a la salud⁶², afirmaciones que encuentran respaldo en las quejas y acciones de tutela que a diario se radican⁶³, las cuales evidencian la dificultades que afrontan los usuarios del sistema. También, llamaron la atención frente a las implicaciones que tiene para el sistema de salud la migración de venezolanos a Colombia.

acceda a los subsidios en salud. Lo anterior, más aún si se tiene en cuenta que la afiliación de esta población al Régimen Subsidiado se surte a través de la correspondiente entidad territorial de orden municipal, por lo que es ella la que conoce la información a nivel de situación socioeconómica y capacidad de pago de la población de su jurisdicción.”

⁵⁷ Minsalud explicó que a la fecha existe un 97% de la población afiliada, incorporada en esta tabla.

⁵⁸ Anexo No. 3.

⁵⁹ Intervinieron el Ministro de Salud, el Vicedefensor del Pueblo, la CSR y la iniciativa Saluderecho; adicionalmente la organización DeJusticia remitió por escrito las respuestas a las preguntas que le habían sido formuladas.

⁶⁰ Ministerio de Salud y Protección Social, DeJusticia y Saluderecho, ver anexo No. 3.

⁶¹ Ver intervención Defensoría del Pueblo. Anexo No. 3.

⁶² Ver intervención Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008. Anexo No. 3.

⁶³ *Ibíd.*

8.3.3. *Zonas geográficamente dispersas y su situación frente a la cobertura de servicios de salud.* Algunos de los intervinientes reconocieron que existen desigualdades en las condiciones de acceso a los servicios de salud entre los usuarios que habitan las zonas urbanas y rurales y en mayor medida frente a los territorios dispersos⁶⁴. Además señalaron las deficiencias en la infraestructura hospitalaria, así como las dificultades en materia de transporte que deben enfrentar los usuarios para acceder a los centros de atención⁶⁵, y que representan un obstáculo para el avance del propósito de la universalización.

8.3.4. *Implementación del Modelo Integral de Atención en Salud*⁶⁶. Se reconoció que a nivel nacional no existe un avance significativo⁶⁷, llegando incluso a calificarse el modelo como una expectativa, al no haber sido reglamentado el proceso mientras que sí se evidencian dificultades en la implementación⁶⁸. Sobre los resultados del plan piloto ejecutado en el departamento de Guainía los intervinientes mencionaron aspectos positivos⁶⁹ y negativos⁷⁰, calificando algunos de ellos como problemas definitivos⁷¹.

II. CONSIDERACIONES

1. Antes de proceder al estudio de lo acontecido en la audiencia pública, es preciso reiterar que el seguimiento extraordinario que realiza la Sala Especial al cumplimiento de las órdenes emitidas en la sentencia T-760 de 2008 tiene fundamento en la persistencia de afectaciones del goce efectivo del derecho a la salud, a pesar del tiempo que se ha dispuesto para observar los mandatos generales; situación que expone la eficacia de la providencia para la garantía del Estado social de derecho e impone mayores responsabilidades al juez constitucional⁷².

2. La intervención excepcional del juez constitucional en políticas públicas, realizada por la Sala Especial se ha caracterizado por ser respetuosa de las competencias de las demás ramas del poder público, y a la vez que creadora de espacios de diálogo entre los diferentes actores del sistema de salud y los entes de control, en los que ha contado con la participación de peritos constitucionales voluntarios y los grupos de apoyo. Ello, con el fin de lograr la superación definitiva de la problemática existente, porque “no busca

⁶⁴ Ver intervención Minsalud y DeJusticia. Anexo No. 3.

⁶⁵ Ver intervención Defensoría del Pueblo y Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008. Anexo No. 3.

⁶⁶ En adelante MIAS.

⁶⁷ Ver intervención MSPS, CSRY Defensoría del Pueblo. Anexo 3

⁶⁸ Ver intervención de CSR. Anexo No. 3.

⁶⁹ Ver intervención MSPS. Anexo No. 3.

⁷⁰ Ver intervención Defensoría del Pueblo y Comisión de Seguimiento. Anexo No 3.

⁷¹ (i) No parte de un mapa epidemiológico actualizado, (ii) cercena la autonomía médica, Ver intervención Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008, (i) Falta de infraestructura de los centros y los puestos de salud, (ii) falta de medicamentos e insumos, (iii) dificultad en el transporte tanto aéreo como fluvial y, (iv) falta de adecuación, construcción y dotación de infraestructura de acuerdo con los lineamientos de calidad hospitalaria. Defensoría del Pueblo. Anexo No. 3.

⁷² En este sentido se ha pronunciado la Corte en autos 186 y 549 de 2018 y del 28 de enero de 2019, entre otros.

suplantar las funciones y labores de las entidades estatales, [si no, que] pretende encauzarlas cuando han demostrado fallas o defectos graves”⁷³.

3. Lo anterior, ha permitido avances significativos en la superación de algunas de los problemas evidenciados, entre ellos: las actualizaciones realizadas en su momento al POS, la expedición del listado de exclusiones del PBS y la reciente actualización de las tecnologías en salud cubiertas con la UPC; la unificación de los planes de beneficios entre el régimen subsidiado y el contributivo en todos los grupos etarios; el incremento del valor de la UPC del RS, la política de control de precios de medicamentos; el pago de los recobros represados con anterioridad a la expedición de la sentencia; la eliminación de algunas causales de glosas en el proceso de recobro que obstaculizaban el flujo de los recursos del sistema; el suministro de información a los usuarios relativa a derechos, deberes y desempeño de las EPS, así como la afiliación a junio de 2018, del 94.38% de la población colombiana al SGSSS.

4. No obstante, el desarrollo de la audiencia permitió a la Sala evidenciar algunas medidas adoptadas por los responsables, con resultados favorables, que pese a no haber sido objeto de valoración por parte de la Sala, deben ser reconocidos. También se pudo evidenciar la persistencia de problemáticas que impiden la superación de las fallas identificadas en la sentencia T-760 de 2008, las cuales se presentarán a continuación:

4.1. Acceso a los servicios de salud

4.1.1. En el fallo estructural la Corte evidenció una serie de falencias en el sistema de salud que afectaban directamente el acceso efectivo a este derecho fundamental, y con el propósito de superarlas fueron proferidas 7 órdenes.⁷⁴

4.1.2. A pesar del tiempo transcurrido desde su expedición la Sala observa que en materia de acceso, los problemas identificados no ha sido superados en su totalidad y persisten fallas que afectan el goce efectivo del derecho a la salud. Sin embargo, no puede dejar de resaltar que las entidades de Gobierno⁷⁵ han implementado medidas que en algunos casos permitieron avanzar en los propósitos planteados, entre ellas se pueden mencionar las siguientes:

⁷³ Sentencia T-388 de 2013.

⁷⁴ Correspondientes a los numerales 16 a 14 de la Sentencia T-760 de 2008, que dirigidas a garantizar a toda la población el acceso a los servicios de salud; actualizar de forma integral el entonces POS y hacerlo de forma periódica; crear un registro de servicios negados alimentado por la información de las EPS; crear un ranking de EPS e IPS; unificar el plan de los dos regímenes para los menores de edad y demás grupos etarios y, crear un mecanismo de autorización directa de medicamentos, tratamientos y tecnologías para que los trámites administrativos no continúen siendo una barrera de acceso.

⁷⁵ A las cuales iban dirigidas las órdenes.

(i) 4 actualización del entonces POS⁷⁶, las 2 realizadas al plan de beneficios con cargo a la UPC⁷⁷ y la expedición de las exclusiones del PBS⁷⁸. Sobre las acciones adelantadas con posterioridad a la expedición de la Ley 1751 de 2015, es preciso indicar que si bien no han sido valoradas por la Sala, de alguna forma dieron continuidad al propósito de revisar periódicamente los servicios y tecnologías en salud incluidos en el PBS y establecieron una pauta en referencia a las exclusiones.

(ii) La unificación del POS de los regímenes subsidiado y contributivo a través de los acuerdos 04 de 2009⁷⁹, 11 de 2010⁸⁰, 27 de 2011⁸¹ y 32 de 2012⁸².

(iii) El incremento del valor de la UPC del régimen subsidiado, hasta llegar a corresponder al 95% de la UPC del régimen contributivo.

(iv) La elaboración del ranking de EPS, que si bien no ha sido objeto de valoración con posterioridad al auto 591 de 2016, es publicado cada año.

4.1.3. En la audiencia el rector de la política pública en salud, los organismos de control, la Defensoría del Pueblo, los peritos voluntarios y los grupos de apoyo expresaron su concepto acerca de las dificultades que aquejan actualmente al sistema de salud, identificando algunas que persisten a pesar del tiempo transcurrido y otras que se han generado con ocasión de los cambios introducidos al mismo. A continuación se exponen las problemáticas en mención:

(i) *Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad y calidad en el acceso a los servicios de salud.* Los participantes de la audiencia coincidieron que en la actualidad persisten graves problemas de oportunidad en la atención, siendo este el primer motivo de queja ante la Superintendencia Nacional de Salud⁸³, como también la principal causa de las acciones de amparo. El Ministerio⁸⁴ reconoció, que la razón cardinal por la que los ciudadanos acuden a la tutela⁸⁵ es para recibir servicios autorizados, sean estos financiados o no por la UPC.

La falencia evidenciada, se ve reflejada en los servicios de urgencias, medicina general, especializada, medicamentos y procedimientos.

Los intervinientes mostraron que esto se da por exceso de trámites, contratos no vigentes con las IPS o proveedores, deficiente capacidad instalada, no

⁷⁶ Acuerdos 028 de 30 de noviembre de 2011 y 029 de 28 de diciembre de 2011 y, las resoluciones 5521 de 27 de diciembre de 2013, 5592 de 2015.

⁷⁷ Resoluciones 5269 de 2017 y 5857 de 2018.

⁷⁸ Resoluciones 5267 de 2017 y 244 de 2019.

⁷⁹ Mediante el cual se unificó el Pos para los niños entre 0 y 12 años.

⁸⁰ Se extendió la unificación del POS de los niños y niñas a todos los menores de edad hasta los 18 años.

⁸¹ Por medio del cual fue unificado el POS para mayores de 60 años.

⁸² Se extendió la unificación del POS a la población entre 18 y 59 años de edad.

⁸³ Escrito presentado por la Superintendencia el 10 de diciembre de 2018.

⁸⁴ En la audiencia y en el escrito allegado el 10 de diciembre de 2018.

⁸⁵ Al hacer un análisis de las tutelas interpuestas entre el 2016 y 2018.

disponibilidad de agendas cercanas⁸⁶, además de negaciones y dilaciones tanto de autorizaciones como de prestaciones de servicios.

De otra parte, se encontró que a los usuarios del RS se les está negando la prestación de los servicios de salud por problemas de pago de las entidades territoriales y las prestadoras de los servicios de salud.

(ii). La inclusión de servicios en salud en el plan de beneficios y la forma como se ha reglamentado e implementado el PBS en atención a la Ley 1751 de 2015. Una de las problemáticas expuestas en la audiencia fue la persistencia de las llamadas zonas grises, derivadas del mecanismo implementado por la cartera de salud, en el que existe un listado taxativo de servicios cubiertos por la UPC⁸⁷ y uno de exclusiones⁸⁸, que dejan por fuera aquellas tecnologías que sin ser cubiertas por la unidad de pago por capitación, tampoco son excluidas⁸⁹.

Fue un conceso mayoritario de los intervinientes considerar que no se está dando cumplimiento a lo establecido en la sentencia C-313 de 2014 y en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, con lo que se genera una barrera en materia de acceso.

(iii) Mecanismo de autorización directa de las tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios. En este aspecto, se observa, que el rector de la política pública en salud diseñó el mecanismo Mipres, para dar cumplimiento a una orden especial, como lo es, la vigésimo tercera de la sentencia T-760 de 2008; empero, se deduce de las intervenciones⁹⁰ y de las resoluciones emitidas por Minsalud, que el mismo está creado en la actualidad para autorizar servicios que, si bien no están cubiertos por la UPC, tampoco son excluidos, contrariando con la orden 23 de la Sentencia T-760 de 2008 y la Ley Estatutaria.

Por otra parte, se observa que aunque el Mipres eliminó el trámite del Comité Técnico Científico, aquel no se ha traducido en un instrumento para la prestación efectiva de los servicios, pues de lo manifestado por la Defensoría, basado en un informe del Ministerio⁹¹, se concluye que un gran número⁹² de estas tecnologías no han sido suministradas por las entidades prestadoras de salud, lo que en últimas se traduce en negación⁹³.

⁸⁶ Producto principalmente de la deficiencia de profesionales de la salud con respecto a la demanda.

⁸⁷ Protección colectiva, resoluciones 5267 de 2017 y 046 de 2018 derogada por la Resolución 5857 de 2018.

⁸⁸ Resolución 5269 de 2017.

⁸⁹ Así fue expuesto por la Asociación de Pacientes de Alto Costo, Defensoría del Pueblo, Universidad Nacional, Fedesalud.

⁹⁰ De lo explicado por los intervinientes en el eje temático de acceso y por las resoluciones emitidas al respecto.

⁹¹ De 29 de abril de 2018.

⁹² 1'727.990.

⁹³ Defensoría del Pueblo.

También se puso de presente en la audiencia que no existe una información clara para el usuario en lo que atañe al trámite a seguir después de efectuar la prescripción a través del Mipres⁹⁴.

Además, se observa que se presentan demoras en llevar a cabo las juntas de profesionales de la salud para servicios complementarios, productos nutricionales ambulatorios y medicamentos⁹⁵.

(iv) *Recursos para financiar la UPC*. otro de los inconvenientes avizorados por la Corte, es la insuficiencia de la UPC para cubrir los servicios y tecnologías del plan de beneficios previsto en la Ley Estatutaria y en la sentencia C-313 de 2014, falencias expuestas en las intervenciones del Ministerio de Salud, la Universidad Nacional, la Asociación de Pacientes de Alto Costo y la Defensoría del Pueblo, quienes fueron claras al establecer que la UPC actual tan solo cubre los servicios incluidos en el mecanismo de protección colectiva desarrollado en la Resolución 5269 de 2017⁹⁶, que estableció un listado taxativo de inclusiones y no todos los servicios que no fueron expresamente excluidos del PBS.

4.1.3. Ahora bien, en relación con las temáticas desarrolladas en el primer eje de la audiencia, el Ministerio de Salud asumió el compromiso de centralizar el no PBS subsidiado, a fin de que exista un solo proceso para todos los ciudadanos en el orden nacional y se continúe con la fragmentación de este en los diferentes entes territoriales. En consecuencia, la Sala solicitará al rector de la política pública en salud que informe:

- i) En qué consiste la propuesta de centralización de lo no PBS del régimen subsidiado y cuáles son sus implicaciones en materia de acceso efectivo a los servicios de salud y sostenibilidad financiera del sistema.
- ii) En qué etapa se encuentra su estructuración.
- iii) Cuál es el cronograma de trabajo que permita evidenciar la fecha en que esta iniciativa entrará en vigencia.
- iv) Cuáles son los resultados que se esperan obtener con esta medida, en materia de acceso efectivo a los servicios de salud y sostenibilidad financiera del sistema; y de qué forma en que serán evaluados sus resultados.

Sostenibilidad financiera

4.2.1 Una de las principales problemáticas evidenciadas en la sentencia estructural dio lugar a la promulgación de las órdenes financieras⁹⁷, en relación con las cuales a lo largo del seguimiento se han identificado avances en su superación⁹⁸, que han permitido calificar el nivel de cumplimiento como

⁹⁴ Defensoría del Pueblo, Asociación de Pacientes de Alto Costo.

⁹⁵ Asociación de Pacientes de Alto Costo.

⁹⁶ “*Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación*”. Derogada por la Resolución 5857 de 2018.

⁹⁷ Órdenes 24, 25, 26, y 27.

⁹⁸ Que dieron lugar a la expedición de los autos 112 de 2016 y 186 de 2018 mediante los cuales se emitió la valoración de las órdenes 26 y 25, respectivamente.

alto y general. También se deben reconocer los resultados del esfuerzo y compromiso las entidades de Gobierno, organismos de control y diferentes actores del sistema, entre los que se puede resaltar:

(i) La adición por parte del Gobierno nacional de 3.9 billones de pesos al presupuesto inicial del sector salud del año 2018⁹⁹, que terminó ascendiendo a \$48.6 billones de pesos aproximadamente.

(ii) En relación con la UPC del RS, además del incremento registrado en periodos anteriores, a través de la expedición de la Resolución 5858 de 2018¹⁰⁰, el Ministerio de Salud y Protección Social¹⁰¹ dio cumplimiento al compromiso adquirido durante la audiencia, incrementando el valor en el RC en un 5.31% y en el subsidiado en 9.40%¹⁰², lo que deriva en que para el año 2019 el valor de la UPC del RS corresponda al 95% del estipulado para la unidad de pago de capacitación del RC.

(iii) Las investigaciones iniciadas por la Contraloría que le permitieron dismantelar, entre otros, el cartel de las enfermedades mentales en Sucre, dando origen a la apertura de un proceso de responsabilidad fiscal por valor de \$1.055 millones¹⁰³; el cartel de la hemofilia en Córdoba, en virtud del cual tuvo inicio el proceso ordinario de responsabilidad fiscal contra el gobernador de dicho departamento, por cuantía de más de \$1.525 millones de pesos, y el cartel de la hemofilia en los departamentos de Bolívar y Caquetá¹⁰⁴.

(iv) La reducción significativa del número de solicitudes de recobro radicadas entre el periodo 2010 a 2018 con la implementación del mecanismo de protección colectiva. A partir de 2016¹⁰⁵, las cantidades presentaron un descenso significativo pasando de 8.5 a 5.5 millones a octubre de 2018¹⁰⁶.

(v) La implementación del giro directo, como herramienta para mejorar las condiciones financieras de las EPS¹⁰⁷, el flujo de recursos al interior del SGSSS¹⁰⁸, y como una garantía adicional para que efectivamente el dinero de

⁹⁹ Que equivalía 42.7 billones de pesos.

¹⁰⁰ Expedida el 26 de diciembre de 2018.

¹⁰¹ “Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capacitación- UPC que financia los servicios y las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2019 y se dictan otras disposiciones.”

¹⁰² Resolución con la que se equipara el valor de la UPC del RS en un 95% del valor de la del RC, pasando de un 91.45 a un 95% del valor de la UPC del RC. En este sentido, la unidad de pago por capacitación aumentó de 804.463,20 pesos a \$847.180,80, y la UPC del RS de 719.690,40 pesos en 2018 a \$787.327,20.

¹⁰³ https://www.contraloria.gov.co/contraloria/planeacion-gestion-ycontrol/gestionestrategica/plane estrategico?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=830018&_101_type=content&_101_urlTitle=por-cartelde-enfermos-mentales-en-sucre-contraloria-abrio-proceso-de-responsabilidadfiscal-por-1-055-millones&inheritRedirect=false página consultada el 2 de febrero de 2019.

¹⁰⁴ Intervención de la Contraloría. Minuto 3:35:25 de la grabación oficial de RTVC.

¹⁰⁵ Momento histórico que registró mayor número de solicitudes 8.450.221.

¹⁰⁶ Cfr. con el documento de fecha 11 de diciembre de 2018 radicado por el Minsalud e intervención en el minuto 3:02:10 de la grabación oficial de RTVC. Adres minuto 3:21:18 de la misma.

¹⁰⁷ MSPS, minuto 2:55:20 de la grabación oficial de RTVC.

¹⁰⁸ Afirmación realizada por el MSPS en su intervención (minuto 2:55:20 de la grabación oficial de RTVC) y respaldada por la Adres (minuto 3:21:18 de la grabación). Sobre este asunto Acemi indicó que las medidas de giro directo y pago previo han sido idóneas, al menos desde un punto de vista formal (página 16 del

la UPC sea aplicado a la prestación de los servicios en salud y disminuir con ello la desviación de recursos¹⁰⁹, la cual sin embargo encuentra restricciones en la falta de presupuesto.

4.2.2 Ahora bien, las diferentes intervenciones en la audiencia permitieron a la Sala constatar la continuidad de las fallas observadas en la sentencia y constituyen barreras que impiden el goce efectivo del derecho a la salud, dentro de las cuales se destacan las siguientes:

(i) *Desviación de los recursos de la salud.* En relación con los dineros destinados a las UPC de ambos regímenes, aún se observan prácticas irregulares que desvían estos dineros, como la creación de carteles de la salud¹¹⁰, la cancelación de dineros sin justa causa¹¹¹, la duplicidad de registros en bases de datos¹¹², las adquisiciones de bienes o elementos no relacionados directamente con la prestación del servicio¹¹³, los gastos de administración no justificados por parte de las EPS e IPS¹¹⁴, los sobrecostos en medicamentos¹¹⁵, entre otros¹¹⁶.

(ii) *Recobros causados por la prestación de servicios no PBS y cartera pendiente de pago por este concepto.* De la información expuesta en la audiencia y los documentos allegados, se hace evidente el incremento del número de usuarios de servicios no PBS¹¹⁷; la falta de recursos para pagar los valores recobrados por la prestación de servicios que no se encuentran

documento radicado el 11 de diciembre), y dirigidas a mejorar el flujo de los recursos hacia las EPS e IPS; y la ACHC manifestó que la medida ha ayudado a mejorar la liquidez del sector salud.

¹⁰⁹ Intervención del MSPS, minuto 2:55:20 de la grabación oficial de RTVC.

¹¹⁰ Cartel de las enfermedades mentales en Sucre y de la hemofilia en los departamentos de Córdoba, Bolívar y Caquetá, reportados por la Contraloría.

¹¹¹ Ministro de Salud. Minuto 2:55:20 de la grabación de RTVC. Acotó que ante los dineros girados sin justa causa se activa el procedimiento de “reintegro de recursos”. Por su parte la Adres expuso que en los últimos años los principales motivos que han dado lugar a estos giros son las enfermedades huérfanas de usuarios que no estaban incluidas en las bases de datos sobre este tipo de enfermedades, valores máximos en medicamentos respecto de los que se hizo el pago pero no atendían a la regulación del momento, usuarios que no estaban registrados en el sistema y algunos temas de fallos de tutela que dependían básicamente de quién debía o no pagar de acuerdo a la legislación de su momento.

¹¹² Ministro de Salud. minuto 2:55:20 de la grabación de RTVC. La entidad resaltó que teniendo en cuenta que se venía presentando duplicidad de afiliación, propiamente de personas que se encontraban afiliadas a los Regímenes Especiales y de Excepción pero también al SGSSS, estableció entre otras, la obligación de las Direcciones de Sanidad Militar y de la Policía Nacional, de reportar información. Por su parte el delegado de la Contraloría (minuto 3:35:25 de la grabación de RTVC), señaló que uno de los ítems de mayor reincidencia para emitir fallos con responsabilidad fiscal es la duplicidad de registros en bases de datos.

¹¹³ La Contraloría (minuto 3:35:25 de la grabación de RTVC), señaló que este es uno de los ítems por los cuales se ha fallado con responsabilidad fiscal.

¹¹⁴ La Contraloría puso de presente que las más recientes auditorías han evidenciado que dineros públicos, es concreto recursos de las UPC, se vienen destinando para gastos de administración no relacionados con la prestación del servicio.

¹¹⁵ La Contraloría en su intervención indicó que ha emitido fallos con responsabilidad fiscal por este concepto.

¹¹⁶ Acesi (cfr. con la intervención en el minuto 4:45:35) explicó por ejemplo que desde el 2014 hasta el día de hoy, se han expedido normas que de alguna manera facilitan que dineros públicos de destinación específica, recursos fiscales y parafiscales que son para atender a la salud se desvíen hacia otros fines contrariando la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

¹¹⁷ Ministerio de Hacienda. Minuto 3:09:55 de la grabación de RTVC. Documento de fecha 7 de diciembre de 2018 página 3.

incluidos en el Plan de Beneficios en Salud¹¹⁸; que los tiempos en que se surten las etapas del procedimiento de recobros no son los establecidos en la ley¹¹⁹, lo que a su vez afecta el cumplimiento de los plazos de pago, además de la persistencia de un rezago¹²⁰ que debe eliminarse para saldar las deudas del SGSSS y permear al sector salud de un flujo adecuado de recursos.¹²¹

También se evidenció que continúan los obstáculos en el trámite de las solicitudes de recobros al interior del RS, ya que no existe un procedimiento único frente a todos los entes territoriales¹²², generándose moras en las cancelaciones de los valores recobrados de hasta 3 años¹²³.

Así mismo, se encontró que persiste un grave problema de comunicación e interpretación de la información entre los actores del SGSSS, que puede retrasar la ejecución de los diferentes trámites de pago dentro del sector¹²⁴, atendiendo a que no existe consenso entre los actores en relación con los montos que se adeudan.

¹¹⁸ En el 2015 de un monto total aproximado de 3.2 billones se pasó a una proyección de 4.3 billones de pesos para el cierre de 2018. En el año 2008 los recursos destinados a cancelar lo no incluido en el PBS fueron de 1.2 billones y en 2017 de 3.0 billones, lo que pone en evidencia un crecimiento alrededor del 150% en 10 años.

¹¹⁹ La Resolución 1885 de 2018 contempla el actual procedimiento de recobros. Acemi manifestó en relación con los tiempos en que se tramita una solicitud de recobro, que en el 2018 el giro previo se demoró en promedio 4 días con un retraso máximo de 10 días en agosto. En el último año cubrir el excedente se demoró en promedio 5 meses más del plazo máximo autorizado. Expuso que en el 2018 se pagaron complementos de julio a diciembre de 2017 y solo se han pagado los tres primeros paquetes del 2018. Indicó que a la fecha ya deberían estar cerrados los paquetes de abril a octubre y que el monto pendiente de estos paquetes corresponde a 1.5 billones.

El pago de los paquetes que se llama glosa transversal es irregular. En julio de 2018 se cancelaron los presentados en junio, en octubre y en diciembre de 2017.

¹²⁰ Es la diferencia anual entre valores aprobados y giros de los recobros no PBS. Estos montos pendientes de cancelación se generan al cierre de cada vigencia fiscal. Cfr., documento allegado el 7 de diciembre de 2018 por el Ministerio de Salud. Página 6. Al respecto Gestarsalud señaló que los estados financieros de la Superintendencia a corte diciembre de 2017 registran que se debe cerca de 3.8 billones de pesos por las EPS a las IPS, de los cuales cerca de 367 mil son de no PBS, porque sin liquidez o con la limitante de liquidez que tienen, no pueden seguir pagando la totalidad y por ello siempre queda un rezago a pesar de las exigencias de muchos prestadores que si no se les paga por adelantado no prestan el servicio lo que afecta al usuario.

¹²¹ En desarrollo del tercer eje temático, la Defensoría realizó recomendaciones con el propósito alcanzar la cobertura universal, entre las que se encuentra el rediseño del modelo financiero de salud para mejorar flujo de recursos bajo los lineamientos de la Ley Estatutaria de Salud.

¹²² Gestarsalud indicó que en el país se tienen entes territoriales como Bogotá que “ruedan” muy bien aunque no perfecto, porque hay moras de meses, pero en el resto del país es disímil, y son 35 entidades territoriales, 35 procesos diferentes a los que ellos tienen que enfrentarse.

¹²³ Gestarsalud explicó en cuanto al tiempo de pago mayor de 60 días aproximadamente, que se tiene el 80% de la cartera y mayor de 181 días el 64%, y que todo el proceso puede demorar por parte de la entidad territorial de 2 a 3 años. Informó que estos datos son los producidos en el régimen subsidiado y solamente en relación con las afiliadas a Gestarsalud que corresponden al 53% de la población de cobertura. En la cartera no POS radicada, se observa más de 181 días 64%. Señaló que los otros tiempos son menores. Esto arroja un costo en las asociadas a Gestarsalud que son el 53%, de cerca de 525 mil millones al año.

¹²⁴ Por ejemplo, lo que la Adres entiende como glosado no lo tiene como deuda. Las EPS indican que deben un monto a las IPS y estas a su vez señalan otro valor. En sus intervenciones, Acemi y la Adres aludieron a esta problemática.

Adicionalmente, la cartera derivada de la prestación de servicios no PBS¹²⁵, fue calificada como irrecuperable¹²⁶ y deteriorada con el paso del tiempo¹²⁷.

(iii) *Presupuesto general del sector salud y para cubrir los recobros causados por la prestación de servicios no PBS.* Existe insuficiencia de los recursos destinados al sector salud y en particular para cubrir los valores pendientes de cancelar que derivan de la prestación de servicios no PBS. Esta falta de presupuesto afecta las plantas de personal de los hospitales que se ven obligados a la reducción de la misma¹²⁸, el flujo de recursos¹²⁹, la inversión en infraestructura¹³⁰ y la adquisición de tecnología en hospitales por falta de capital¹³¹, entre otros aspectos.¹³²

(iv) *Medidas implementadas para garantizar las condiciones financieras de las EPS.* La Contraloría indicó que los resultados de estas son insuficientes y poco efectivas¹³³, lo que pone en tela de juicio la labor que desarrolla la Superintendencia de Salud en el cumplimiento de sus funciones de inspección y vigilancia¹³⁴. En relación con las entidades que ameritan una intervención directa y entran bajo estas medidas especiales¹³⁵, señaló que buena parte de ellas permanecen bajo las mismas sin lograr avanzar y sí concluyen en su liquidación, por lo que en su parecer estos planes de salvamento y rescate de entidades prestadoras de servicios de salud terminan siendo inocuos¹³⁶.

En concreto, sobre las medidas de giro previo y giro directo, los participantes dejaron al descubierto que la insuficiencia de los recursos destinados a la ejecución de estas herramientas arroja como resultado unas medidas que pueden calificarse en lo formal, de manera positiva, pero que materialmente son poco efectivas, toda vez que no llegan a sus destinatarios la totalidad de los dineros que deberían ser cancelados a través de ellas.¹³⁷

También se mencionó que los hospitales públicos del país, cuentan con un mejor recaudo en el régimen subsidiado por efecto del giro directo, el cual es

¹²⁵ Este asunto compete a todos los actores, no solo al Ministerio de Salud, al de Hacienda y Crédito Público y a la Superintendencia de Salud, sino también al gremio de los prestadores del servicio y los hospitales, razón por la que todos hicieron alguna mención sobre el mismo durante su intervención en la audiencia.

¹²⁶ Acesi. Gestarsalud habló de los recobros aprobados que se convierten en cartera mayor a 181 días.

¹²⁷ ACHC.

¹²⁸ Intervención de ACHC minuto 4:34:20.

¹²⁹ ACHC.

¹³⁰ Acemi.

¹³¹ Intervención de ACHC minuto 4:34:20. La Asociación calificó de preocupante los problemas de inversión en tecnología al considerar que el sector salud depende en gran medida de la actualización tecnológica, atendiendo a que el 82% de los gerentes que fueron consultados, dijeron que han tenido que postergar la compra de equipos, reducir su presupuesto y cancelar adquisiciones en proceso.

¹³² En el primer eje temático al contestar la pregunta sobre 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, la Procuraduría manifestó que existe déficit de recursos.

¹³³ Contralor delegado para el sector social.

¹³⁴ En el primer eje temático el Superintendente de Salud manifestó que la entidad no cuenta con la infraestructura suficiente para responder a los colombianos. También resaltó que la Superintendencia tiene una capacidad reducida tecnológica y de recurso humano.

¹³⁵ Revisar grabación de audiencia preguntas del primer eje.

¹³⁶ Acesi.

¹³⁷ Intervención de Acemi, a partir del minuto 3:54:12 de la grabación oficial de RTVC.

obligatorio para todos los prestadores. Sin embargo, se acotó que ello no sucede con el régimen contributivo¹³⁸.

Ahora bien, aun cuando Acemi y la ACHC respaldaron que dichas herramientas han impactado de manera positiva el flujo de los recursos hacia las EPS e IPS, la primera de ellas destacó que estas únicamente fueron eficientes durante el tiempo en que la Adres contó con los recursos suficientes para realizar los giros por ese concepto, mientras la ACHC afirmó que el dinero que debió girarse no llegó en su totalidad al sector prestador, situación que catalogó como un incumplimiento.

(v) *Bases de datos al interior del SGSSS*. La Corte concluyó que las medidas adoptadas para mejorar la calidad del cruce de información son insuficientes, y que el reporte de acciones implementadas por parte del Ministerio de Salud, en el año 2013¹³⁹, no permiten evidenciar avances en la materia, cuando los problemas aún persisten, atendiendo a que continúan los casos de afiliaciones dobles; colados en los regímenes y, usuarios afiliados en regímenes especiales y también en RC o RS¹⁴⁰.

4.2.3 Por otra parte, en relación con este eje temático, se evidenció que el Gobierno nacional se comprometió durante la audiencia pública a desplegar algunas actuaciones concretas al interior del SGSSS, respecto de las cuales se elevarán algunos interrogantes y se solicitará información de la siguiente manera:

a. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda manifestaron que el Gobierno se encuentra trabajando en un acuerdo de punto final que permitirá al sector salud a partir de la vigencia del 2019, saldar las cuentas históricas acumuladas y devolverle liquidez a lo largo de la cadena de prestación de servicios, intentando pagar todas las deudas pendientes existentes, principalmente, entre la Adres y las EPS¹⁴¹. Así mismo, el Ministerio de Hacienda señaló que esta medida deberá acompañarse de una estrategia de gasto eficiente en salud en el mediano plazo, que sea consistente con la regla fiscal y el marco fiscal de mediano plazo¹⁴².

Al respecto, esta Sala solicitará al Ministerio de Salud y Protección Social que este:

i) Indique en qué consiste el denominado proyecto de acuerdo final.

¹³⁸ Página 9 del documento radicado por Acemi en la Corte Constitucional el día 12 de diciembre de 2018.

¹³⁹ En la página 22 del documento radicado el 11 de diciembre de 2018 el Ministerio explica algunas de las medidas implementadas en este campo, pero no se evidencia que las mismas sean actuales. Así por ejemplo hace referencia a normatividad de 2013 cuando a la fecha persisten los problemas en el cruce de información.

¹⁴⁰ Esta Corporación considera que las causales que dan inicio a la apertura de investigaciones como fueron reportadas por la Fiscalía y la Contraloría, ponen en evidencia que las bases de datos siguen presentando falencias.

¹⁴¹ Intervenciones del Ministerio de Salud, minuto 2:55:20 de la grabación de RTVC y, del Ministerio de Hacienda, minuto 3:18:11.

¹⁴² Ministerio de Hacienda. Minuto 3:09:55 de la grabación de RTVC.

- ii) Especifique qué entidad gubernamental se encuentra a cargo de su desarrollo.
- iii) Indique en qué etapa se encuentra su estructuración.
- iv) Presente el cronograma de trabajo que permita evidenciar la fecha en que se tendrá listo el acuerdo y aquella en la que comenzará a operar.
- v) Exponga las implicaciones que tendrá en materia de salud.
- vi) Explique si efectivamente con el acuerdo se saldarán las cuentas pendientes entre la Adres y las EPS. De ser afirmativa la respuesta relacione:
 - a) las fuentes de financiación que se emplearán para ello, b) las formas y plazos en que se efectuarán los pagos, c) los controles que se ejercerán para garantizar que el dinero sea entregado efectivamente, y d) los mecanismos que se utilizarán para establecer las cifras que se adeudan.

b. Introducir herramientas digitales al sistema de seguridad social¹⁴³.

- i) El Ministerio de Salud y Protección Social deberá explicar a qué se refiere con introducir “herramientas digitales al sistema de seguridad social”.
- ii) Elaborar un cronograma en que se evidencie el plan de trabajo a desarrollar para introducir tales herramientas y las fechas en que las mismas habrán sido implementadas.
- iii) Explicar cuáles serán las fuentes de financiación del proyecto.
- iv) Presentar los resultados que se esperan obtener con esta medida en materia de acceso efectivo a los servicios de salud y sostenibilidad financiera del sistema, así como la forma en que serán evaluados.

c. El Ministerio de Salud y Protección Social se refirió a la posibilidad de eliminar el régimen subsidiado y contributivo para hablar de un único régimen para todos los usuarios.¹⁴⁴

- i) Se le solicitará al MSPS que informe si cuenta con estudios en la materia. En caso de ser afirmativa la respuesta, deberá exponer los resultados arrojados por los mismos, de forma que se pueda observar si son viables: a) la unificación de los regímenes de salud; b) su impacto fiscal; c) las etapas que contendría su materialización, y d) los plazos en que se llevaría a cabo.

De no contar con estudios, el Ministerio deberá iniciar los mismos y remitir un cronograma de trabajo que permita establecer las etapas que desarrollará para analizar la viabilidad de unificar los regímenes subsidiado y contributivo.

4.3 Cobertura universal en salud

4.3.1 Otro de los problemas evidenciados en la sentencia T-760 de 2008 fue el incumplimiento de la garantía constitucional consagrada en el artículo 48

¹⁴³ Ministerio de Salud. Minuto 3:06:30 de la grabación de RTVC.

¹⁴⁴ Ministerio de Salud. Minuto 3:06:30

de la Carta Política¹⁴⁵, en los plazos determinados en las leyes 100 de 1993¹⁴⁶ y 1122 de 2007¹⁴⁷, que han pretendido alcanzar la universalización en salud. Una vez vencido el término señalado en la primera y próximo a hacerlo el contenido en la segunda, la Corte profirió la orden vigésima novena¹⁴⁸ que pretendía materializar el mandato superior en el último plazo legalmente establecido. Desde la expedición de la providencia, las entidades encargadas del acatamiento de la directriz adoptaron medidas que han permitido durante los últimos ocho años que la afiliación de la población se mantenga en una tasa media del 95.73%, sin llegar a estar por debajo del 94%.

Adicionalmente, debe resaltarse que en desarrollo de la audiencia pública, el Ministerio de Salud¹⁴⁹, y los demás intervinientes de este eje temático¹⁵⁰ reconocieron que la universalización de la cobertura no se reduce únicamente al tema de afiliación, sino que conlleva el acceso real, efectivo y de calidad a los servicios de salud por parte de los usuarios.

4.3.2 Ahora bien, las intervenciones en la audiencia, los escritos allegados con posterioridad y el material probatorio recaudado durante el proceso de seguimiento a esta orden, permiten advertir la persistencia de problemas que impiden la universalización de la cobertura en Colombia, los cuales se mencionarán a continuación:

(i) *Universalización de la cobertura en Colombia.* Como se señaló anteriormente, la afiliación al sistema de salud ha presentado un incremento significativo. Sin embargo, no se ha alcanzado el 100% y un porcentaje de la población continúa por fuera del sistema de aseguramiento por razones como las siguientes: (i) no poseen capacidad de pago para cotizar al RC, y no

¹⁴⁵“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante”.

¹⁴⁶“Artículo 162. Plan de Salud Obligatorio. El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan”.

¹⁴⁷ “Artículo 9º. Financiación: El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará, en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema”.

¹⁴⁸“Ordenar al Ministerio de Protección Social que adopte las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la fecha fijada por la Ley –antes de enero de 2010–. En caso de que alcanzar esta meta sea imposible, deberán ser explicadas las razones del incumplimiento y fijarse una nueva meta, debidamente justificada”

¹⁴⁹ Sobre este asunto indicó que la cobertura tienen tres dimensiones que se reconocen como fundamentales para el derecho a la salud de los ciudadanos: (i) primera el aseguramiento que en nuestro país llega al 95%, del cual se deriva la importancia de la integralidad del servicio a la salud, (ii) reflejado en un menor gasto de bolsillo y, (iii) una protección financiera para los hogares más pobres. Anexo No. 3.

¹⁵⁰ Defensoría del Pueblo, iniciativa Saluderecho y Dejusticia.

cumplen los requisitos para estar vinculados al RS¹⁵¹; (ii) tenían la calidad de beneficiarios de un cotizante que falleció y quedaron sin cobertura en salud durante el periodo que transcurre hasta el reconocimiento de la pensión de sobrevivientes o la sustitución pensional y, (iii) pertenecen al 5.5% de la población indígena, que no se encuentran afiliados a ningún régimen¹⁵².

Con respecto a la vinculación de la población restante al sistema de salud, es preciso indicar que el Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018¹⁵³, había fijado como meta una afiliación del 97%¹⁵⁴, la cual no fue cumplida, toda vez que según la cifra reportada por Minsalud a junio de 2018 correspondía al 94.38%¹⁵⁵.

(ii) *Zonas geográficamente dispersas*. En relación con este asunto la Sala ha podido establecer que uno de los principales problemas para avanzar en materia de universalización de la cobertura, lo constituyen las desigualdades que en materia de acceso deben afrontar los habitantes de las zonas rurales respecto de las urbanas, y en particular aquella población que se encuentra en zonas geográficamente dispersas. Lo anterior, teniendo en cuenta que la falta de infraestructura hospitalaria¹⁵⁶ y el debilitamiento de la existente¹⁵⁷, a pesar del propósito planteado en el PND2014-2018¹⁵⁸, así como las dificultades de transporte, como consecuencia de inadecuada condición de las vías¹⁵⁹ continúan siendo una barrera para el acceso a los servicios de salud.

(iii) *La implementación del Modelo Integral de Atención en Salud*. Al pronunciarse sobre las experiencias generadas con la implementación de este modelo en el departamento del Guainía, el Ministerio de Salud, la CSR y la Defensoría del Pueblo señalaron las siguientes dificultades: (i) deficiencia de

¹⁵¹ Establecidos en el artículo 40 del Decreto 2353 de 2015.

¹⁵² Lo que demuestra que si bien es cierto el sistema de salud es amplio en materia de afiliación, sigue existiendo un porcentaje de población indígena que no está afiliada y que, por las diferencias socioeconómicas que presenta este grupo con el resto de la población, es probable que no tenga accesibilidad económica a servicios de salud. Informe presentado por Dejusticia. Anexo No. 3

¹⁵³ Ley 1753 de 2015.

¹⁵⁴ Plan Nacional de Desarrollo, Pág. 240.

¹⁵⁵ En informe presentado en agosto de 2018.

¹⁵⁶ Los indicadores de oferta de servicios por 1.000 habitantes, específicamente de disponibilidad de camas, servicios de urgencias, médicos, quirófanos, ambulancias y servicios de enfermería, dan a conocer las falencias actuales en materia de infraestructura. Intervención Minsalud. Anexo No. 3.

¹⁵⁷ ACHC informó que como consecuencia de los problemas de liquidez de los centros asistenciales, un 30% se vio en la necesidad de contraer los servicios, cerrarlos en un 16% y, tercerizarlos en un 9%, en relación con recurso humano afirmó que se tuvo que reducir la planta de personal en un 38%. Ver Anexo No. 2.

¹⁵⁸ “El programa de inversión pública hospitalaria fortalecerá la capacidad instalada asociada con la prestación de servicios de salud, en los componentes de infraestructura física, equipamiento biomédico, industrial, tecnológico y mobiliario de las empresas sociales del estado (ESE). En zonas apartadas con población dispersa, esta estrategia tendrá en cuenta la disponibilidad y uso de los instrumentos brindados en el marco de la telesalud, según los lineamientos establecidos en la Ley 1419 de 20102” Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018. Pág 237.

¹⁵⁹ Existen dificultades como la (i) evacuación de pacientes –Minsalud-, (ii) transporte aéreo como fluvial, (iii) déficit en las vías de comunicación, -Defensoría del Pueblo-, (iv) la falta de acceso a los centros y puestos de salud, (v) las difíciles vías de acceso, (vi) no existen vías de acceso para llegar a Quibdó, entre otros – Dejusticia-. Anexo No. 3. Tema que ha sido corroborado por lo dicho en el PND 2019 – 2022, donde se estableció que el 75 % de las vías se encuentra en estado regular a malo y solo el 25 % en buenas condiciones, en cuanto a la red vial secundaria, la cual está conformada por 45.137 km, de los cuales el 34 % se encuentran pavimentados (12.238 km) y 29.899 km corresponden a vías en afirmado o tierra (el 66 % restante). Pág. 927.

infraestructura de los centros y los puestos de salud, de acuerdo con los lineamientos de calidad hospitalaria, (ii) falta de medicamentos e insumos y, (iii) limitaciones en el transporte aéreo y fluvial.

De igual forma, sobre la implementación MIAS en todo el territorio nacional se identificaron los siguientes inconvenientes¹⁶⁰: (i) falencias graves en el sistema de información territorial; (ii) dificultades de coordinación intergubernamental e interinstitucional; (iii) falta de apoyo del Gobierno nacional a los entes territoriales; (iv) restricciones de oferta, recursos e incentivos insuficientes o inadecuados para la conformación de redes integrales en salud; (v) poca capacidad instalada en zona rural y de población dispersa; (vi) limitada infraestructura física y de dotación de centros y puestos de salud, unidades médicas y telemedicina; (vii) falta de recurso humano formado y dispuesto para atención primaria y enfoque familiar; (viii) problemas en el traslado intrahospitalario, (ix) la falta de otorgamiento a la unidad de pago por capitación sede diferencial para su ejecución ha dificultado la prestación del servicio de salud en condiciones de eficacia, oportunidad, inmediatez y eficiencia, y (x) la falta de un mapa epidemiológico actualizado de promoción, prevención y atención¹⁶¹.

Por último la CSR¹⁶², señaló que para la implementación se requiere la caracterización de la población y el mapa epidemiológico del país actualizado, de lo cual carecen tanto el MIAS como el PAIS, lo que hace que en más de la mitad del país el proceso no se esté llevando a cabo.

Finalmente, Dejusticia señaló la necesidad de implementar un enfoque étnico diferencial para la población indígena, para proveerle a esta población servicios de salud con este tipo de característica que permitan un equilibrio entre sus prácticas tradicionales y la medicina occidentales.

4.3.3. Durante el desarrollo de este eje temático, el Ministerio de Salud y Protección Social expresó su compromiso para buscar alternativas que permitan flexibilizar los parámetros de cotización con el propósito de continuar mejorando el porcentaje de afiliación al sistema; así como también respecto de la creación de unos indicadores más dinámicos para la medición de la oferta de servicios. Por tal razón, se le solicitará presentar un informe respecto de la implementación de dichos compromisos.

a. Lograr mayor flexibilidad de las normas para facilitar la vinculación al sistema de personas que no logran acceder a ninguno de los dos regímenes¹⁶³. El reporte deberá contener:

¹⁶⁰ Intervención Defensoría del Pueblo. Anexo No. 3

¹⁶¹ CSR. Anexo No. 3.

¹⁶² Ver Anexo No. 3.

¹⁶³ Sobre este asunto también se refirió en la intervención realizada en el eje de sostenibilidad financiera. Minuto 3:06:30 de la grabación de RTVC.

- i) Los estudios realizados en relación con las alternativas existentes para lograr la afiliación de los colombianos al sistema de salud mediante contribuciones distintas a las cotizaciones actuales.
- ii) La estructura de los diferentes mecanismos que podrían aplicar como alternativa a las cotizaciones actuales
- iii) Un cronograma de trabajo en el que se observe la forma en cómo se implementarán estas alternativas.
- iv) Los resultados que se esperan obtener con la medida en materia de acceso efectivo a los servicios de salud y cobertura universal; así como la forma en que serán evaluados.

b. Al referirse a los indicadores de oferta de servicios, anuncio que desarrollará unos más dinámicos y funcionales que represente en mejor manera la oferta de servicios en salud, en consecuencia se le solicitará que indique:

- i) En qué consistirán los indicadores anunciados y los aspectos que se pretende medir con ellos. La forma como desarrollará los indicadores, y el enfoque que tendrán,
- ii) El cronograma de trabajo en el que se observe la forma como se desarrollarán e implementarán, así como la manera en que se articularán con los existentes.
- iv) Presentar los resultados que se esperan obtener con la herramienta en materia de acceso efectivo a los servicios de salud y cobertura universal.

5. Visto lo anterior, la Sala Especial considera oportuno continuar con la generación de espacios de discusión que permitan identificar soluciones a las diferentes problemáticas mencionadas en el presente auto, generar consensos entre los actores del sistema para implementarlas, y obtener compromisos por parte de los responsables para su ejecución y supervisión; en los que se cuente con la participación de todos los involucrados en el correcto funcionamiento del SGSSS, la Defensoría del Pueblo, los peritos constitucionales voluntarios y los grupos de apoyo.

En consecuencia se convocará a una serie de sesiones técnicas sobre los asuntos mencionados en el acápite 4 de las consideraciones. Para el desarrollo de cada una de ellas la Sala establecerá con posterioridad el objetivo específico, la metodología para su desarrollo, los participantes y solicitará la información que considere pertinente, además de señalar la fecha y hora en que se llevará a cabo.

6. Finalmente, cabe mencionar que en la audiencia el vocero de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 pidió a esta Corporación se solicite un informe ante el Ministerio de Salud y Protección Social sobre la actuación administrativa adelantada con ocasión de la petición de declaratoria de interés público de los antivirales de acción directa utilizados en el tratamiento de la hepatitis C, que manifiesta fue elevada por esa entidad desde

hace tres años y a la fecha de la audiencia, no se ha resuelto, situación por la que los usuarios del RS no pueden acceder al tratamiento para esta enfermedad, ocasionando una afectación por parte del Estado colombiano, no solo el derecho a la salud de quienes la padecen, sino además su derecho a la vida.

No obstante, es preciso señalar que, en principio, la Sala Especial no tiene competencia para proferir órdenes en casos concretos, debido a que su labor está encaminada a verificar la aplicación de determinadas políticas públicas en el sector salud, conforme a los parámetros establecidos en los mandatos generales contenidos en la sentencia T-760 de 2008.

Sin embargo, ello no es óbice para que este Tribunal ponga en conocimiento inmediato del Ministerio de Salud y Protección Social la situación manifestada por el vocero de la CSR en la audiencia, relacionada con la solicitud de declaratoria de interés público de los antivirales de acción directa utilizados en el tratamiento de la hepatitis C, para que en ejercicio de sus competencias le informe al peticionario los trámites surtidos y el estado en que se encuentra dicha petición.

III. RESUELVE

Primero: Convocar a sesiones técnicas sobre los asuntos mencionados en el acápite 4 de las consideraciones. Para su desarrollo, la Sala establecerá el objetivo específico, la metodología, los participantes, solicitará la información que considere pertinente y señalará la fecha y hora en que se llevará a cabo.

Segundo: Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social, que en el término de quince (15) días, contados a partir del día siguiente de la comunicación de este auto, presente los informes ordenados en los acápites 4.1.3, 4.2.3 y 4.3.3 de la parte considerativa de esta providencia.

Tercero: Poner en conocimiento del Ministerio de Salud y Protección Social la situación manifestada por el vocero de la CSR en la audiencia, en relación relacionada con la solicitud de declaratoria de interés público de los antivirales de acción directa utilizados en el tratamiento de la hepatitis C, para que en ejercicio de sus competencias le informe al peticionario los trámites surtidos y el estado en que se encuentra dicha petición.

Cuarto. Proceda la Secretaría General de la Corte Constitucional a comunicar la presente decisión al Ministerio de Salud y Protección Social, adjuntando copia de la misma.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado Sustanciador

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General