

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



## CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

### Auto 470 A de 2019

**Referencia:** Seguimiento a la orden 24 de la sentencia T-760 de 2008.

**Asunto:** valoración de las medidas implementadas para la consecución de un procedimiento de recobro que sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>1</sup>.

**Magistrado Sustanciador:**  
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D.C., veintiuno (21) de agosto de dos mil diecinueve (2019).

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 impartidas, 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. Con ocasión del análisis de los casos concretos acumulados en la sentencia T-760 de 2008, esta Corporación impartió a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 16 órdenes generales con tendencia correctiva, con el fin de que acogieran las medidas necesarias para conjurar las fallas identificadas. Entre otras cosas, en esa providencia consideró que no es factible cubrir las necesidades médicas de la población si el sistema de salud no cuenta con los recursos suficientes para financiarlas. En concreto, señaló:

*“Así pues, en la medida que la capacidad del Sistema de Salud para garantizar el acceso a un servicio de salud depende de la posibilidad de financiarlo sin afectar la sostenibilidad del Sistema, el que no exista un flujo de recursos adecuado para garantizar el acceso a los servicios de salud que se requieran con necesidad, no incluidos dentro de los planes de servicio, obstaculiza el acceso a dichos servicios.”<sup>2</sup>*

2. Por lo anterior, recordó la importancia de lograr un apropiado flujo de recursos para

---

<sup>1</sup> SGSSS.

<sup>2</sup> Sentencia T-760 de 2008. Pág. 21.

asegurar la prestación de los servicios y bajo esa perspectiva profirió la orden vigésima cuarta:

*“Ordenar al Ministerio de la Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga que adopten medidas para garantizar que el procedimiento de recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud ante el Fosyga, así como ante las Entidades Territoriales respectivas, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al sistema de salud para financiar los servicios de salud, tanto en el evento de que la solicitud se origine en una tutela como cuando se origine en una autorización del Comité Técnico Científico.”*<sup>3</sup>

*Para dar cumplimiento a esta orden, se adoptarán por lo menos las medidas contenidas en los numerales vigésimo quinto a vigésimo séptimo de esta parte resolutive.”*

3. Luego de recoger información y elevar algunos interrogantes a diferentes actores del sistema de salud<sup>4</sup>, la Sala emitió el auto 078 del 9 de abril de 2012 a través del cual convocó a rendición de cuentas a los órganos encargados de la regulación y control de la política pública en salud, en relación con el acatamiento de las órdenes vigésimo cuarta y vigésima séptima de la sentencia estructural. Tal evento tuvo lugar mediante audiencia pública de fecha 10 de mayo de 2012.<sup>5</sup>

4. Seguidamente, mediante auto 263 de 2012<sup>6</sup> efectuó la primera valoración de la orden vigésima cuarta<sup>7</sup> y declaró el incumplimiento parcial por parte de las autoridades obligadas<sup>8</sup>.

En dicha ocasión la Corte consideró que la formulación de una política sólida en materia de fijación y control de costos de medicamentos constituía un avance significativo<sup>9</sup> y resaltó de manera positiva, que la problemática no se circunscribía a la falta de recursos destinados al sector salud, pero sí a que la inversión de dineros en esta materia era inocua, por cuanto el sistema se había convertido en un “*saco roto*”<sup>10</sup>, como consecuencia de la indebida destinación de los recursos, la malversación de fondos y la inoperancia de los órganos de inspección, vigilancia y control. Así, encontró que los dineros de la salud se destinaban a pagar “*inversiones propias de los administradores, o de los socios de [estos], o de [sus] familiares...*”, entre otras prácticas.<sup>11</sup>

De este modo, señaló que los recursos parafiscales “*terminan pagando y subsidiando de*

<sup>3</sup> Fondo de Solidaridad y Garantía del SGSSS de Colombia. A partir del 1 de agosto de 2017 la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud -Adres- pasó a reemplazarlo en sus funciones. La Adres fue creada por la Ley 1753 de 2015, la cual contiene el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. En este documento la Sala hará referencia al Fosyga, siempre que a él se haya impartido la orden en la sentencia T-760 de 2008.

<sup>4</sup> La información que la Sala señale que se recaudó con ocasión de las diferentes providencias que emitió en virtud del mandato vigésimo cuarto, será explicada en el acápite de antecedentes.

<sup>5</sup> Las intervenciones de quienes fueron citados a la audiencia se tuvieron en cuenta para proferir valoración de la orden 24 en el auto 263 de 2012 que también examinó el mandato 27. Esta audiencia giro en torno a los obstáculos que afectaban la sostenibilidad financiera y el flujo de recursos al interior del sistema.

<sup>6</sup> Expedido el 16 de noviembre de 2012.

<sup>7</sup> Como se expuso la verificación del acatamiento se realizó en conjunto con el mandato 27, que será analizado de forma separada.

<sup>8</sup> “*Segundo. DECLARAR el incumplimiento parcial de la orden vigésimo cuarta de la Sentencia T-760 de 2008, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, por los motivos expuestos en la parte motiva de este auto.*”

<sup>9</sup> No obstante, manifestó que no bastaba con la adopción de tales lineamientos, por cuanto se requería la materialización de las acciones allí determinadas para superar la crisis existente.

<sup>10</sup> Con anterioridad esta Corte ya había hecho referencia a la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud. En la sentencia C-252 de 2010 por ejemplo, señaló que “*deben atacarse las causas que propician el desequilibrio financiero antes que sus efectos. De lo contrario, sería realizar grandes esfuerzos fiscales para tratar de llenar un “saco roto”, como lo sostuvo uno de los intervinientes. [...]*”

<sup>11</sup> Cfr. Pág. 74 del auto 263 de 2012.

*manera ilegal una enorme cantidad de gastos ajenos al sistema en cuantía, hasta ahora indeterminada al subsumirlos en la cuenta de los activos y darle tratamiento como si fueran ingresos propios de las EPS”. Adicionalmente, evaluó la situación sobre inflación de precios de medicamentos y prácticas defraudatorias evidenciadas en la materia y estableció que la falta de regulación en los precios de los medicamentos estimulaba las actividades perversas en cuanto a los recobros, “que al finalizar el año 2010 ascendieron a 2 billones 936.120 millones de pesos”. En el referido auto se concluyó:*

*“De conformidad con lo expuesto en este acápite, se declara el incumplimiento parcial de la orden vigésima cuarta [...], como quiera que, a pesar de la suficiencia de recursos para la atención de las necesidades en salud de la población colombiana, estos son dilapidados, destinados a intereses de particulares o perdidos en la cadena de intermediación. [...].*

*Aunado a lo anterior, en los últimos días se ha hecho público que al interior del sistema se están investigando hechos de corrupción que le han costado al SGSSS varios billones de pesos, frente a lo cual la Sala destaca que la falta de flujo de recursos impide conservar la sostenibilidad financiera del sector y, por ende, la atención de las necesidades en salud de la población [...].”<sup>12</sup>*

5. En consecuencia, la Sala requirió al Ministerio de Salud y Protección Social<sup>13</sup> para que en relación con la sostenibilidad financiera del SGSSS implementara *“las medidas necesarias para salvaguardar los recursos asignados al sector salud y que tiendan eficazmente a proscribir los actos de corrupción y las prácticas defraudatorias que aquejan el sistema”*.<sup>14</sup>

De igual forma, le solicitó que adoptara junto con la Contraloría General de la República<sup>15</sup> *“las medidas necesarias para controlar y recuperar los recursos malversados y dilapidados en el SGSSS, conminando a reinvertir tales dineros en la atención en salud de los colombianos”*.<sup>16</sup>

Así mismo, invocó la intervención de la Superintendencia Nacional de Salud<sup>17</sup>, la Superintendencia Financiera, la Superintendencia de Industria y Comercio, la Procuraduría General de la Nación<sup>18</sup>, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación<sup>19</sup> para que iniciaran *“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 afectan [...] al sector [...]”*.

6. Subsiguientemente, mediante auto 104 del 22 de abril de 2014, recordó la importancia del seguimiento al cumplimiento de las órdenes impartidas, en esa oportunidad señaló que: *“la actividad de las autoridades que tienen funciones de control*

<sup>12</sup> Pág. 99 del auto 263 de 2012.

<sup>13</sup> En adelante Ministerio de Salud, Minsalud, Ministerio, ente ministerial, cartera de salud o MSPS.

<sup>14</sup> Orden cuarta de la parte resolutive del auto 263 de 2012.

<sup>15</sup> En adelante la Contraloría, CGR.

<sup>16</sup> Orden quinta de la parte resolutive del auto 263 de 2012. También se ordenó al Ministerio de Salud (orden sexta de la parte resolutive del auto 263 de 2012) que en conjunto con la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos expidieran la regulación requerida *“para conjurar la crítica situación de sobrecostos de precios de medicamentos POS y no POS”*, no obstante, la valoración de dicho componente fue emitida mediante auto del 26 de marzo de 2019, por lo que esa temática no será objeto de análisis en esta providencia.

<sup>17</sup> En adelante la Superintendencia de Salud, Supersalud o SNS.

<sup>18</sup> En adelante la Procuraduría, PGN.

<sup>19</sup> En adelante la Fiscalía, FGN.

*es vital para conjurar las fallas estructurales advertidas” y afirmó no encontrar justificado que “la Superintendencia de Salud, la Procuraduría General de la Nación y la Fiscalía General de la Nación no [hubiesen] atendido la orden que les imponía no solo la adopción de acciones urgentes y significativas sobre las irregularidades advertidas en el sistema, sino hacer un reporte de las mismas”.*<sup>20</sup>

7. Con posterioridad al requerimiento elevado en auto 104 de 2014, persistió el incumplimiento por parte de las autoridades obligadas, toda vez que no presentaron la información exigida de manera periódica en dicha providencia, ni en el auto 263 de 2012.<sup>21</sup> Por esta razón, en proveído de 8 de febrero de 2018, la Corte solicitó al MSPS que respondiera algunos interrogantes y lo requirió junto con otras autoridades para que cumplieran con lo ordenado en las providencias descritas y allegaran un reporte consolidado,<sup>22</sup> contentivo de los avances obtenidos a partir de la fecha del último informe que remitieron a la Sala con ocasión del acatamiento de las órdenes impartidas. Así mismo, les recordó que dicho requerimiento no las eximía de cumplir con la obligación de entregar cada trimestre los documentos solicitados en el auto 263 de 2012.<sup>23</sup>

11. En auto del 24 de abril de 2018 la Sala corrió traslado de los informes allegados en respuesta del auto mencionado en el acápite anterior<sup>24</sup>, a Acemi, la CSR, la ACHC, Así Vamos en Salud<sup>25</sup>, Gestarsalud<sup>26</sup> y Asocajas<sup>27</sup> en su calidad de peritos constitucionales, los cuales remitieron concepto sobre los mismos<sup>28</sup>, que se explican más adelante.

12. El 27 de junio de 2018 remitió al MSPS, a Minhacienda, a la Supersalud y a la FGN de los conceptos emitidos por los peritos con ocasión de lo establecido en el auto del 24 de abril de 2018, para que expusieran sus consideraciones y contestaran de manera concreta algunas preguntas formuladas.

13. El 5 de julio de 2018 pidió reporte a varias autoridades sobre los avances obtenidos en el acatamiento de las órdenes emitidas en la sentencia T-760 de 2008. Por su parte la PGN<sup>29</sup> y el MSPS<sup>30</sup> remitieron información relacionada con el mandato vigésimo cuarto, la cual se expone más adelante.

14. De igual forma, el 10 de octubre de 2018 mediante auto 668 se convocó a audiencia pública el 6 de diciembre de la misma anualidad<sup>31</sup>. Como metodología se definieron tres ejes temáticos en virtud de los cuales se desarrollaría la diligencia y en relación con los cuales cada uno de los expositores debería absolver unos interrogantes y remitir sus respuestas por escrito con posterioridad a la diligencia, a saber: (i) acceso a los servicios

---

<sup>20</sup> No obstante, en el referido auto la Sala Especial de Seguimiento resaltó que la Controlaría había entregado oportunamente hasta esa fecha, la totalidad de los informes trimestrales.

<sup>21</sup> No obstante, entre el 2014 y 2017 la Sala recibió informes, los cuales se exponen más adelante.

<sup>22</sup> Con corte a diciembre 31 de 2017.

<sup>23</sup> Con excepción de la Superfinanciera que fue autorizada el 5 de agosto de 2015 a presentarlos semestralmente.

<sup>24</sup> Por el MSPS, la Superintendencia Financiera de Colombia, la Procuraduría, la Contraloría y la Superintendencia de Industria y Comercio.

<sup>25</sup> Radicó respuesta el 17 de mayo de 2018. Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 448-455.

<sup>26</sup> El 24 de mayo de 2018 envió comunicación pronunciándose sobre los informes trasladados. Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 456-463.

<sup>27</sup> Mediante documento de 29 de junio de 2018 remitió pronunciamiento sobre los reportes referidos. Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 464-490

<sup>28</sup> Acemi el 11, la CSR el 15, la ACHC y Así Vamos en Salud el 17 de mayo, Gestarsalud el 24 y Acesi el 29 de junio de 2018. Cfr. AZ P, orden XXIV.

<sup>29</sup> Informe de fecha 27 de julio de 2018.

<sup>30</sup> Documento de fecha 3 de agosto de 2018.

<sup>31</sup> A lo largo del presente documento la Sala también se referirá a esta como “la audiencia pública” o “la audiencia” y al aludir al minuto de la grabación que cite se entenderá que es la grabación oficial de RTVC.

de salud, (ii) sostenibilidad financiera y flujo adecuado de recursos al interior del sistema y, (iii) universalización de la cobertura en salud.

15. Mediante auto de fecha 29 de octubre de 2018 la Sala decretó pruebas para precisar algunos datos relacionados con el mandato en cuestión. A la Superintendencia Nacional de Salud se le preguntó sobre: el porcentaje de las utilidades que reportan las EPS y las IPS en cuentas por cobrar; los valores que quedaron debiendo las EPS liquidadas a los hospitales desde el año 2012; la cantidad de IPS que han cerrado en los últimos dos años por falta de recursos; el número de sanciones impuestas por irregularidades cometidas al interior del SGSSS relacionadas con servicios no PBS y; los procesos de reintegro de recursos.

Por su parte, a las EPS se les cuestionó sobre: las dificultades en el giro directo a los proveedores de tecnologías en salud no PBS; el cumplimiento de las etapas del procedimiento de recobros; los tiempos en que se pagan los montos recobrados que son reconocidos; el uso de los recursos propios de las EPS para cubrir la prestación de servicios no PBS, qué montos se invirtieron y cuánto dinero fue recuperado; las zonas grises<sup>32</sup> y; la cartera de las EPS con las IPS.

16. El 6 de diciembre de 2018 se llevó a cabo audiencia pública en la que se contó con la participación del Ministro de Salud y Protección Social, el Superintendente Nacional de Salud, los delegados del Ministerio de Hacienda y Crédito Público<sup>33</sup>, la Procuraduría General de la Nación<sup>34</sup>, la Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo<sup>35</sup>, la directora de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>36</sup>, varios peritos constitucionales voluntarios, grupos de apoyo, académicos y expertos internacionales, además de instituciones y organizaciones diferentes a los intervinientes.

17. Con posterioridad, a través de auto 073 de febrero de 2019, la Sala encontró la necesidad de citar a sesiones técnicas para trabajar sobre las fallas evidenciadas en dicha audiencia de forma mancomunada con las entidades a cargo de cumplir las órdenes. En síntesis, algunas de las problemáticas identificadas en relación con la orden vigésima cuarta, al interior del eje de sostenibilidad financiera y flujo adecuado de recursos<sup>37</sup> desarrollado en la referida audiencia, fueron las siguientes<sup>38</sup>:

Se observó que recursos públicos, en concreto los dineros de las UPC, se emplean para al pago de gastos de administración que no se encuentran relacionados con el servicio de salud y de bonificaciones en cabeza de funcionarios de las EPS<sup>39</sup>. Se identificó que sigue presentándose responsabilidad fiscal con ocasión de recobros no justificados, duplicidad

---

<sup>32</sup> Relacionadas con el contenido del PBS.

<sup>33</sup> En adelante Minhacienda.

<sup>34</sup> En adelante Procuraduría o PGN.

<sup>35</sup> En adelante la defensoría.

<sup>36</sup> Adres.

<sup>37</sup> Anexo No. 2 del auto 073 de 2019.

<sup>38</sup> 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.

<sup>39</sup> La Contraloría resaltó que esto ocurre particularmente, en relación con funcionarios de EPS reconocidas a nivel nacional y de reciente creación.

de registros en bases de datos, adquisiciones de bienes o elementos no relacionados directamente con la prestación del servicio y sobrecostos en medicamentos<sup>40</sup>.

En materia de desviación de recursos la Sala evidenció que continúa la configuración de carteles al interior del SGSSS<sup>41</sup> y que gran parte de las investigaciones penales que tienen lugar se agrupan en: “(i) defraudaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)<sup>42</sup>; (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”<sup>43</sup>.

Que, a pesar de la reducción en las cantidades de solicitudes de cobros, los valores involucrados han seguido creciendo de manera constante desde el 2015, reportándose un monto total aproximado de 3.2 billones en ese año, a una proyección por encima de 4.3 billones de pesos para el cierre de 2018<sup>44</sup>. De igual forma se observó que siguen en aumento los puntos a auditar por la Adres frente a cada solicitud, pasando de 7.5 millones en el 2014 a 12 millones en el 2018. Así mismo que, el número de personas atendidas por servicios no PBS también incrementó, situación que, según se puso de presente, ha significado mayor esfuerzo administrativo para la Adres<sup>45</sup>.

También encontró que a nivel departamental es más difícil estimar el volumen y monto de los cobros del RS, lo cual ratificó la importancia de corregir la descentralización y centralizar el no PBS de ese régimen con la finalidad de que opere un solo mecanismo bajo la responsabilidad de la Adres.<sup>46</sup>

Los actores del sistema de salud plantearon que persisten las demoras en los pagos de las solicitudes de cobros. Adicionalmente, que se evidenciaba un retraso en los mismos con ocasión de que hasta el 2018 se cancelaron los complementos de julio a diciembre de 2017 y solo se habían pagado los tres primeros paquetes del 2018, cuando los correspondientes a los meses de abril a octubre ya deberían estar cerrados<sup>47</sup>.

Se aludió al elevado valor de la cartera del sector salud por parte de diferentes actores, en favor de las IPS y las EPS al interior del sistema, evidenciándose cifras en discusión de alrededor de los 5, 10, 15 y 20 billones de pesos y que gran parte de esta supera los 60 días<sup>48</sup>.

---

<sup>40</sup> CGR.

<sup>41</sup> Como el de la hemofilia en Córdoba, en Bolívar y en Caquetá y el de las enfermedades mentales en Sucre.

<sup>42</sup> Hoy Adres.

<sup>43</sup> FGN.

<sup>44</sup> El MSPS textualmente dijo: “como se observa en la siguiente gráfica, de acuerdo con el histórico de las cantidades de solicitudes de cobro presentadas ante FOSYGA hoy ADRES para el periodo 2010 - 2018, con la implementación del mecanismo de protección colectiva, a partir de febrero de 2016, las cantidades de solicitudes de cobro radicadas presentaron un descenso significativo”.

<sup>45</sup> Adres.

<sup>46</sup> El MSPS anotó que esta labor se encontraba en desarrollo por dicha entidad mediante el Plan Nacional de Desarrollo. Así mismo, reconoció la importancia de centralizar los pagos en cabeza de la Adres. De lo expuesto por Gestarsalud, la Sala infiere que la entidad también considera como positiva la descentralización de los pagos de los cobros en cabeza de la Adres. Por su parte, Gestarsalud indicó que las solicitudes de cobro se tramitan con mayor facilidad en algunas ciudades como Bogotá, ya que en ellas se presentan moras de meses pero que en otras partes del país no ocurre lo mismo, atendiendo a que las EPS se enfrentan con procedimientos diferentes en relación con cada entidad territorial.

<sup>47</sup> Acemi y Gestarsalud.

<sup>48</sup> Acemi, Gestarsalud, ACHC. Acemi aclaró que la deuda a junio 30 de 2018 arriba a 8.4 billones de pesos teniendo en cuenta únicamente a los hospitales públicos del país, con el agravante de que la mitad corresponde a deuda de más de 360 días, razón por la que se considera cartera prácticamente irrecuperable. Señaló que del 2012 hasta el 2017 en relación con la cartera se pasó de 4.5 billones a 8.5 billones de pesos; se incrementó en los pasivos que pone en evidencia el no pago a los hospitales y de estos a sus proveedores, a las enfermeras, a los médicos, a los

Se expuso que los gerentes hospitalarios (cerca de 100 que fueron encuestados), en relación con el impacto de la cartera, han manifestado que debido a la crisis en el sector salud han tenido que contraer los servicios en un 30%, cerrarlos en un 16% y tercerizarlos en un 9%.

Respecto del recurso humano, se afirmó que los hospitales redujeron la planta de personal en un 38 %<sup>49</sup>, adquirieron créditos para solventar la crisis y operar en el día a día, además de haber extendido la crisis hacia los proveedores como consecuencia de la mora en los pagos hacia ese grupo y postergado la adquisición de equipos, reducir el presupuesto y cancelar adquisiciones en proceso.<sup>50</sup>

En la audiencia también se expuso sobre la ejecución de programas de saneamiento financiero basados en la contención de costos, señalando que estos han provocado una contracción de la oferta en los hospitales públicos que los obliga a ser más eficientes, a costa de disminuir el recurso humano asistencial de médicos y demás, o tercerizar la nómina, con los riesgos jurídicos que esto conlleva, pero también se disminuye la oferta de servicios en las áreas rurales, inclusive en los barrios urbanos.<sup>51</sup>

En relación con algunas medidas enunciadas por el Ministerio<sup>52</sup>, se resaltó que la depuración planteada en la ley se realiza mensualmente produciendo un impacto positivo que permite conocer e identificar las cuentas y el estado en que se encuentran. Sin embargo, se resaltó que el problema radica en la disponibilidad de recursos para el pago, toda vez que son insuficientes para saldar las deudas acumuladas, garantizar su disponibilidad y lograr sostenibilidad financiera<sup>53</sup>.

Por esta misma línea se puntualizó que las medidas de giro previo y directo son idóneas para mejorar el flujo de los recursos hacia las EPS e IPS, desde un punto de vista formal, pero que fueron efectivas mientras la Adres contó con el capital suficiente, indicando que, se presentaron problemas presupuestales, de caja y fallas operativas, con los que perdieron eficacia en el último año.”

---

promotores de salud y otros, por falta de recursos, lo cual conduce a un sistema recargado en el recurso humano y los proveedores, incidiendo en la calidad de los servicios. Indicó que, de esta manera, aunque se pague a los hospitales públicos la cartera de menos de un año no se podrían cubrir los pasivos más ciertos en el sistema. ACHC puntualizó que las IPS siguen reportando 15 billones de pesos de deuda y 8.5 las EPS, y advirtió una diferencia de 7.5 billones y que el grado de coincidencia en contributivo y subsidiado suma el 43%. Página 6 del documento radicado por ACHC en la Corte el 11 de diciembre de 2018.

<sup>49</sup> En el primer eje el Ministerio de Salud hace alusión al talento humano para afirmar que se han desplegado acciones determinadas para fortalecer la política de talento humano que incluye elementos como la capacitación permanente de los médicos generales.

<sup>50</sup> En el tercer eje temático el Ministro de Saludo resaltó que Colombia tiene la capacidad técnica en talento y en tecnología para llegar con servicios de mayor valor a través de la telemedicina, y que a medida que la conectividad del territorio mejore este aspecto también se fortalecerá.

<sup>51</sup> Acemi explicó que, según el Gobierno, el 42 % de los hospitales públicos están en riesgo fiscal y financiero medio o alto, lo que los obliga a ejecutar programas de saneamiento financiero ante el Ministerio de Hacienda o ante la Supersalud.

<sup>52</sup> El giro directo en el RS; el saneamiento de pasivos; pago de deudas del RS; uso de excedentes de rentas cedidas; aclaración de cuentas entre las ET, las EPS y las IPS; giro directo de la UPC reconocida a las EPS de RC en medida de vigilancia especial; uso de excedentes del sector SGP oferta, salud pública y recursos del FOSYGA de las vigencias anteriores y, de dineros excedentes del proceso de saneamiento de aportes patronales.

<sup>53</sup> Acemi. Gestarsalud también consideró que el impacto no ha sido positivo porque no se han logrado depuraciones efectivas.

18. Por lo anterior, en decisión del 26 de febrero de la misma anualidad convocó a sesión el siguiente 24 de abril, la cual giró en torno al tema de *desviación de recursos* al interior del SGSSS<sup>54</sup>.

19. El 26 de marzo de 2019 la Sala profirió el auto 140 de 2019 en el que valoró con cumplimiento medio el componente de sobrecostos de medicamentos de la orden vigésima cuarta de la sentencia estructural, de conformidad con lo consignado en el mandato sexto del auto 263 de 2012<sup>55</sup>, al evidenciar medidas conducentes, el reporte de resultados y que estos mostraban avances en la implementación de la política, pero no suficientes en relación con la superación de la falla estructural que le dio origen<sup>56</sup>.

20. El 27 de marzo de 2019 requirió a Contraloría General de la República, a la Fiscalía General de la Nación, a la Procuraduría General de la Nación, a la Asociación de Colombiana de Clínicas y Hospitales y a la Asociación de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, para que dieran cumplimiento a lo dispuesto en el auto de fecha 26 de febrero de 2019 mediante el cual se convocó a sesión técnica dentro del marco del seguimiento a la orden vigésima cuarta y se formularon algunos interrogantes.

21. Luego, en auto de fecha 9 de abril se solicitaron pruebas en el marco del seguimiento a la orden vigésima cuarta, se requirieron los informes de cumplimiento a las autoridades obligadas y se pidió a la Procuraduría que, en virtud de sus competencias iniciara las investigaciones para establecer la responsabilidad disciplinaria de las autoridades obligadas a remitir reportes periódicamente.

22. A continuación, se describen de manera breve<sup>57</sup> los reportes allegados por las entidades obligadas a partir del último auto de valoración<sup>58</sup> y que se encuentran relacionados con el asunto a tratar, a saber, acciones implementadas *“para garantizar que el procedimiento de recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud ante el [entonces] Fosyga, así como ante las Entidades Territoriales respectivas, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al sistema de salud para financiar los servicios de salud”*.

23. Para verificar lo anterior, la Sala tendrá en cuenta las actuaciones desplegadas para *“salvaguardar los recursos asignados al sector salud y que tiendan eficazmente a proscribir los actos de corrupción y las prácticas defraudatorias que aquejan el sistema”* y *“para controlar y recuperar los recursos malversados y dilapidados en el SGSSS, conminando a reinvertir tales dineros en la atención en salud de los colombianos”*, de conformidad con lo establecido en los numerales cuarto y quinto de la parte resolutive del auto 263 de 2012, a través de los cuales se dio alcance a la orden vigésima cuarta.

---

<sup>54</sup> Las intervenciones y documentos allegados se resumen en el acápite que trata los informes remitidos a la Sala por cada entidad y perito constitucional.

<sup>55</sup> El mandato sexto ordenó al MSPS que en conjunto con la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos expidiera la regulación necesaria *“para conjurar la crítica situación de sobrecostos de precios de medicamentos POS y no POS”*.

<sup>56</sup> Se alude a este auto toda vez que el componente estudiado en el mismo incide en la valoración final de la orden vigésima cuarta. Por esta misma razón no se expondrán en el acápite de antecedentes, los informes remitidos por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, toda vez que fueron estudiados en el referido proveído.

<sup>57</sup> La Sala debe aclarar que, debido a la cantidad de datos entregados por las autoridades obligadas y los peritos constitucionales, contenidos en aproximadamente 20.000 folios que comporta la orden vigésima cuarta, en este acápite de antecedentes únicamente se describirá de manera breve y enunciativa la información más relevante, y para evitar repeticiones se desarrollará a fondo y de serlo necesario, en la parte considerativa.

<sup>58</sup> Auto 263 de 2012.

## 24. Ministerio de Salud y Protección Social.

24.1. Mediante informe radicado en esta Corporación el 11 de enero de 2013<sup>59</sup>, expuso las actuaciones desplegadas para salvaguardar los recursos del SGSSS a través de cuatro vértices, a saber: (i) medidas de ajuste al proceso de auditoría de recobros y reclamaciones; (ii) mecanismos de control al reconocimiento de recobros no admisibles, (iii) articulación de acciones con organismos y entidades de investigación y control; y (iv) acciones para la transparencia y lucha contra la corrupción.

24.2. En documento del 11 de diciembre de 2013<sup>60</sup> señaló como necesaria una administración del portafolio del Fosyga, bajo criterios de seguridad, liquidez y rentabilidad. Aludió a los procesos que llevaba a cabo, las herramientas creadas y los resultados observados hasta esa fecha por cada subcuenta<sup>61</sup>.

En cuanto a los trámites de recobro, enumeró las medidas adoptadas en los procesos de disminución y eliminación de interpretaciones de los contenidos del POS, el fortalecimiento de las auditorías realizadas a las prestaciones no POS, flujo de recursos, controles automáticos, auditorías concurrentes, proceso de reintegro y radicación web de recobros, entre otras cosas.

Manifestó que para la época fueron recuperados alrededor de \$428 mil millones de pesos y que se encontraban pendientes de dicho proceso \$138 mil millones, de los cuales \$73.860 millones correspondían a recursos identificados por el Consorcio Fidufosyga.

24.3. A través de reporte del 9 de abril de 2015<sup>62</sup> esgrimió que ha ejercido la representación legal dentro de los procesos penales surtidos en contra de los presuntos autores de actos defraudatorios al interior del SGSSS; enunció los avances obtenidos en relación con dicha participación dirigida a la salvación de dineros del sector y mencionó los montos que fueron reintegrados al Fosyga en algunos periodos, los recuperados por concepto de reclamaciones ECAT y los rescatados con ocasión de actos administrativos expedidos por la Supersalud en los que ordenó el reembolso.

Enlistó las causales que debían considerarse para el reintegro de recursos cuando se tratara de servicios y tecnologías ordenados por CTC o por tutela, los avances obtenidos señalando que de \$2.638 billones de pesos involucrados en montos a recuperar, \$1.411 billones se encontraban cursando ese proceso.<sup>63</sup>

24.4. Por medio de reporte de 13 de abril de 2016<sup>64</sup> expuso que las herramientas creadas para generar un flujo oportuno y efectivo de recursos de los servicios de salud, a su vez sirvieron para reducir la carga de las EPS que deben asumir la financiación de las

<sup>59</sup> Cfr. AZ I, orden XXIV folios 206 – 394, continúa en AZ J folios 1-102.

<sup>60</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV folios 1 – 37. El ente ministerial indicó que el documento en cuestión “consolida los resultados obtenidos por las diferentes medidas aplicadas, bien sea para salvaguardar los recursos que son ejecutados por [ese] Ministerio a través del Fosyga o para obtener su recuperación (...)”.

<sup>61</sup> “Los recursos del [Fosyga] se manejarán de manera independiente dentro de cada subcuenta y [serán destinados] exclusivamente a las finalidades consagradas para estas en la ley, de conformidad con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política. Los intereses y rendimientos financieros que produzca cada una de ellas se incorporarán a la respectiva subcuenta, previo el cumplimiento de las normas presupuestales que sean aplicables a cada una de ellas.” <https://www.Adres.gov.co/Inicio/-Que-Hacemos/Financiero/Presupuesto>.

<sup>62</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV folios 291–305.

<sup>63</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV folio 305 vuelto. Cifras exactas extraídas del documento.

<sup>64</sup> Cfr. AZ O, orden XXIV folios 390-439. En este informe también allegó datos sobre el cumplimiento de otras órdenes, no obstante, solo se hará mención a los relacionados con el mandato vigésimo cuarto.

tecnologías no POS, haciendo mención de la implementación del giro previo<sup>65</sup>, la auditoría integral, las solicitudes de recobro, el giro directo<sup>66</sup> y refiriéndose a los proveedores de tecnologías en salud no POS.

También reportó mecanismos de saneamiento de cuentas que permitieron el flujo de recursos en el SGSSS por valor de \$521 mil millones que, según informó, fueron girados directamente a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud<sup>67</sup>, con ocasión de los cuales hubo una variación en los valores promedio recobrados que disminuyeron de \$1.219.285 en el año 2007 a \$465.835 en el 2015.<sup>68</sup>

Explicó que las auditorías llevadas a cabo por la Contraloría<sup>69</sup> consisten en un control posterior que se realiza una vez concluidas las efectuadas a los recobros presentados ante el Fosyga<sup>70</sup>. Aclaró que en virtud de las mismas se encontraron 34 hallazgos que derivaron en la elaboración de un plan de acción contentivo de 53 actividades a adelantar por el ente ministerial.<sup>71</sup>

Por otro lado, informó sobre las medidas adoptadas para la transparencia en la asignación de los recursos del Fosyga<sup>72</sup>, y de los recursos destinados a la atención eficiente de las necesidades y prioridades de la salud. También puso de presente que actualizó y publicó en la página del Fosyga el manual de auditoría de recobros por tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios en salud<sup>73</sup>.

Finalmente, anotó que con el establecimiento por parte del MSPS de valores máximos de recobro<sup>74</sup> para el reconocimiento y pago de un conjunto de medicamentos no incluidos en el PBS<sup>75</sup> presentados ante el Fosyga, se detuvo el crecimiento del valor recobrado en las solicitudes de las entidades, logrando un ahorro cercano a \$2.1 billones.

24.5. El 2 de noviembre de 2016<sup>76</sup> el ente Ministerial allegó informe sobre la ejecución del proceso de reintegro de recursos de conformidad con lo establecido en la Resolución 3361 de 2013<sup>77</sup> y representación legal en los procesos penales derivados de la malversación de recursos. Expuso los resultados de las medidas que se han venido adoptando en relación con la salvaguarda de los recursos asignados al sector salud y el

<sup>65</sup> Resolución 5395 de 2013, por la cual se estableció el procedimiento de recobro ante el Fosyga y se dictaron otras disposiciones. “Artículo 37. [...] El administrador fiduciario de los recursos del [Fosyga] o quien haga sus veces, efectuará a más tardar el octavo (8º) día hábil siguiente al vencimiento del período de radicación mensual, giros previos a la auditoría integral, a favor de las entidades recobrantes de las tecnologías en salud [no] POS, por un monto equivalente al porcentaje variable que se calculará de acuerdo con el valor total de las solicitudes radicadas en el correspondiente mes, menos el valor resultante de la glosa promedio de los últimos doce períodos, excluyendo la glosa de extemporaneidad y una desviación estándar. [...]”

<sup>66</sup> Mecanismo previsto por la Ley 1438 de 2011 a través del cual el MSPS gira directamente los recursos del régimen subsidiado a las entidades promotoras de salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sin que pasen por la entidad territorial. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace\\_MinSalud\\_53\\_ABCGiroDirecto%20def.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace_MinSalud_53_ABCGiroDirecto%20def.pdf)

<sup>67</sup> En adelante IPS.

<sup>68</sup> Cfr. AZ O, orden XXIV folio 404 vuelto.

<sup>69</sup> Con ocasión de las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política de Colombia.

<sup>70</sup> Adelantada por la firma externa contratada para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>71</sup> Cfr. AZ O, orden XXIV folio 416. El Ministerio no profundizó en el contenido de las actividades, pero indicó que el 87% de las mismas fueron cumplidas.

<sup>72</sup> Cfr. AZ O, orden XXIV folio 418.

<sup>73</sup> En adelante PBS.

<sup>74</sup> VMR.

<sup>75</sup> El MSPS se refirió a PBS aun cuando a la fecha seguía operando el POS.

<sup>76</sup> Cfr. AZ O, orden XXIV, folios 512-519.

<sup>77</sup> “Por la cual se fija el procedimiento para el reintegro de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) apropiados o reconocidos sin justa causa.”

control y recuperación de los recursos malversados y dilapidados en el SGSSS, en cada uno de los procesos que se llevan a cabo para reconocer y girar los recursos por concepto de las prestaciones NO POS -recobros- y del pago de reclamaciones con cargo a la Subcuenta ECAT, correspondiente al primer semestre de 2016

24.6. En respuesta al requerimiento realizado en auto del 8 de febrero de 2018, el 27 de febrero siguiente el MSPS<sup>78</sup> respondió cada uno de los interrogantes elevados por esta Sala. Señaló los ajustes realizados al proceso de auditoría, partiendo de la normativa vigente a 2008<sup>79</sup> y definió los requisitos esenciales del proceso de recobro<sup>80</sup> resaltando su importancia en la evaluación técnica, jurídica y financiera. Enunció como avances la creación de un nuevo modelo de radicación web para los recobros<sup>81</sup> y la eliminación del trámite ante el CTC<sup>82</sup>; los ajustes a las etapas del reconocimiento y pago de las solicitudes de recobro<sup>83</sup>; la implementación del giro previo; la “*factura sin constancia de cancelación*”; los mecanismos de saneamientos de cuentas.

Por otro lado, respecto a los mecanismos ejecutados para recuperar los recursos malversados y dilapidados del SGSSS, a través de prácticas como la evasión y elusión, el Ministerio remitió el asunto a la UGPP, por ser la entidad a cargo de la determinación y el cobro de las contribuciones parafiscales de la protección social, la cual manifestó que desarrolló diversas acciones sobre los obligados en el Sistema de Protección Social<sup>84</sup> propiciando una sólida cultura de pago.<sup>85</sup>

Enlistó los mecanismos ejecutados con la Adres y la Supersalud para la recuperación de recursos del SGSSS, apropiados o reconocidos sin justa causa y también se refirió a la reinversión de los dineros eventualmente recuperados.<sup>86</sup> Además aludió a las acciones adoptadas para salvaguardar los recursos asignados al sector de los actos de corrupción y las prácticas defraudatorias relacionadas con los sistemas de información, la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA- y las auditorías implementadas, entre otras.

Enmarcó las “*medidas [que] ha creado para evitar demoras en el procedimiento de recobros generadas por el déficit presupuestal de los entes territoriales (...)*”.<sup>87</sup> Finalmente, afirmó que, a través de los mecanismos adoptados por esa entidad, se han controlado los recursos del SGSSS que se giran a las EPS por concepto de Unidad de Pago por Capitación<sup>88</sup> en los 2 regímenes.

<sup>78</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 205-262. Fueron archivadas en el expediente dos copias del mismo informe con radicado No. 2018110002227541.

<sup>79</sup> Es decir, la Resolución 3099 de 2008 y sus modificaciones.

<sup>80</sup> Como “*aquellos que permiten demostrar la existencia de la respectiva obligación y, en consecuencia, que resulta procedente el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro*”.

<sup>81</sup> Resolución 458 de 2013.

<sup>82</sup> Con la finalidad de garantizar el acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el PBS con cargo a la UPC de los afiliados del RC.

<sup>83</sup> Con “*la Resolución 458 de 2013 sustituida por la Resolución 5395 de 2013*”.

<sup>84</sup> En adelante SPS.

<sup>85</sup> Informe de la UGPP del 6 de marzo de 2018 No. 201815000712241. Cfr. AZ P, Orden XXIV, folios 264-269. Folio 214 vuelto.

<sup>86</sup> “*Los recursos administrados por la Entidad harán unidad de caja, excepto los recursos de propiedad de las [ET], los cuales conservarán su destinación específica y se manejarán en contabilidad separada. La estructuración del presupuesto de gastos se hará por conceptos, dando prioridad al aseguramiento obligatorio en salud. La presupuestación y contabilización de los recursos administrados no se hará por subcuentas.*”

<sup>87</sup> En las siguientes acciones principalmente: “*i) la expedición de las reglas generales del cobro de las Entidades Territoriales; ii) recursos adicionales para el reconocimiento de dichas tecnologías, e iii) implementación de la herramienta tecnológica de prescripción para el Régimen Subsidiado.*”

<sup>88</sup> Unidad de Pago por Capitación (UPC) es “*el valor per cápita que reconoce el SGSSS a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, sin distinción o segmentación alguna por niveles de complejidad o tecnologías específicas. La UPC tiene en cuenta*

En relación con la recuperación de los recursos malversados y dilapidados del SGSSS, el Ministerio resaltó que dicho tema debe analizarse bajo la luz del control fiscal, toda vez que se trata de una función que corresponde a la Contraloría, de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Constitución, la cual se encarga de adelantar los juicios de responsabilidad fiscal y determinar si sobre los mismos existe malversación y dilapidación.

Con respecto a las prácticas de evasión y elusión en el pago de las cotizaciones a que por ley están obligados los particulares directamente o a través de sus empleadores, indicó que la Ley 1151 de 2007 en su artículo 156 creó la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para proveer al Gobierno Nacional de la capacidad organizacional necesaria para procurar las problemáticas derivadas de vacíos fundamentales de dirección y coordinación detectados en el reconocimiento de derechos pensionales y su defensa, así como en la determinación y cobro de las obligaciones asociadas a las contribuciones parafiscales de la protección social.

Al respecto, el MSPS explicó que la UGPP en su informe de gestión del año 2016 *“a través de herramientas de análisis de información [...] logró identificar varias modalidades de evasión en el pago de aportes al SPS; Así como empresas dedicadas a estas prácticas que defraudan al Sistema”*, relacionando algunas cifras<sup>89</sup>.

Sobre los mecanismos ejecutados por el Ministerio de Salud, la Adres y la Supersalud para la recuperación de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa del SGSSS, el ente ministerial indicó que el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002<sup>90</sup>, dispone con relación al reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, lo siguiente:

*“Artículo 3º. Reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa. Cuando el administrador fiduciario del Fosyga o cualquier entidad o autoridad pública, en el ejercicio de sus competencias o actividades como participante o actor en el flujo de caja, detecte que se presentó apropiación sin justa causa de recursos del sector salud, en los eventos que señale el reglamento, solicitará en forma inmediata las aclaraciones respectivas o su reintegro, el cual procederá a más tardar dentro de los veinte días hábiles siguientes a la comunicación del hecho. Cuando la situación no sea subsanada o aclarada en el plazo señalado se informará de manera inmediata y con las pruebas correspondientes a la Superintendencia Nacional de Salud quien ordenará el reintegro inmediato de los recursos y adelantará las acciones que considere pertinentes.*

*Cuando la apropiación o reconocimiento a que alude este artículo sea evidenciada por el actor que maneja los recursos, éste deberá reintegrarlos en el momento en que detecte el hecho.*

*En el evento en que la apropiación o reconocimiento sin justa causa se haya producido a pesar de contarse con las herramientas, información o instrumentos para evitarlo, los recursos*

---

*los factores de ajuste por género, edad y zona geográfica, para cubrir los riesgos de ocurrencia de enfermedades que resulten en demanda de servicios de los afiliados a cualquiera de los regímenes vigentes en el país.”*  
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Unidad-de-Pago-por-Capitacion-aumenta.aspx> .

<sup>89</sup> *“500 mil trabajadores identificados como omisos, 10 mil aportantes que usaron el CREE como un mecanismo de evasión en el pago de las contribuciones a Salud, SENA e ICBF, 94.849 cotizantes posiblemente trabajadores de alto riesgo sin el pago del 10% adicional en pensión, Se validó que todas las agremiadoras a nivel nacional (16) y 137 comunidades religiosas presentan indicios de evasión con sus afiliados desde 2013 hasta 2015”.*

<sup>90</sup> *“Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”.*

*deberán reintegrarse junto con los respectivos intereses liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, OIAN. Cuando la apropiación se presente pese a la diligencia del respectivo actor o por circunstancias que escaparon a su control, los recursos deberán reintegrarse debidamente actualizados por el índice de Precios al Consumidor, PC.”*

El ente ministerial explicó que, según lo señalado en el artículo transcrito así como por la jurisprudencia existente sobre este asunto, el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, debe ser entendido en dos etapas, la primera, que se desarrolla entre los participantes en el flujo de caja, esto es, el administrador fiduciario del Fosyga, hoy Adres o cualquier entidad o autoridad pública y el destinatario de los recursos, y la segunda, corresponde a la orden de reintegro de los recursos que emite la Supersalud cuando la situación no sea subsanada o aclarada en el plazo señalado.

Así, el procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocido sin justa causa, establecido por el legislador en el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002, procura por la garantía de la destinación específica de los recursos del sector salud, ante la eventualidad de que se presenten apropiaciones o reconocimientos sin justa causa, originados fundamentalmente en el dinamismo de las bases de datos que constituyen insumo de los procesos de reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento de los regímenes contributivo y subsidiado.

Para desarrollar la primera etapa, el FOSYGA hoy ADRES, ejecuta periódicamente auditorías, que buscan verificar el correcto reconocimiento y giro de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC de los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado. En la segunda etapa, la Superintendencia Nacional de Salud verifica la integralidad de la documentación que soporta el hallazgo, ordena el reintegro inmediato de los recursos y adelanta las acciones que considere pertinentes.

Resaltó que se creó la Adres como la entidad encargada de administrar entre otros, los recursos que hacían parte del Fosyga, reemplazando en su totalidad a esta última entidad. En tal virtud y atendiendo lo dispuesto en el artículo 31 del Decreto 1429 de 2016, las órdenes de reintegro expedidas por la Supersalud a partir del 1 de agosto de 2017, en el marco del Decreto Ley 1281 de 2002, serán en favor de la Adres.

Ahora bien, es importante señalar que los diferentes contratistas del Ministerio de Salud y Protección Social que en su momento ejercieron la administración fiduciaria del FOSYGA en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de 1993, a saber: Consorcio Fidufosyga 2005 Contrato de Encargo Fiduciario No. 242 de 2005, Unión Temporal Nuevo Fosyga Contrato de Consultoría 055 de 2011 y Unión Temporal Fosyga 2014 Contrato de Consultoría 043 de 2013, adelantaron durante la ejecución de los mencionados contratos, las auditorías que permitieron la revisión a los pagos realizados durante la ejecución de estos. Se refirió someramente a algunos procesos de reintegro llevados a cabo por los consorcios.

En relación con los recursos recuperados al interior del SGSSS por parte de la Supersalud en la segunda etapa del proceso de reintegro, esta última entidad en cumplimiento de lo establecido en el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002, a 2018, informó que recibió del MSPS, el Consorcio SAYP 2011 (Administrador de los Recursos del FOSYGA hasta el 31 de julio de 2017) y las Uniones Temporales Nuevo FOSYGA y FOSYGA 2014, 1.896 procesos de reintegro, adelantados por dichas entidades frente a diversos actores del SGSSS.

Expuso que se han emitido 433 resoluciones ordenando el reintegro de recursos al sector salud por valor de \$813.645.869.243,60.

El MSPS destacó que en una misma resolución puede haber incursos varios procesos de reintegro, y que, por diversas causas asociadas al cumplimiento del debido proceso, se han devuelto 149 procesos, teniéndose que los 1.344 procesos restantes, se encuentran en trámite de análisis, como se muestra en el siguiente cuadro:

CONCEPTO	PROCESOS RECIBIDOS DURANTE LAS VIGENCIAS	RESOLUCIONES EXPEDIDAS ORDENADO REINTEGRO			PROCESO DEVUELTOS POR IMPROCEDENCIA	EN PROCESO DE ANÁLISIS
	VIGENCIAS	CANT	No.	TOTAL	No.	No.
TOTAL, REINTEGROS DE RECURSOS	2013	133	134	27.185.732.734,02	0	0
	2014	25	25	10.151.744.299,92	0	0
	2015	262	47	15.872.679.364,72	13	196
	2016	956	217	368.255 485.566,76	112	607
	2017	678	169	429.517 704.312,12	24	541
<b>TOTAL REINTEGROS DE RECURSOS</b>		<b>2.054</b>	<b>592</b>	<b>850.983.346.277,54</b>	<b>149</b>	<b>1.344</b>

El MSPS precisó que, de las 433 Resoluciones expedidas a 31 de diciembre de 2017, 169 se encuentran ejecutoriadas, 241 en trámite de recurso de reposición y 23 en etapa de notificación.

24.7. Mediante documentos de fecha 12 y 25 de julio de 2018, explicó que los recursos para cubrir las necesidades de salud de los colombianos no eran suficientes y que en ningún momento afirmó que los dineros que financian la UPC debieran destinarse a pagar lo no cubierto por el PBS, por lo cual no podían ser destinados al pago de servicios y tecnologías no especificadas en la norma.<sup>91</sup>

24.8. El Ministerio<sup>92</sup> se refirió nuevamente a algunas de las acciones ejecutadas y que ya había relacionado en informes anteriores, como generar agilidad y garantía del flujo oportuno de recursos; factura sin constancia de cancelación<sup>93</sup>; sobrecostos de los medicamentos<sup>94</sup>; recuperación de recursos<sup>95</sup>; y herramientas dirigidas a favorecer la transparencia en la administración y giro de recursos.

24.9. En audiencia del 6 y documento del 11 de diciembre de 2018<sup>96</sup>, en relación con el tema de desviación de recursos, el Ministerio de Salud y Protección Social señaló que se encontraba trabajando conjuntamente con la Adres en el fortalecimiento de la medida de giro directo, que en su parecer ayuda a garantizar que los recursos lleguen a la cadena de

<sup>91</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV. Página 8 del documento remitido por el Ministerio de Salud el 12 de julio de 2018. Ver también documento del 25 de julio de 2018.

<sup>92</sup> Cfr. AZ Q, orden XXIV, folios 27-44. Documento de fecha 3 de agosto de 2018.

<sup>93</sup> Resolución 2729 de 2013.

<sup>94</sup> Este componente forma parte de la orden vigésimo cuarta y fue estudiado de manera exclusiva en el auto de fecha 26 de marzo de 2019, razón por la cual no se expondrá la información allegada en relación con el mismo.

<sup>95</sup> Explicó que el procedimiento de reintegro de dineros se presenta en dos etapas. La primera que se surte entre la Adres y el destinatario de los recursos en la que la Supersalud realiza auditorías para verificar el correcto reconocimiento y giro de los recursos de la UPC y la segunda, corresponde a la orden de reintegro que emite la Supersalud cuando la situación no sea subsanada o aclarada en el plazo señalado; procedimiento establecido en el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002.

<sup>96</sup> Cfr. AZ Q, orden XXIV, folios 147-171. Documento de fecha 11 de diciembre de 2018. Radicado No. 201811401538391

valor de servicios, que la UPC se aplique efectivamente a la prestación de estos y a resolver el problema de iliquidez sectorial.

Indicó que la administradora de recursos revisa y audita los pagos para lograr a través del procedimiento de “reintegro de recursos” el reembolso de dineros al SGSSS, que fueron pagados sin justa causa, que según informó, en el año 2018 por ejemplo, superaba los 380 mil millones de pesos entre régimen contributivo y régimen subsidiado. El Ministerio señaló que, con corte a octubre de 2018, el valor de los recursos reintegrados ascendió a \$384.755 millones, de los cuales \$194.400 correspondieron al régimen subsidiado y \$190.355 al régimen contributivo.

Adicionalmente<sup>97</sup>, resaltó que respecto de los recursos que se giraban a las EPS por concepto de UPC, existía un porcentaje máximo que podrían utilizar para gastos de administración<sup>98</sup>, concepto que se encuentra definido en la ley así: para el régimen contributivo hasta el 10% del valor de la UPC y para el subsidiado hasta el 8% de su valor.<sup>99</sup>

En este sentido, puntualizó que los gastos de administración, pese a no ser directamente atribuibles a la prestación de los servicios de salud, se requieren para dicho fin, como gastos de publicidad servicios y tecnologías asociados a la administración del aseguramiento en salud; sin embargo, aclaró que esos servicios no están expresamente definidos. De esta manera, concluyó que los demás recursos que se giran a las EPS deberían ser invertidos exclusivamente en la garantía de la prestación de servicios de salud a sus afiliados.

Por otra parte, el Ministerio de Salud reportó que el Gobierno Nacional está trabajando en un acuerdo de punto final, que permitirá al sector salud saldar, a partir del 2019, las cuentas históricas acumuladas y devolverle liquidez al sector a lo largo de la cadena de prestación de servicios. Así mismo, que ello repercutirá positivamente en la calidad de la red hospitalaria pública, la disponibilidad de servicios privados y el derecho a la salud en el país.

Respecto a los recobros causados por la prestación de servicios no PBS y la cartera pendiente de pago por este concepto, indicó que con el mecanismo de protección colectiva<sup>100</sup>, a partir de febrero de 2016 disminuyó significativamente el número de solicitudes de recobro, pasando de 8.5 a 5.5 millones en octubre de 2018, no obstante, resaltó que los valores recobrados siguieron creciendo de manera constante desde el 2015, reportándose un monto total aproximado de 3.2 billones en ese año, a una proyección por encima de 4.3 billones de pesos para el cierre de 2018.

Por esta misma línea, aseveró que, a nivel departamental, es más difícil estimar el volumen y monto de los recobros del RS, lo que ratifica la importancia de corregir la descentralización y centralizar el no PBS de ese régimen con la finalidad de que opere un solo mecanismo bajo la responsabilidad de la Adres.

---

<sup>97</sup> Cfr. AZ Q, orden XXIV, folios 147-171. Documento de fecha 11 de diciembre de 2018. Radicado No. 201811401538391.

<sup>98</sup> Artículo 23 de la Ley 1438 de 2011. Para el RC máximo el 10% del valor de la UPC y para el subsidiado máximo el 8% del valor de la UPC.

<sup>99</sup> Artículo 23 de la Ley 1438 de 2011.

<sup>100</sup> Teniendo en cuenta el registro histórico por cada año desde 2010 a 2018.

24.10. Mediante informe del 29 de marzo de 2019<sup>101</sup>, el ente ministerial aludió a las medidas creadas para evitar la fuga de recursos en el SGSSS, mencionando la creación del Sistema de Afiliación Transaccional -SAT- y las implementadas en relación con la administración de los recursos del SGSSS (Adres).

Expuso que la Administradora despliega como medidas preventivas los cruces y validaciones entre las diferentes fuentes de información para asegurar la correcta liquidación y reconocimiento de la UPC, y de tipo correctivo, las verificaciones y auditorías que se derivan del procedimiento previsto en el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002<sup>102</sup>. De igual manera se refirió a las herramientas desarrolladas para la modernización de la información<sup>103</sup> y a los avances obtenidos frente a cada una de ellas.

24.11. En escrito del 3 de abril<sup>104</sup> y en sesión técnica del 24 del mismo mes del 2019 en torno a la malversación de recursos en el marco de la orden vigésima cuarta, precisó en qué consiste el proyecto de acuerdo final, la entidad responsable a cargo del mismo, la etapa en que se encontraba su estructuración y el cronograma de trabajo que permitiría evidenciar la fecha en que se tendría listo y en la que comenzaría a operar en ambos regímenes.

También explicó que el Gobierno financiará la deuda de lo “no PBS UPC”<sup>105</sup> del RC que se paga a través de la Adres, y en cuanto al RS señaló que se habilitarán fuentes para que las entidades territoriales puedan financiar el mecanismo.

Respecto a las herramientas digitales indicó que viene trabajando en la implementación de las mismas para la generación de valor de los procesos misionales a través de la puesta en operación de aplicaciones web y móviles.

24.12. En informe del 7 de mayo de 2019<sup>106</sup> resaltó que en el PND 2018-2022, se propusieron mecanismos dirigidos a hacer más eficiente el gasto en salud, como el acuerdo final, establecer valores máximos de recobro, la implementación de un presupuesto máximo dentro de los recursos del SGSSS para tecnologías en salud no financiadas con la UPC y la “*centralización de la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC- de la población afiliada al Régimen Subsidiado, por parte de la Nación*”<sup>107</sup> entre otras.

---

<sup>101</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 101-117. Documento de fecha 29 de marzo de 2019. Radicado No. 201911200384411. Remitido en respuesta al auto del 26 de febrero de la misma anualidad mediante el cual se convocó a sesión técnica en el marco del seguimiento a la orden 24.

<sup>102</sup> Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación. Modificado por el artículo 7 de la Ley 1949 de 2019.

<sup>103</sup> Sistemas en línea y transaccionales: se encuentra el desarrollo de sistemas de información transaccionales que permiten en línea la actualización de la información cumpliendo con reglas de validación. Tablas de referencia: a través de convenios, el Ministerio identifica y solicita a entidades públicas o privadas el suministro de datos relevantes para realizar validaciones en los sistemas que se pueden desarrollar tanto en línea, como en posteriores auditorías. Auditorías y depuración: esto permite identificar presuntas inconsistencias en la data y proceder en un tiempo determinado a su corrección o depuración. Fortalecimiento en las mallas de validación: frente al reporte de datos de las entidades, se incorporan validaciones una vez se han identificado presuntas falencias en la data.

<sup>104</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 162-177. Página 6, vuelto, del documento con radicado No. 201911200393741. Remitido por el MSPS en respuesta al auto 073 de 2019.

<sup>105</sup> Expresión textual empleada por el MSPS.

<sup>106</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 252-276. Copia del folio 277 a 300. Con radicado No. 201911200534541 del 7 mayo de 2019. Remitido por el MSPS en respuesta al auto 9 de abril de 2019.

<sup>107</sup> “Se ha evidenciado que los recursos disponibles para financiar las tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, de los afiliados al Régimen Subsidiado, son insuficientes para algunas entidades territoriales, debido a la ausencia de estandarización de procesos de gestión; al desconocimiento de la concentración de la oferta de servicios asociados a los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC y a la

En relación con las medidas adoptadas en materia de control y recuperación de los recursos malversados y dilapidados del SGSSS, señaló que atendiendo a las funciones asignadas a la Adres, las mismas se circunscribían al procedimiento de liquidación, reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento de ambos regímenes. También aludió a aquellas relacionadas con el procedimiento de verificación, control, pago de tecnologías en salud no financiadas con la UPC<sup>108</sup>, el procedimiento administrativo especial de reintegro de recursos y las dispuestas para mejorar las bases de datos, entre otras.

24.13. El 26 de junio de 2019 el ente ministerial allegó documento remitiendo la información requerida en el auto del 26 de febrero de 2019 y conforme a lo dispuesto en la sesión técnica del 24 de abril de la misma anualidad<sup>109</sup>.

## 25. Superintendencia Nacional de Salud:<sup>110</sup>

En primer lugar serán expuestos los temas en común contenidos en algunos reportes<sup>111</sup> y posteriormente se enunciará cada uno haciendo diferentes anotaciones.<sup>112</sup>

La mayoría de los informes remitidos contienen detalles sobre las acciones adelantadas en materia de control, es decir, respecto a los procesos administrativos sancionatorios iniciados a los vigilados por infringir las normas relacionadas con el flujo de recursos, incluyendo la etapa procesal y enlistando las iniciadas por presunto desconocimiento del compromiso de girar oportunamente las obligaciones causadas por actividades y medicamentos a las IPS, discriminadas según la etapa procesal que cursaban.<sup>113</sup>

Del mismo modo, en ejercicio de sus funciones de control aludió a las investigaciones (i) iniciadas por no reportar<sup>114</sup> la información de facturas, recobros, reclamaciones y novedades de pago relacionadas con la prestación de servicios de salud y las facturas pagadas por giro directo o (ii) no hacerlo de forma oportuna, (iii) por presunto desconocimiento de lo previsto en la Circular 030 de 2013<sup>115</sup>, (iv) a aquellas que se hallaban en curso contra las ESE<sup>116</sup> que no adoptaron el programa de saneamiento fiscal

---

*fuga de recursos en algunas otras entidades*". Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 252-276. Documento de fecha 7 de mayo de 2019. Radicado No. 201911200534541.

<sup>108</sup> Validaciones relacionadas con el reporte de enfermedades huérfanas, validaciones de la Codificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS y del Identificador Único de Medicamentos - IUM, aclaración del criterio de auditoría para establecer segundos usos en medicamentos, registro progresivo de usuarios con fallo de tutela en el aplicativo MIPRES, verificación de la presentación de recobros cuya prescripción de MIPRES se encuentre efectivamente reportada en los anexos de suministro, implementación de validaciones automáticas que permitan hacer más eficiente y segura la auditoría de recobros,

<sup>109</sup> AZ U, orden XXIV, folios 77-82.

<sup>110</sup> En este acápite se hace una breve descripción del contenido de los informes remitidos por esta entidad. Los datos concretos se tienen en cuenta en la parte considerativa para evitar repetición de información.

<sup>111</sup> Con la finalidad de evitar reproducir la misma información.

<sup>112</sup> La mayoría de los informes entregados por la Superintendencia de Salud desarrollaron la misma estructura, por lo que, la Sala solo expondrá de manera más precisa el primero y en aquellos similares solo hará alusión a los datos que varían para evitar repeticiones.

<sup>113</sup> Cfr. AZ orden XXIV: AZ K folio 318 vuelto, informe del 30 de enero de 2015; AZ N folios 206-224; documento del 31 de agosto de 2015; AZ N folios 364-425, informe del 15 de diciembre de 201; AZ N folios 426-471; documento del 1 de marzo de 2017 y; AZ P folios 1-44.

<sup>114</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folio 322 vuelto.

<sup>115</sup> La cual fijó el procedimiento de aclaración de cartera, depuración obligatoria de cuentas, pago de facturación por prestación de servicios y recobros.

<sup>116</sup> Empresas Sociales del Estado.

y financiero<sup>117</sup>, (v) las que tuvieron lugar por hallazgos evidenciados en visitas de auditoría integral, (vi) con y sin decisión ejecutoriada que iniciaron con anterioridad al 2014, durante dicha vigencia, y con posterioridad, señalando el motivo del mismo. También resaltó que realizó auditorías a las EPS.<sup>118</sup>

En sus informes aclaró que con el fin de saldar la deuda existente entre pagadores y los prestadores de servicios, el MSPS expidió actos administrativos tendientes a implementar estrategias para el saneamiento de la cartera. Así mismo, explicó que en virtud de la Circular 030 adelantó acciones de inspección y vigilancia frente a las ET, en torno al reporte de información y aclaración de cuentas; a la coordinación de las mesas de saneamiento de cartera y a las auditorías integrales. Además desplegó actuaciones en materia de recobros de medicamentos no POS otorgados por el CTC y por fallo de tutela y emitió órdenes de restitución de recursos<sup>119</sup> al SGSSS.

También reportó avances en materia de conciliación<sup>120</sup>, recuperación de dineros y flujo de recursos a través de acuerdos celebrados entre los actores del sistema.

### **Informes remitidos:**

25.1. En escrito del 28 de julio de 2014<sup>121</sup> aludió a las actuaciones adelantadas entre mayo y julio de 2014, se refirió a las funciones de control, reportó investigaciones por presuntas cuentas por pagar a las IPS<sup>122</sup>, a las investigaciones en curso y a las sanciones impuestas<sup>123</sup>. Así mismo, a la cantidad de autos de apertura de investigación y de las averiguaciones iniciadas en contra de empresas sociales del estado<sup>124</sup>. Finalmente, aludió a las auditorías realizadas a EPS de ambos regímenes<sup>125</sup>.

25.2. El 12 de mayo de 2014<sup>126</sup>, anotó que pese a las medidas adoptadas por el Gobierno, no había disminuido la cantidad de recobros<sup>127</sup>, lo que ponía en riesgo el flujo de recursos y la sostenibilidad financiera del sistema. Indicó que los pasivos de las EPS

<sup>117</sup> Al que hace referencia el artículo 8 de la Ley 1608 de 2013 a través del cual “se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud”. “Artículo 8°. Programas de saneamiento y fortalecimiento de Empresas Sociales del Estado. Se entiende por Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de Empresas Sociales del Estado, un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre la Empresa Social del Estado, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera de estas Empresas, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud.”

<sup>118</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folios 324 vuelto. Entre otras, la vigilancia recae, en el régimen subsidiado: conformación de la sociedad; verificación del cumplimiento del registro de las cuentas maestras para el recaudo y giro de los recursos que financian el régimen subsidiado; análisis de los saldos de las cuentas; análisis y verificación del efecto del efecto de las capitalizaciones y cambios en la estructura y composición patrimonial, presentando el comportamiento para cada uno de los años objeto de análisis; verificación y evaluación del flujo de recursos. En el régimen contributivo: conformación de la sociedad; análisis y evaluación de la estructura patrimonial de la sociedad y por otra de las IPS; análisis del comportamiento de los saldos de las diferentes cuentas, verificación y evaluación del flujo de recursos.

<sup>119</sup> De conformidad con lo establecido en el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2001 que le atribuye dicha competencia a la Superintendencia de Salud.

<sup>120</sup> Indicó las jornadas masivas de conciliación, la cantidad de solicitudes de conciliación radicadas, acuerdos conciliatorios suscritos, los montos de los mismos.

<sup>121</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folios 318-330.

<sup>122</sup> Frente a las cuales concluyó que los investigados presuntamente tenían cuentas por pagar con mora mayor a 30, 60 y 90 días, con la red prestadora de servicios de salud.

<sup>123</sup> Relacionó frente a cada proceso los valores correspondientes a las sanciones impuestas.

<sup>124</sup> Por presunto desconocimiento de lo establecido en el numeral 130.7 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011.

<sup>125</sup> En estas visitas se revisaron, entre otras, la conformación de la sociedad, la verificación del cumplimiento del registro, análisis de la composición y el comportamiento de los saldos de las diferentes cuentas, verificación y evaluación del flujo de recursos frente a diferentes ítems.

<sup>126</sup> Cfr. AZ L, orden XXIV, folios 282- 326. Documento remitido en respuesta al auto 104 de 2014.

<sup>127</sup> Cfr. AZ L, orden XXIV, folio 288.

mostraron una tendencia creciente para los años de 2010 a 2013 y que el patrimonio en dichas vigencias disminuyó, lo que respondió a la absorción de pérdidas de estas entidades.

Hizo mención del estado de los activos, pasivos, embargos, ingresos, costos y gastos de las EPS en ambos regímenes; explicó el comportamiento de los recobros; aludió a las mejoras y avances en el proceso de compensación, y al trámite de recobros y de restitución de dineros, los cuales se ven reflejados en el flujo de recursos.

25.3. En documento del 4 de noviembre de 2014<sup>128</sup>, expuso las actuaciones adelantadas entre agosto y octubre de la misma anualidad. Reseñó las investigaciones del periodo anterior de mayo a julio, enlistando 14 nuevas por presunto desconocimiento de la obligación de girar oportunamente, las obligaciones causadas por actividades o medicamentos a las IPS y a las EPS, que fueron sancionadas por presentar cuentas pendientes de pago a la red hospitalaria y mora en la cancelación a las IPS.

Explicó que el MSPS apropió recursos del presupuesto del Fosyga en la vigencia de 2014 para atender compromisos derivados de recobros por eventos no POS y fallos de tutela por una cuantía de \$2.000.000 millones para la subcuenta de compensación y por \$15.000 millones para la de solidaridad.<sup>129</sup>

25.4. Por medio de informe del 30 de abril de 2015<sup>130</sup> a parte de los datos generales reportados en la mayoría de los informes remitidos por la Supersalud, como se expuso en un inicio, la entidad aludió a los pagos efectuados con ocasión de la implementación de la medida de giro directo adoptada por el MSPS durante el 2014 y a que se efectuaron 708 operaciones de compra de cartera entre 22 EPS y 296 IPS por un valor anual de \$744.540 millones.

Así mismo, puso de presente que en algunos reportes remitidos por la ERP se evidencia que esta no registra cuentas por pagar a varios prestadores que por el contrario, estos si reportan como cuentas por cobrar<sup>131</sup>.

25.5. El 6 de abril de 2016<sup>132</sup> remitió escrito correspondiente al periodo noviembre 1° a enero 31 de 2016 en el que resaltó que con ocasión de la Ley 1608 de 2013 fueron llevadas a cabo diferentes transacciones de compra de cartera; se refirió a la creación de la subcuenta de garantías para la salud dentro del Fosyga y, aclaró que de conformidad con lo establecido en el artículo 9 de la Ley 1608 de 2013 los recursos de la subcuenta se utilizarían para la compra de cartera de las IPS.

En concreto, expuso que los giros directos autorizados correspondieron a alrededor de \$9.096.933 millones entre enero y diciembre de 2015; se refirió a la Resolución 3239 de 2013 mediante la cual se estableció el mecanismo de compra de cartera directa y señaló que en este mismo periodo se realizaron 728 operaciones entre 29 EPS y 311 IPS por un valor anual de \$487.988 millones.

---

<sup>128</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folios 396-404.

<sup>129</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folio 402.

<sup>130</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV, folios 306-327.

<sup>131</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV, folio 318 vuelto.

<sup>132</sup> Cfr. AZ O, orden XXIV, folios 268-328 (informe y copia del mismo a folios 329 a 389).

25.6. El 15 de junio de 2016<sup>133</sup> allegó reporte correspondiente al periodo 1º febrero a 30 de abril de 2016 relacionado con el flujo de recursos y la sostenibilidad financiera del SGSSS. Indicó que, debido a inconsistencias en datos reportados, requirió a los prestadores de naturaleza pública para que ajustaran los datos de las cuentas por cobrar conforme a lo registrado en el Sistema de Información Hospitalaria –SIHO-, con la finalidad de llegar a un estado que se aproxime a la situación real y que, una vez realizados los ajustes, permita valorar la pertinencia de iniciar investigaciones por “*efecto de no confiabilidad en la información*”.

Así mismo, puso de presente que continuaba solicitando datos periódicos y la actualización de las cuentas por cobrar a los prestadores de naturaleza privada, con la finalidad de acercarse al estado real de las que se hallaban pendientes; también se pronunció sobre las operaciones de cartera e indicó que entre febrero y marzo de 2016 se realizaron 86 operaciones de compra de cartera entre EPS e IPS por un valor de \$30.681 millones.

25.7. El 19 de febrero de 2018<sup>134</sup> radicó información proveniente de varias de sus delegadas así:

(i) La Superintendencia Delegada de Supervisión Institucional manifestó<sup>135</sup> que, en virtud de sus facultades, en materia de flujo de recursos, específicamente en relación con la Circular 030, entre enero a julio de 2017, verificó la confiabilidad de la información reportada en diferentes sistemas; así como el acompañamiento en mesas de saneamiento<sup>136</sup>; además, que emitió la Circular 02 de 2017 que tiene el propósito de conocer los cronogramas de cada EPS frente al saneamiento de cuentas, la conciliación y los pagos a su red prestadora de servicios de salud y demás proveedores para hacer seguimiento a los compromisos adquiridos.

Esta Circular establece que las EPS deben reportar sobre el cronograma, la depuración para conocer el estado real de las facturas, sobre los valores pendientes de conciliar y los conciliados.

Para el periodo de julio a septiembre de 2017 presentó los avances obtenidos en virtud del seguimiento al cumplimiento de lo establecido en la Circular 030 en lo referente al saneamiento y aclaración de cuentas del sector salud, entre las IPS y las ERP<sup>137</sup>, advirtiendo que su propósito es el pago para darle fluidez a los recursos del sistema<sup>138</sup>.

Se refirió a las cuentas por cobrar tanto en el sector público como en el privado.<sup>139</sup> Explicó el comportamiento de las deudas reportadas por las ESE en ambos regímenes

<sup>133</sup> Cfr. AZ O, orden XXIV, folios 450-494.

<sup>134</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 132-189.

<sup>135</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folio 188. La Delegada concluyó que “*el seguimiento a los incumplimientos presentados en los acuerdos de pago realizados en las mesas de saneamiento de cartera reportadas por las Entidades Territoriales, las Direcciones de Inspección y Vigilancia para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y para los Prestadores de servicios de Salud, se han realizado los respectivos requerimientos, en los que se insta a cumplir con las funciones establecidas en la Circular Conjunta 030 de 2013*”.

<sup>136</sup> Señaló que durante 2016 acompañó a 23 mesas de saneamiento de cartera convocadas por 14 departamentos para verificar el cumplimiento de las obligaciones en la depuración de cartera y cada acuerdo de pago.

<sup>137</sup> Entidad responsable del pago.

<sup>138</sup> Expuso que el MSPS expidió la Resolución 6066 de 2016 cuyo objeto es aclarar el estado de las cuentas por pagar y cobrar entre las ERP y las IPS a partir de lo informado en aplicación de la Circular 030 de 2013.

<sup>139</sup> Remitió la información en cuadros atendiendo a los siguientes ítems.

Concepto	ERP saldo	EBP saldo	Coincidencia ERP	Coincidencia EBP	Menor Valor Coincidente
----------	-----------	-----------	------------------	------------------	-------------------------

con corte a septiembre de 2017 y el estado de las cuentas pendientes con las ET. Adicionalmente enlistó los resultados obtenidos a través de acuerdos de pago en las mesas de saneamiento de cartera desarrolladas en las diferentes jornadas de trabajo durante la vigencia de 2017<sup>140</sup> y aseguró que con la Resolución 6066 de 2016<sup>141</sup> la metodología de cruce información permitió ajustar los datos con la finalidad de aproximarse al estado real del SGSSS.

(ii) La Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos aludió principalmente las acciones adelantadas entre el 1º de enero y 31 de marzo de 2017.

En ejercicio de las funciones de control en materia de flujo de recursos y sostenibilidad financiera remitió los cuadros en los que relacionó la última actuación dentro de cada investigación administrativa iniciada. Los procesos fueron enunciados atendiendo a si iniciaron antes, durante o después de 2014.<sup>142</sup> De este modo, reportó 4 sancionados por procesos que iniciaron antes de la vigencia de 2014<sup>143</sup> y 9 por procesos iniciados con posterioridad a ese año.

(iii) Finalmente, la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, dio razón de las acciones adelantadas en el primer trimestre del 2018 y sobre las ejecutadas en los meses restantes. Señaló que tiene facultades para efectuar conciliaciones entre los actores del sistema de salud, describiendo las jornadas ejecutadas durante el 2017 en los departamentos de Nariño (99 audiencias con 18 acuerdos conciliatorios), Córdoba y Sucre (403 audiencias de conciliación con 57 acuerdos suscritos), Antioquia y Chocó (339 audiencias de conciliación con 56 acuerdos suscritos) y 696 solicitudes de conciliación en Bogotá (que concluyeron a corte 31 de marzo de 2017 con la suscripción de 47 acuerdos).

25.8. En escrito de fecha 11 de julio de 2018, enviado por correo electrónico<sup>144</sup>, la Supersalud informó sobre los fraudes adulteraciones o invenciones de los documentos relacionados con incapacidades que se evidencian al interior del SGSSS y que la FGN es el ente encargado de investigar dichos eventos. Así mismo, aclaró que despliega sus actuaciones ante incumplimientos normativos independientemente de la cuantía, toda

EPS RC	7.948.867,9	18.264.638,2	4.556.650,8	9.121.509,7	4.241.765,9
--------	-------------	--------------	-------------	-------------	-------------

<sup>140</sup> Manifestó que los mayores acuerdos de pago tuvieron lugar en Cundinamarca, Nariño, Huila y Antioquia, lo cual representa el 51% del total. Concluyó que, en el seguimiento a los incumplimientos a los acuerdos de pago realizados en las mesas de saneamiento de cartera reportadas por las ET, las Direcciones de Inspección y Vigilancia para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y para los Prestadores de Servicios de Salud, realizaron los respectivos requerimientos en los que instó a cumplir con las funciones establecidas en la Circular Conjunta 030 de 2013. “Reportar oportunamente información de facturas, recobros, reclamaciones y novedades de pago relacionadas con la prestación de servicios de salud, y las facturas pagadas por giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).”

<sup>141</sup> “Por la cual se establecen las condiciones, términos y fechas para la aclaración de cuentas y saneamiento contable entre Entidades Responsables de Pago e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.”

<sup>142</sup>

Orden	SIAD	ENTIDAD INVESTIGADA	MOTIVO	ESTADO	Fecha	valor sanción
1	0411201000040	Humana Vivir S.A. EPS	Cuentas por pagar a la red	Archivo liquidación entidad	ejecutoriado 15/12/2016	No posee

<sup>143</sup> Solo dos tuvieron sanción. Uno con sanción por \$2.253.066 y otro de \$12.422.500.

<sup>144</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folio 549. Enviado posteriormente en físico el día 13 del mismo mes.

vez que Acemi había manifestado en relación con esta, que algunos hallazgos se quedaban sin investigar por no tener una incidencia económica alta.

Respecto a las medidas adoptadas por dicha entidad para garantizar el debido proceso de los actores del sistema de salud al interior de los procedimientos de reintegro de dineros apropiados sin justa causa, indicó que existe el Manual Operativo de Reintegro de Recursos Apropriados sin justa causa de la Adres.

25.9. Con ocasión de las pruebas decretadas en el auto del 29 de octubre de 2018 la Superintendencia Nacional de Salud mediante escrito de fecha 20 de noviembre de la misma anualidad se refirió al porcentaje de las utilidades que reportan las EPS y las IPS que constituyen cuentas por cobrar; los valores que quedaron debiendo las EPS liquidadas a los hospitales desde el año 2012<sup>145</sup>; la cantidad de IPS que han cerrado en los últimos dos años por falta de recursos<sup>146</sup>; el número de sanciones impuestas por irregularidades cometidas al interior del SGSSS relacionadas con servicios no PBS (212 sanciones)<sup>147</sup> y; los procesos de reintegro de recursos<sup>148</sup>.

25.10. A través de escrito recibido vía correo electrónico el 15 de marzo de 2019, la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional enunció las normas que contienen las medidas preventivas y correctivas de carácter financiero y operativo fijadas para el proceso de saneamiento de deudas del sector y el mejoramiento del flujo de recursos.<sup>149</sup> Así, aludió a la obligación de las IPS y las EPS de depuración, conciliación permanente de las cuentas por cobrar y pagar y el saneamiento contable de sus estados financieros. También a las estrategias que viene desarrollando<sup>150</sup>.

Puso de presente que una de las herramientas con las que cuenta la entidad es el proyecto de inversión “*Fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control realizada por la [Supersalud] al SGSSS, a nivel nacional*”, cuyo objetivo está dirigido a fortalecer la inspección, vigilancia y control realizada por la Superintendencia al sistema<sup>151</sup>.

25.11. En documento de fecha 10 de mayo de 2019<sup>152</sup> anotó que con ocasión de las 82 investigaciones iniciadas en materia de salud entre enero de 2018 y marzo de 2019, 39 fueron objeto de sanción, cuyo monto ascendió a \$13.380.219.316. Así mismo, que el incumplimiento de las obligaciones establecidas en la Circular 030 fue el motivo que

---

<sup>145</sup> Se registran acreencias reclamadas por la suma de 21 billones 394 mil millones de pesos, de las cuales las entidades reconocieron 7 billones 247 mil millones, lo que indica el 34% de reconocimiento promedio.

<sup>146</sup> La Supersalud reportó las IPS que cerraron y señaló que fue por causas tanto de debilidad financiera como de inconsistencias en la prestación del servicio.

<sup>147</sup> De acuerdo con el Sistema de Investigaciones Administrativas Supersalud, los temas reportados fueron negación de procedimientos no POS, negación de medicamentos no POS, negación sin CTC y con CTC, CTC, negación POS, negación de tecnología en salud no POS y negación de servicios excluidos. El valor de las sanciones a noviembre de 2018 ascendió a la suma de \$34.114.518.934.

<sup>148</sup> Reportó 736 órdenes de reintegro que involucran 756 procesos por valor de \$972.386,12 millones de pesos entre los años 2013 y el 2018.

<sup>149</sup> “*Ley 1797 de 2016, en concordancia con las competencias de las Entidades Territoriales definidas en el artículo 43 de la Ley 715 de 2001, artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, Decreto 971 de 2011, y lo establecido en el literal h del numeral II del punto 4.3 de la Circular Conjunta 030 de 2013.*”

<sup>150</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 68-77. Radicado en físico el 19 de marzo e identificado con el número 2-2019-58575. Pág. 3. A grandes rasgos las estrategias a que alude son el acompañamiento a mesas de saneamiento de recursos; el requerimiento de información a las partes involucradas sobre los contratos de prestación de servicios pendientes de liquidación: el requerimiento en atención a la información contenida en el SIHO y; el seguimiento estricto al ejercicio de las funciones de los actores de cada departamento.

<sup>151</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 68-77. Radicado en físico el 19 de marzo e identificado con el número 2-2019-58575. Pág. 4.

<sup>152</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 351-353. Radicado en físico el 15 de mayo e identificado con el número 2-2019-52164.

generó mayor apertura de procesos. Además, precisó que las indagaciones que más revistieron de relevancia son las relacionadas con:

*“i) el incumplimiento del pago de las obligaciones estipuladas en los acuerdos suscritos en mesas de saneamiento, ii) la mora en los pagos de acuerdo al tipo de contrato suscrito con los diferentes prestadores, y iii) el giro mínimo del 80% de UPC en razón a la medida de vigilancia especial impuesta por la Superintendencia; toda vez que las mismas evidencian las mayores deficiencias presentadas en el adecuado flujo de los recursos entre las Entidades Responsables de Pago y los acreedores”.*

25.12. Envío documento de fecha 3 de julio de 2019 con el cual remitió informe trimestral en relación con la orden, refiriéndose al incumplimiento en el pago de servicios generados por prestadores teniendo en cuenta la facturación radicada mensualmente y el tipo de contrato suscrito y el cuadro de consolidado de investigaciones y sanciones de flujo.

25.13. Envío documento de fecha 8 de julio de 2019 en el cual dio repuesta al requerimiento elevado mediante auto de fecha 13 de junio de la misma anualidad.

## 26. Superintendencia Financiera:

Se expondrán los temas en común contenidos en la mayoría de reportes<sup>153</sup> y posteriormente se harán algunas precisiones sobre la información relacionada en cada uno.<sup>154</sup>

La entidad explicó en el encabezado de sus informes, que en virtud de lo establecido en el contrato de encargo fiduciario número 467 de 2011<sup>155</sup> que suscribió el MSPS con el Consorcio SAYP 2011, las facultades específicas de seguimiento a la gestión de recobro se trasladaron al ente Ministerial como ordenador del pago y el responsable de auditar los recobros por beneficios extraordinarios de salud radicados ante el Fosyga, iniciando la competencia del Consorcio SAYP 2011 a partir de la ordenación del gasto y de la autorización del giro que expide el Ministerio de Salud.

Señaló que, de conformidad con lo descrito, carece de competencia en lo atinente a las presuntas faltas de carácter administrativo, disciplinario, fiscal y/o penal por irregularidades y prácticas defraudadoras, dilapidación de fondos, malversación de recursos, sobrecostos en medicamentos y corrupción.

Expuso que a través de Resolución 4106 del 22 de noviembre de 2015 adjudicó la administración de los recursos de dicho fondo al Consorcio Fidufosyga 2005, suscribiendo el 6 de diciembre de esa anualidad el contrato de encargo fiduciario para dicha labor, actuando el Ministerio como Fideicomitente y el Consorcio Fidufosyga como el administrador fiduciario.

En sus informes hizo referencia a las visitas de inspección efectuadas al Consorcio SAYP administrado por la Fiduprevisora S.A. por periodos, con el propósito de evaluar: *i) la plataforma tecnológica, ii) los requerimientos de seguridad y calidad para la realización*

---

<sup>153</sup> Con la finalidad de evitar repeticiones.

<sup>154</sup> La mayoría de los informes entregados por la Superintendencia Financiera desarrollaron la misma estructura, por lo que, esta Sala expondrá en un inicio los puntos repetidos en los mismos y posteriormente hará alusión a los datos que varían para evitar repeticiones.

<sup>155</sup> En concreto en las obligaciones 2.1.32 y 2.7.2.

*de operaciones, iii) la gestión de los riesgos operativos (SARO) y, iv) el grado de implementación del Decreto 4023 de 2011, por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la subcuenta de compensación interna del régimen contributivo del Fosyga.*

En virtud de las visitas formuló recomendaciones<sup>156</sup> que fueron trasladadas a la Fiduciaria La Previsora para que adoptara las medidas correspondientes en relación con el campo de tecnología, la seguridad y calidad de la información, el Sistema de Administración de Riesgo Operativo (SARO), plan de contingencia y continuidad del negocio, gestión con operadores y, sobre las Base de Datos Única de Afiliados. Además, mencionó que no se impusieron sanciones a la Previsora por incumplimiento de sus obligaciones.

En la mayoría de sus reportes aludió a los procesos judiciales en curso en diferentes periodos, el valor de las pretensiones, acotando si registró un incremento; informó la cantidad de tutelas a las que dio respuesta en cada uno de ellos, se refirió a las peticiones quejas y reclamos tramitados por el Consorcio, enunció la cantidad de procesos judiciales en contra del mismo junto con el valor de las pretensiones y se pronunció sobre las inspecciones *in situ*<sup>157</sup> que efectuó a aquel en diferentes épocas<sup>158</sup>.

26.1. Mediante documento de fecha 19 de marzo de 2013<sup>159</sup> expuso sobre el contrato de encargo fiduciario del Fosyga que en principio, es el MSPS el responsable de confirmar su acatamiento. Indicó los aspectos cuyo cumplimiento le corresponde verificar en virtud de sus competencias y facultades, estableciendo que sus labores principalmente giraban en torno a cuatro grandes áreas: “*supervisión sistemática, competencia, conductas y prudencial*”.

Indicó que a la Superintendencia le corresponde revisar el cumplimiento periódico de la rendición de cuentas de las sociedades, el aspecto contable, que mantengan los bienes objeto de fiducia separados de los del Fosyga y establecer que haya una debida prestación del servicio.

Señaló las actividades de supervisión que efectuó, relacionadas con el recobro de medicamentos no POS y lo ordenado por fallo de tutela y la administración de los sistemas de información<sup>160</sup> y, describió las recomendaciones que emitió<sup>161</sup>.

<sup>156</sup> Más adelante se alude a algunos ejemplos de recomendaciones que emitió la Superintendencia en este campo.

<sup>157</sup> En el lugar.

<sup>158</sup> Cfr. AZ orden XXIV. AZ N folios 328-330, informe 14 de julio de 2015; AZ N folios 331-333, documento del 4 de febrero de 2016; AZ N folios 482-485, documento del 16 de junio de 2017 y; AZ P folios 51-60.

<sup>159</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folios 103-108.

<sup>160</sup> Inspecciones *in situ*, *extra situ* y monitoreo, entre otras, para verificar las actividades realizadas por consorcio Fidufosyga 2005.

<sup>161</sup> En virtud de la visita de 2007 al “*Encargo Fiduciario Fosyga y la Unidad de Gestión encargada de la ejecución de este encargo*” emitió algunas recomendaciones a 8 sociedades fiduciarias partícipes del consorcio, como diseñar planes de contingencia para aumentar el recurso humano disponible con el fin de atender jornadas de capacitación a los auditores; que el consorcio definiera junto con el Ministerio de Salud acciones para solucionar las dificultades operativas que conllevaría a la realización de una evaluación de los recobros previa la auditoría integral; adelantar gestiones para estructurar mecanismos objetivos y no discrecionales que permitieran identificar y mantener niveles adecuados de recursos líquidos para atender los requerimientos de pagos sin incurrir en el riesgo de concentrar gran cantidad de recursos a la vista teniendo como consecuencia los costos de oportunidad en el tipo de inversión, entre otras. En septiembre de 2011 envió una comunicación a FiduBancolombia como líder del Consorcio Fidufosyga 2005 para que adoptara las medidas necesarias para subsanar las deficiencias evidenciadas en la visita de inspección. Recomendó evaluar que las personas que tomaran las decisiones dentro de la organización sean de alto nivel dentro de la misma y recomendaciones en relación con los sistemas de información.

26.2. En informe de 16 de julio de 2013<sup>162</sup> explicó el funcionamiento del contrato fiduciario y adicionó que visitó al consorcio administrador de los recursos del Fosyga (SAYP), para analizar la plataforma tecnológica, los requerimientos de seguridad y calidad para la realización de operaciones, la gestión de los riesgos operativos (SARO) y el grado de cumplimiento del Decreto 4023 de 2011, por el cual fue reglamentado el proceso de compensación y el funcionamiento de la subcuenta de compensación interna del RC del Fosyga. Con posterioridad a esta visita fueron formuladas algunas recomendaciones<sup>163</sup> y trasladadas a la Fiduprevisora el 18 de junio de 2013 para que desplegara las acciones correspondientes.

26.3. El 20 de agosto de 2014<sup>164</sup> adjuntó el reporte enviado por la Fiduprevisora en que alude a los controles de tecnología, el plan de contingencia y continuidad, seguridad y calidad de la información y las medidas correctivas y preventivas tendientes a subsanar todas y cada una de las debilidades observadas.

26.4. En documento de fecha 18 de octubre de 2014<sup>165</sup>, en cumplimiento del auto 263 de 2012 sintetizó el seguimiento a la ejecución del contrato de encargo fiduciario 467 de 2011.<sup>166</sup> Enlistó 55 procesos judiciales en curso con diferente tipo con pretensiones por \$72.897 millones que fueron calificados con probabilidad de pérdida remota.<sup>167</sup>

26.5. En informe del 18 de marzo de 2015<sup>168</sup> manifestó que al Consorcio lo notificaron de 15 procesos en los que fue demandado él y/o Fosyga como administrador fiduciario, 5 relacionados con los medios de control de reparación directa, y “10 medios de control de nulidad y restablecimiento del derecho”. También enunció que recibió 738 tutelas a las cuales dio respuesta<sup>169</sup>.

26.6. En escrito de fecha 26 de febrero de 2018<sup>170</sup> la Superintendencia Financiera puso de presente que con ocasión de la entrada en funcionamiento de la Adres, a partir del 1 de agosto de 2017 y la supresión del Fosyga, en virtud de lo señalado en el literal II de la Circular Adres número 001 de 2017, el Consorcio SAYP 2011 que era administrado por la Fiduciaria La Previsora S.A. y por Fiducoldex S.A., culminó sus funciones como administrador fiduciario del Fosyga el 31 de julio de 2017<sup>171</sup> y entró en proceso de liquidación.

Arguyó que, por lo anterior, en el segundo semestre de 2017 entregaron los recursos que tenía bajo su administración, razón por la que solicitó a la Corte relevarla<sup>172</sup> de la

---

<sup>162</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folios 303-306.

<sup>163</sup> En materia de tecnología, capacidad de infraestructura, monitoreo para verificar la eficiencia de las bases de datos garantizando su disponibilidad y funcionamiento en niveles óptimos de desempeño, entre otras, en materia de seguridad y calidad de la información, sobre el Sistema de Administración de Riesgo Operativo (SARO) y sobre la BDUA principalmente.

<sup>164</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folios 370-395.

<sup>165</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV, folios 202-203.

<sup>166</sup> Recordó que el objeto de ese contrato era que el Consorcio SAYP se comprometía a realizar el recaudo, administración y pago de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga- del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<sup>167</sup> Se calificaron con probabilidad de pérdida remota.

<sup>168</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV, folios 252-254.

<sup>169</sup> Aun cuando hizo mención a este aspecto no profundizó en el mismo.

<sup>170</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 201-204.

<sup>171</sup> Contrato de encargo fiduciario No. 0467 de 2011. El objeto de este contrato era que el consorcio SAYP se comprometía a realizar el recaudo, administración y pago de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga- del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este informe la Superintendencia hace referencia al seguimiento al contrato fiduciario, específicamente a los aspectos contables y a la rendición de cuentas.

<sup>172</sup> Superintendencia Financiera.

obligación impuesta en los numerales séptimo<sup>173</sup> y noveno<sup>174</sup> del auto 263 del 16 de noviembre de 2012. Comentó que la ejecución de los recobros y las auditorías están a cargo del Ministerio de Salud, toda vez que a este ente le trasladaron todas las facultades específicas de seguimiento a la gestión de recobro, siendo el ordenador del pago y el responsable de auditar los recobros por beneficios extraordinarios de salud radicados ante el Fosyga.

Sobre la gestión de la dirección jurídica del Consorcio SAYP 2011 indicó que durante el periodo objeto de rendición (abril a julio 2017) fue notificado de la admisión de 47 procesos en los que fue demandado el Fosyga y/o el Consorcio SAYP 2011 como administrador fiduciario.

Hizo mención respecto de los planes de continuidad y contingencia tecnológica<sup>175</sup>, la disponibilidad de la plataforma tecnológica<sup>176</sup>, gestión de soporte a usuarios y número de pagos, giros o abonos en cuenta realizados especificando el recaudo para la subcuenta de compensación, la de promoción, la de solidaridad y la de ECAT.<sup>177</sup>

## 27. Superintendencia de Industria y Comercio:

27.1. El 13 de diciembre de 2012<sup>178</sup> el Superintendente Delegado para la Protección de la Competencia de la Superintendencia de Industria y Comercio, expuso que adelantó dos investigaciones relacionadas con las presuntas irregularidades advertidas en el auto 263 de 2012 e indicó algunos datos sobre las mismas<sup>179</sup>.

Señaló que, de un total de 2187 actuaciones administrativas adelantadas durante el año 2012 con corte a noviembre, dicha delegatura impuso sanciones por un valor de \$3.453.271.300 contra 2007 agentes obligados.

---

<sup>173</sup> “*Séptimo: INSTAR a los órganos de inspección, control y vigilancia del sistema – Superintendencia Nacional de Salud, Superintendencia Financiera y Superintendencia de Industria y Comercio –, así como a los órganos de control del sistema – Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República y Fiscalía General de la Nación para que inicien 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 afectan actualmente al sector salud y que fueron expuestos a lo largo del presente auto. Para tales efectos, se les remitirá copia de los documentos contenidos en la carpeta correspondiente a la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas del 10 de mayo del año en curso y de las grabaciones de la misma.*”

<sup>174</sup> “*Noveno: DISPONER que todas las entidades a las que se les imparten órdenes en esta providencia, deberán INFORMAR trimestralmente a la Sala Especial de Seguimiento, los avances y resultados obtenidos en el cumplimiento de las mismas.*”

<sup>175</sup> La entidad expuso “*en rendición de cuentas se indica que la infraestructura tecnológica y los sistemas de información permitieron garantizar la continuidad en la administración y coordinación del encargo fiduciario para cada una de las cuentas del Fosyga.*”

<sup>176</sup> El indicador de este servicio dio como resultado un promedio de 99.82%. Esta continuidad se sostuvo sobre la nueva plataforma de tecnología de información y se garantizó la integridad de la infraestructura tecnológica para el periodo objeto de análisis.

<sup>177</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folio 202 vuelto. Expuso estos datos para evidenciar el comportamiento de las subcuentas del Fosyga en virtud del seguimiento al contrato fiduciario.

<sup>178</sup> Cfr. AZ I, orden XXIV, folios 168-205.

<sup>179</sup> En la investigación con radicado 09-21413 contra la agremiación Acemi y 14 EPS del régimen contributivo, culminó con la expedición de la Resolución número 461 de 2011 en la que el Superintendente impuso sanciones administrativas por haber llevado a cabo 3 acuerdos anticompetitivos, contra dicho acto fue interpuesto recurso de reposición resuelto en la Resolución No. 56116 de 2011. La segunda con radicado No. 11-1883, tuvo inicio mediante la Resolución No. 26273 de 2011 contra 12 EPS del régimen contributivo, presuntamente al haber llevado a cabo 2 acuerdos anticompetitivos, además señaló las sanciones impuestas como el ejercicio de control de precios de medicamentos.

27.2. El 30 de abril de 2013<sup>180</sup> remitió los informes elaborados por los Delegados para la Protección de la Competencia y para el Control y Verificación de Reglamentos Técnicos y Metrología Legal, contentivos de las investigaciones administrativas adelantadas contra agentes económicos que prestan servicios de salud.

28. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos:

Toda vez que el componente de sobrecostos de medicamentos se analizó mediante auto de fecha 26 de marzo de 2019, la Sala solo enunciará en este proveído los informes allegados que se relacionen con los asuntos en estudio mencionados en un principio.

29. La Contraloría General de la República:<sup>181</sup>

29.1. Informe de fecha 13 de diciembre 2012.<sup>182</sup> Aludió a las reuniones efectuadas con el Gobierno, el Congreso y las “*Altas Cortes*” en las que puso en conocimiento los resultados de las auditorías, hallazgos y los procesos de responsabilidad civil adelantados. Indicó que encontró una “*gran actividad de intermediación de recursos*” muchas veces en beneficio propio de las EPS y/o de sus accionistas y entidades vinculadas; además que las EPS no han cumplido con su objeto social y el régimen de inversiones restrictivo<sup>183</sup>, trasladando el riesgo financiero al Fosyga y el riesgo de la atención en salud a las IPS con las que contratan de manera indebida en un esquema conocido como “*capitación*”.<sup>184</sup>

Advirtió además el “*manejo poco transparente en formación de precios de servicios de la salud permitiendo así una especie de integración vertical y prácticas que podrían estar en contravía de la libre competencia*”. Aunado a ello, reconoció que la UPC ha sufrido toda clase de “*manipulaciones y distorsiones*” y no tiene su función propia de prima o precio del aseguramiento ya que corresponde a una “*actualización ficticia que está basada en costos inflados*”<sup>185</sup>.

Sobre la recuperación de recursos públicos del sistema anotó que tales son dineros parafiscales<sup>186</sup>, por lo que, el hecho de que las EPS los administren, no implica que sean de su propiedad y puedan disponer libremente de ellos.

Informó sobre los procesos de responsabilidad fiscal que adelantó hasta la fecha<sup>187</sup>. Precisó los hallazgos de las auditorías realizadas al Fosyga, como por ejemplo el

<sup>180</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folios 183-199.

<sup>181</sup> Planteó en la mayoría de reportes que sus, informes dan cuenta de la gestión de la Contraloría “*en la vigilancia y control fiscal de los recursos públicos destinados a la prestación de los servicios de salud, aplicando los procesos y procedimientos definidos en la ley y la reglamentación interna, y de acuerdo con lo reportado por cada una de las dependencias con competencias en la materia. El informe se estructura en cuatro partes: 1) Auditorías; 2) Actuaciones Especiales de Fiscalización; 3). Indagaciones Preliminares y Procesos de Responsabilidad Fiscal y 4). Procesos de Jurisdicción Coactiva.*”

<sup>182</sup> Cfr. AZ I, orden XXIV, folios 63-167.

<sup>183</sup> Además, porque han incurrido en prácticas como operaciones de préstamo, leasing e inversión que han sido financiadas con los ingresos derivados de UPC, aportes, cuotas moderadoras, pagos compartidos, copagos, tarifas deducibles o bonificaciones u otros recursos parafiscales que son cobrados a los afiliados.

<sup>184</sup> Cfr. AZ I, orden XXIV, folio 65.

<sup>185</sup> Señaló que la Superintendencia de Industria y comercio (SIC) encontró y sancionó una actividad para elevar el costo de la UPC (informe motivado con radicación No. 09-021413 “*Investigación por prácticas comerciales restrictivas desplegadas por algunas EPS agremiadas en ACEMI*” y la Resolución 46111 de 2011 “*Por la cual se imponen unas sanciones*”). Cfr. AZ I, orden XXIV, folio 65.

<sup>186</sup> Sentencia C-655 de 2003; SU-480 de 1997; C-577 de 1997; T-569 de 1999 y C-179 de 1999.

<sup>187</sup> Expuso que en 4 de sus dependencias se registraron 676 “procesos de salud” por una cuantía de \$6.978.708.608.208,01. De este consolidado expuso los más relevantes para la Contraloría y su estado actual,

referente a las deficiencias del sistema de información respecto al acceso a las bases de datos. Indicó que, bajo ese entendido, desarrolló auditorías concurrentes mediante visitas a las sedes de las entidades recobrantes y reclamantes respecto al procedimiento adoptado en la presentación de solicitudes de recobros y reclamaciones del Fosyga.

En las auditorías implementó controles automáticos y la política de seguridad, para generar alertas como extemporaneidad, pagos dobles, fallecidos, control de precios en medicamentos y glosas ilegibles. Además, realizó un ejercicio comparativo con la FGN respecto a las pruebas obtenidas para que hicieran parte de los procesos penales adelantados, así como la investigación administrativa a cargo de la Supersalud.

Advirtió que buscaba implementar una plataforma tecnológica integrada para la sistematización completa y la parametrización de las reglas de decisiones clínicas y administrativas, y el recobro en línea, es decir, que se verifique el cumplimiento de los criterios para el suministro del servicio no POS requerido por el paciente, agilizando el flujo de recursos y habilitando un giro directo. También adoptó la guía para la administración de riesgos en el Fosyga, con el fin de asegurar la medición de riesgos estándar en todos los procesos.<sup>188</sup>

Finalmente, manifestó que realizó actividades con los organismos de investigación y control orientadas a salvaguardar los recursos del sector salud, al igual que adoptó medidas preventivas y adelantó trabajo conjunto con un grupo de la DIJIN respecto a la recolección de información sobre presuntos actos de corrupción o prácticas defraudatorias.

Por otra parte, informó que en conjunto con la Secretaría de Transparencia de Presidencia de la República se formuló el proyecto “*fortalecimiento institucional de la capacidad colombiana para aumentar la integridad y transparencia*”, así como el estatuto anticorrupción (Ley 1474 de 2011) dirigidos a lograr mayor control sobre los riesgos evidenciados para implementar estrategias concretas con resultados a corto, mediano y largo plazo.

29.2. En escrito de fecha 2 de abril de 2013<sup>189</sup> se refirió a los procesos adelantados en relación con el manejo irregular de los recursos parafiscales del sistema de salud.

La Contraloría Delegada para el Sector Social advirtió la existencia de detrimento patrimonial al Estado en cuantía superior a 5 billones de pesos, y relató que como resultado de las auditorías encontró hallazgos<sup>190</sup> con presunto alcance fiscal, que ascendieron a \$112.707.2 millones.<sup>191</sup> Enlistó las indagaciones preliminares y las actuaciones especiales iniciadas con la finalidad de recuperar los recursos del sector salud. Se refirió al valor de las medidas cautelares adoptadas y a las advertencias

---

indicando entre otras cosas, que surgieron con ocasión a utilización contraria a la Constitución y a la ley de recursos parafiscales; presunto desvío de recursos parafiscales del SGSSS administrados por Caprecom; irregularidades en contratación, en interventoría y bases de datos y el flujo de recursos; desvío de recursos del SGSSS a una prepagada; creación de empresas fachada por funcionarios y del entonces Ministerio de la Protección Social; que el SIMED no servía para proveer la información necesaria para la regulación de precios de medicamentos; multifiliación; falta de control de la BDUA; pago de valores de medicamentos recobrados que se encontraban incluidos en el entonces POS.

<sup>188</sup> Sus características son de (i) políticas y métodos para la identificación y valoración del riesgo; (ii) estructura de gobierno; (iii) rol de los líderes de los procesos, supervisores y auditores; (iv) creación de un comité de riesgos, es una herramienta en la supervisión de los contratos del administrador fiduciario.

<sup>189</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folios 109-182

<sup>190</sup> Auditorías del año 2012.

<sup>191</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folio 119.

proferidas a entidades de regímenes especiales debido a la desviación de los recursos en el periodo de 2012 y el primer trimestre de 2013.<sup>192</sup>

29.3. A través de informe de fecha 25 de junio de 2013<sup>193</sup> desaprobó la fijación del monto de la UPC sin darse a conocer los estudios técnicos en los cuales se fundamentaba dicho valor. Indicó que a la fecha desconocía si el MSPS esclareció adecuadamente las inconsistencias evidenciadas en la denuncia instaurada a finales de 2010 por la entonces Viceministra de Protección Social<sup>194</sup>, en la que reportó:

*“serias deficiencias relacionadas con la definición de la Unidad de Pago por Capitación; falta de oportunidad, confiabilidad y calidad de la información presentada por algunas entidades Promotoras de Salud (EPS) tanto para el régimen contributivo como subsidiado; debilidades en los estudios técnicos para determinar el monto de la UPC; inconsistencias en la información que reportaron las EPS sobre frecuencia de uso y gasto médico, especialmente en lo referente a medicamentos; toma de decisiones que afectan el sistema sobre información y cifras que no son razonables y la posibilidad de haber incorporado al sistema aproximadamente un billón de pesos adicionales al presentarse errores en la actualización de la UPC para la vigencia de 2011”.*

La entidad consideró que los responsables de fijar el valor construyeron con el paso del tiempo una UPC sobredimensionada y que las entidades encargadas debían crear una metodología apropiada para establecer la suficiencia de la misma en ambos regímenes, con base en estudios demostrativos de que los servicios de salud del POS unificado podrían prestarse eficiente y oportunamente como lo estableció la Corte.

29.4. El 15 de julio de 2013<sup>195</sup> entre otras cosas, allegó información con ocasión de las funciones de vigilancia y control fiscal de los recursos de la salud, desplegadas por parte de diferentes dependencias de la Contraloría y reportó<sup>196</sup> el estado de procesos, investigaciones y funciones de advertencia.

Puso de presente que la Unidad de Investigaciones Especiales Contra la Corrupción desde el mes de junio de 2012 adelantó actuaciones en cuantía aproximada de \$3.304.854.519.542, correspondientes a hechos denunciados por la ciudadanía, así como al resultado de la facultad de vigilancia fiscal, atinentes al manejo irregular de los recursos parafiscales del SGSSS. Enlistó los procesos cerrados y los nuevos. Señaló que el valor total recuperado en la Unidad Especial Contra la Corrupción por procesos relacionados con el sector salud, ascendió a la cifra de \$15.875.112.455. Así mismo enunció los montos recuperados dentro de cada uno de los cuatro expedientes de responsabilidad fiscal pendientes.

La Contraloría Delegada para el Sector Social aludió a la cantidad de auditorías que ejecutó, al igual que la Contraloría Delegada de Investigaciones Fiscales y Jurisdicción Coactiva y grupos de Investigaciones Fiscales, Juicios Fiscales y Jurisdicción Coactiva de las Gerencias Departamentales Colegiadas reportaron durante el segundo trimestre de 2013, indagaciones preliminares y procesos de responsabilidad fiscal en trámite y las culminadas con decisión ejecutoriada.

---

<sup>192</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folios 119 – 132.

<sup>193</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folios 211-217.

<sup>194</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folio 213.

<sup>195</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folios 258-302. Informe trimestral de abril, mayo y junio de 2013.

<sup>196</sup> A folio 269 se reporta una imputación, que se cerraron dos indagaciones preliminares y se abrió un nuevo proceso, así como se recuperaron recursos por valor de \$1.238.017.747 durante el periodo que cubre el informe.

La Contraloría Delegada para el Sistema General de Regalías enunció investigaciones efectuadas en el Hospital San Vicente de Arauca y en los Departamentos del Meta y la Guajira.

29.5. El 7 de octubre de 2013<sup>197</sup> hizo mención de la función de advertencia en virtud de la cual solicitó al MSPS y a la Supersalud, que informaran las medidas adoptadas para prevenir, corregir y sanear las irregularidades relacionadas con los gastos de administración y manejo de los costos cargados a los recursos parafiscales de la salud, determinados en la UPC del RC y RS.

La función de advertencia resaltó la práctica irregular de duplicación de gastos administrativos por un mismo concepto y la carga al negocio de costos de administración no objetivos, indicando que son una manera de defraudar a un sistema económico. Consideró que el SGSSS no escapa a esta práctica, toda vez que dentro del manejo de los recursos billonarios de la salud son realizadas transacciones que involucran y enlazan grandes capitales (incluidos recursos parafiscales billonarios de la salud) provenientes de diversos sectores y actores del sistema.

Indicó que los aseguradores dentro del sistema de salud manejaban los recursos como propios, sin establecer una contabilidad separada, lo que permitía evidenciar que les cargaban a los dineros de la salud costos de administración que resultaban ser ajenos a la prestación del servicio. Señaló que estas irregularidades descritas derivaban en una duplicación de costos. La Contraloría expuso que ejercía la función de advertencia para que las autoridades obligadas informaran las medidas que estaban siendo aplicadas para prevenir, corregir o sanearlas.

29.6. Mediante documento del 24 de octubre de 2013<sup>198</sup> se refirió a la persistencia de la desviación de los recursos del sistema de salud, a las inconsistencias en relación con las tutelas, la base de datos y la homologación para ambos regímenes. Explicó los avances obtenidos en materia de procesos, investigaciones y funciones de advertencia desde el último informe presentado en julio de 2013.

Mencionó que había llamado la atención al MSPS y la Supersalud sobre las consecuencias de no reglamentar el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011<sup>199</sup> y anexó las advertencias remitidas a algunas entidades.

Puso de presente que la Unidad de Investigaciones Especiales contra la Corrupción desde el mes de junio de 2012 adelantó, hasta esa fecha, 19 actuaciones en cuantía aproximada de \$3.290.694 millones correspondientes a hechos denunciados y a los resultados de las acciones desplegadas con ocasión de las facultades de vigilancia fiscal, relacionados con

---

<sup>197</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folios 316-326.

<sup>198</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folios 327-427. Informe correspondiente al periodo julio agosto y septiembre de 2013.

<sup>199</sup> “Artículo 23. Gastos de administración de las Entidades Promotoras de Salud. El Gobierno Nacional fijará el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención. Dicho factor no podrá superar el 10% de la Unidad de Pago por Capitación.

Los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud. Tampoco lo podrá hacer el Régimen Subsidiado.

Parágrafo transitorio. Lo previsto en este artículo [será reglamentado] para que el porcentaje máximo de administración entre a regir a más tardar el primero de enero de 2013. El Gobierno Nacional contará con seis (6) meses para hacer las revisiones necesarias con base en estudios técnicos sobre el porcentaje máximo señalado en el presente artículo y podrá realizar las modificaciones del caso. Hasta tanto no [sea definido] el Régimen Subsidiado seguirá manejando el 8%”.

el manejo irregular de los recursos parafiscales del SGSSS. Señaló que en virtud de los fallos o procesos fueron recuperados por dicha Unidad \$15.875.112.455 entre julio de 2011 y septiembre 30 de 2013<sup>200</sup>.

La Contraloría Delegada de Investigaciones Fiscales y Jurisdicción Coactiva y Grupos de Investigaciones Fiscales, Juicios Fiscales y Jurisdicción Coactiva de las Gerencias Departamentales Colegiadas<sup>201</sup>, reportaron las acciones que desplegaron del 1 de julio a 30 de septiembre de 2013 en relación con las actuaciones fiscales en trámite<sup>202</sup> y las terminadas<sup>203</sup>. En total, el recaudo de la Dirección de Jurisdicción Coactiva durante el periodo de enero a septiembre de 2013 reflejó una cifra de \$630 millones.

Recordó que en virtud de sus facultades había emitido funciones de advertencia a los actores del SGSSS y hecho seguimiento a embargos de recursos públicos en salud de que son de naturaleza inembargable.<sup>204</sup>

29.7. El 13 de marzo de 2014<sup>205</sup> informó sobre las labores de control fiscal micro y macro a través del proceso auditor; expuso que estuvo al tanto de procesos de responsabilidad fiscal en el periodo de septiembre de 2010 a diciembre de 2013 por una cuantía de \$6.794.718.502.601,86; desarrolló los temas de vigilancia y control fiscal; se refirió al resultado de las acciones fiscales adelantadas en el área de salud (indagaciones preliminares); hizo mención de las acciones especiales de control fiscal y de fiscalización; a los embargos de entidades del sistema de salud y a las funciones de advertencia, principalmente.<sup>206</sup>

29.8. Mediante escrito de fecha 15 de mayo de 2014<sup>207</sup> atendió al requerimiento elevado por esta Sala mediante auto 104 de 2014. En concreto se pronunció sobre el informe del Ministerio<sup>208</sup> y (i) los temas de presupuesto de ingresos y gastos del Fosyga; (ii) el proceso de giro y compensación; (iii) saldos no compensados; (iv) registros glosados; (v) fallecidos en conciliación; (vi) liquidación mensual de afiliados; (vii) recuperación de recursos y en proceso de recuperación; (viii) recobros y (ix) subcuenta ECAT.

Indicó que, pese a la adopción de medidas por parte del ente regulador, no había sido posible observar resultados por cuanto en su mayoría fueron de carácter normativo y de reciente aplicación, en particular las dirigidas a mejorar el flujo de recursos. Tampoco identificó actividades referidas a asegurar la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Puntualmente, presentó reporte sobre: (i) presupuesto de ingresos y gastos del Fosyga;<sup>209</sup> (ii) proceso de giro y compensación; (iii) saldos no compensados, registros glosados, fallecidos en conciliación (iv) liquidación mensual de afiliados (LMA); (v) recuperación de recursos; y (vi) recobros.

---

<sup>200</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folios 332, 336.

<sup>201</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folio 362.

<sup>202</sup> Reportó 818 asuntos, registrando un aumento de 23 en materia de responsabilidad fiscal.

<sup>203</sup> Expuso que terminaron 27 procesos de responsabilidad fiscal, de los cuales 9 procesos se archivaron por pago y/o recuperación del bien, lográndose un resarcimiento por valor de \$1.226 millones. Relacionó los procesos terminados.

<sup>204</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folio 381.

<sup>205</sup> Cfr. AZ K, Orden XXIV, folios 52-76. La Contraloría recapituló en este informe las actuaciones desde 2010 a diciembre de 2013.

<sup>206</sup> Es anexo el fallo de primera instancia dentro del proceso de responsabilidad fiscal IP 010 de 2011. (Saludcoop EPS). Cfr. AZ K, orden XXIV, folios 78-265.

<sup>207</sup> Cfr. AZ L, orden XXIV, folios 327-370.

<sup>208</sup> Aun cuando no es especificada la fecha se presume que se trata del documento de fecha 13 de diciembre de 2013 en relación con el cual esta Sala solicitó a varias entidades pronunciarse.

<sup>209</sup> Cfr. AZ L, orden XXIV, folio 330.

29.9. En documento remitido el 2 de julio de 2014<sup>210</sup> desarrolló los siguientes temas:

- (i) actuaciones adelantadas por esa entidad, en concreto de vigilancia y control fiscal, control fiscal macro y controles excepcionales;
- (ii) seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008;
- (iii) resultados de la vigilancia y control a la gestión fiscal en salud, acumulando septiembre de 2010 a 31 de marzo de 2014, reportando los consolidados en materia de auditorías nivel central y gerencias departamentales<sup>211</sup>, indagaciones preliminares<sup>212</sup>, actuaciones especiales de fiscalización<sup>213</sup>, y de las actuaciones especiales de control fiscal grupos de reacción inmediata<sup>214</sup>, de los procesos de responsabilidad fiscal<sup>215</sup> y de embargos y recuperaciones<sup>216</sup>; y
- (iv) resultados de la vigilancia y el control fiscal a los recursos de la salud (2010-2014)<sup>217</sup>.

29.10. El 16 de julio de 2014<sup>218</sup> informó sobre su función de advertencia dirigida al Ministro de Salud y de Hacienda, a la Supersalud y al Superintendente Financiero a través de la cual señaló que no actuar conforme a las normas que rigen el margen de solvencia del sector salud ha llevado a un deterioro del mismo, teniendo en cuenta que un elemento fundamental para garantizar los objetivos del sistema es que las entidades mantengan la solvencia. Recalcó que tal omisión, contribuye a vulnerar el derecho a la salud.

29.11. El 15 de agosto de 2014<sup>219</sup> remitió reporte de resultados denominado “*actuación especial de fiscalización*”, en el cual expuso sobre el seguimiento realizado al cumplimiento de las órdenes impartidas en la sentencia estructural. Hizo mención sobre las actuaciones de las autoridades encargadas y señaló las deficiencias que persistían en el sistema financiero, de esta manera, exponiendo los resultados de la evaluación de cada orden.

29.12. El 1 de septiembre de 2014<sup>220</sup> envió informe trimestral señalando que, en el periodo de abril a junio de 2014, logró un balance positivo en la vigilancia y control que ejerció sobre la gestión fiscal de los recursos de SGSSS que permitió, además de evidenciar situaciones graves de malversación y desviación de recursos, la determinación de las responsabilidades fiscales y la recuperación de estos y adelantar

<sup>210</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folios 266-309.

<sup>211</sup> La Contraloría reportó en dicho periodo un total de 540 auditorías a entidades que gestionaban recursos de la salud, con una cuantía en hallazgos por valor de 301.897 millones de pesos.

<sup>212</sup> En el mismo periodo de 2010 a 2014 reportó un total de 329 indagaciones preliminares con una cuantía de \$705.245 millones.

<sup>213</sup> Del 1 de septiembre de 2010 a marzo 31 de 2014 informó que se realizaron 433 actuaciones de este tipo en cuantía de \$331.045 millones.

<sup>214</sup> Señaló que sobre los recursos de régimen subsidiado se establecieron 663 hallazgos con un presunto detrimento fiscal por la suma de \$969.367 millones.

<sup>215</sup> La Contraloría adelantó 1.446 procesos de responsabilidad fiscal entre septiembre de 2010 y marzo de 2014 por una cuantía de \$6.983.384.521.125,35 (seis billones novecientos ochenta y tres mil millones...).

<sup>216</sup> Decretó embargos por cuantía de \$10.9 miles de millones de pesos.

<sup>217</sup> Cfr. AZ, orden XXIV-K, folio 307. La Contraloría indicó que el control fiscal se ejerce entre otros, a través de procesos de responsabilidad fiscal, que en el periodo de 2010-2014 alcanzaron los \$6.9 billones, las actuaciones especiales de fiscalización como las realizadas a los recursos del RS que alcanzó un valor de \$1.0 billón y de indagaciones preliminares que alcanzaron un valor de \$705 mil millones. De igual forma manifestó que no obstante los resultados de control fiscal de dicho periodo, era consciente del camino que faltaba por recorrer.

<sup>218</sup> Cfr. AZ M, orden XXIV, folios 84-109.

<sup>219</sup> Cfr. AZ M, orden XXIV, folios 184-235.

<sup>220</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV, folios 1-201.

acciones especiales de investigación focalizadas. Adicionalmente hizo seguimiento a las órdenes y auditoría a la política pública de salud.

Indicó que las medidas adoptadas no se ajustaban a los principios de eficiencia, eficacia y equidad. Concluyó que las ET tenían deudas con las EPS-S, sin dejar de lado las de estas con la red de prestadores. También encontró municipios, distritos y departamentos que sin tener deudas con las EPS-S, año tras año acumulaban excedentes producto de la operación de cofinanciación del régimen, que por tratarse de recursos de destinación específica se convirtieron en dineros en los bancos sin poderse disponer de ellos.

Adicionalmente afirmó que si bien el MSPS estableció que la deuda reconocida no pagada correspondía a \$320.847.138.226, con la información analizada halló que más de las dos terceras partes de ese valor correspondía al monto no aceptado (\$218.713.688.362); dineros que pudieron ser pretendidos por las EPS con anterioridad al Decreto 1080 de 2012 que reconoció esos recursos, y ser exigidos por medios judiciales, lo que conllevaba a que las ET incurrieran en un alto riesgo al no considerar esta situación con antelación como una contingencia.

De igual manera observó que en algunos municipios reportaron excedentes en sus cuentas, y a su vez, otros no informaron deuda, lo que permitiría la utilización directa de \$142.617.063.483; así mismo algunos anunciaron excedentes sin presentar ningún plan de aplicación, atentando contra el flujo de recursos.

En el periodo de 2010 a 2012 evidenció en los movimientos bancarios de las cuentas maestras egresos por \$8.317.804.36 millones por diferentes conceptos, de los cuales \$4.541.898.08 millones, correspondieron a pagos susceptibles de incumplimiento de la normatividad establecida<sup>221</sup>; sobre los dineros destinados a la salud que manejaban los entes territoriales concluyó que el control era muy deficiente. Así, consideró que, aunque dichas cuentas para uso exclusivo de recursos del RS de salud facilitaban el seguimiento de los recursos, continuaban presentándose malos manejos de estos dineros, poniendo en evidencia las fallas tanto en las ET como en el MSPS y la Supersalud al ejercer inspección, vigilancia y control.

29.13. El 26 de septiembre de 2014<sup>222</sup> allegó reporte sobre el informe del ente ministerial de fecha 11 de diciembre de 2013, en atención a la solicitud elevada por la Sala mediante auto 104 de 2014. Se refirió a los hechos relevantes para la evaluación del documento, en concreto sobre las subcuentas de compensación, promoción y prevención.<sup>223</sup>

29.14. A partir del 2 de marzo de 2015 la Contraloría remitió gran parte de los informes trimestrales reportando avances sobre aspectos similares. En la mayoría enunció en el encabezado que la finalidad de estos era dar cumplimiento a la obligación de reportar *“de manera trimestral las órdenes de que trata el Auto 263 de 2012”*. Indicó que en

---

<sup>221</sup> “i) pagos a personas naturales; ii) pagos en cheques o retiros diferentes a giro electrónico; iii) embargos; iv) pagos por servicios o conceptos no relacionados con salud; v) giros a cuentas de las entidades territoriales y vi) pagos por servicios de salud no autorizados a las entidades territoriales.”

<sup>222</sup> Cfr. AZ M, orden XXIV, folio 177A, el informe fue adjuntado en medio digital.

<sup>223</sup> La Contraloría explicó que en su pronunciamiento se dirigió a verificar si el MSPS, con las medidas adoptadas y resultados referidos en el informe en cuestión, abordó de manera oportuna y efectiva *“la problemática advertida en la audiencia pública del 10 de mayo de 2012 y el auto 263 del mismo año, tal como lo señaló el auto 104 de 2014 y cumplir con lo resuelto en el numeral tercero del mismo por parte de la CGR.”* *“De igual forma, se consideraron para la evaluación, informes de la CGR en recientes auditorías, actuaciones sobre aspectos generales y/o específicos relacionados con los recursos del SGSSS y las propias respuestas a los requerimientos de información efectuados por la Contraloría.”*

ellos se presentaba la gestión y resultados obtenidos por las “*distintas dependencias de la Contraloría General de la República que, de conformidad con las funciones, competencias y responsabilidades establecidas en la ley, convergen a la vigilancia y control fiscal de los recursos públicos de la salud*”.

Sobre las auditorías señaló el número de procesos ejecutados relacionados con recursos para la salud en cada periodo, “*los cuales fueron realizados por la Contraloría Delegada para el Sector Defensa, Justicia y Seguridad*”.

Mencionó cuántas actuaciones especiales de fiscalización tuvieron lugar en cada periodo, discriminando respecto de la gestión fiscal a los recursos de la salud, las desplegadas por la Contraloría Delegada para el Sector Social, por la Contraloría Delegada para la Participación Ciudadana, por la Contraloría Delegada para el Sector Gestión Pública e Instituciones Financieras y por la planta temporal para la vigilancia de los recursos del Sistema General de Regalías. Se refirió a las indagaciones preliminares y a los procesos de responsabilidad fiscal.<sup>224</sup> Sobre las investigaciones por corrupción reportó que algunas iniciaron por denuncias de ciudadanos en relación con los siguientes hechos:<sup>225</sup>

(i) Desvío de los recursos parafiscales de la Salud para fines distintos a la prestación del servicio<sup>226</sup>; (ii) contratación de cooperativas de trabajo asociado que al parecer realizaban una intermediación laboral prohibida<sup>227</sup>; (iii) presunto desvío de recursos parafiscales de la salud para fines distintos a la prestación del servicio<sup>228</sup>; (iv) dineros que no debieron salir del sistema por cuanto cubrían tecnologías en salud incluidas en el entonces POS; (v) pagos equivocados de recobros por medicamentos, servicios y prestaciones no incluidos en el POS autorizados por CTC, del RS que debieron ser recobrados a las ET y no al Fosyga; (vi) glosas a recobros levantadas irregularmente en mesas de trabajo; (vii) pagos a IPS por hechos no cubiertos por la subcuenta ECAT; (viii) irregularidades en recobros de medicamentos; y alquiler de equipos biomédicos; (ix) abandono de activos en sótanos y parqueaderos de diferentes clínicas del país; y (x) inversiones en el exterior entre otros.

29.15. En documento de fecha 4 de abril de 2019<sup>229</sup> informó que el 27 de marzo de la misma anualidad, el Contralor General radicó proyecto de acto legislativo para perseguir un sistema de control concomitante y preventivo complementario del actual control posterior y selectivo para que exista vigilancia en tiempo real, unificación de las competencias de la CGR y las contralorías territoriales, de manera que la competencia sea por su respectiva jurisdicción geográfica, sin distinción del origen de los recursos. Así, la CGR podrá intervenir a una contraloría territorial cuando advierta que no hay imparcialidad o necesidad de brindarle apoyo técnico y asignación de funciones jurisdiccionales a la CGR para evitar, entre otras cosas, que los gestores fiscales se

<sup>224</sup> “Indagaciones preliminares y procesos de Responsabilidad fiscal Contraloría Delegada para Investigaciones, Juicios Fiscal y Jurisdicción Coactiva, Contralorías Delegadas Sectoriales y Gerencias Colegidas Departamentales.” “Indagaciones preliminares y procesos de responsabilidad fiscal unidad de investigaciones especiales contra la corrupción.” “Indagaciones preliminares y procesos de responsabilidad fiscal a cargo planta temporal para el control fiscal al sistema general de regalías”. “Finalmente presenta los valores recuperados a través de procesos coactivos de fallos con responsabilidad fiscal en materia de salud.”

<sup>225</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV, folios 247 y 248.

<sup>226</sup> Inversión de dichos recursos en infraestructura, arrendamiento de nuevas sedes, participaciones en empresas, y en otros activos que incrementaron ostensiblemente su patrimonio, todo ello en territorio nacional y en el exterior.

<sup>227</sup> Así como el pago de demandas laborales de trabajadores de dichas Cooperativas de Trabajo Asociado.

<sup>228</sup> A través de presunta intermediación, sin aporte de la EPS al procedimiento médico asistencial. Como pago de asesorías.

<sup>229</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 204-206. Radicado 2019EE0039656. CGR.

queden sin sanción. Indicó que mientras el proyecto cursa su trámite la CGR implementará nuevos controles encaminados a erradicar la malversación y dilapidación por los actores del SGSSS.

29.16. Mediante escrito de 7 de mayo de 2019<sup>230</sup>, con ocasión de la información solicitada en auto de 9 de abril de 2019, la entidad entregó reporte sobre cuántos fallos de responsabilidad fiscal había proferido entre 2012 y 2019, la cantidad de personas o funcionarios declarados responsables, el valor al que ascendieron los montos involucrados en las investigaciones, los que se ordenaron devolver y sobre los carteles en materia de salud.

29.17. En reporte trimestral de 7 de mayo de 2019<sup>231</sup> manifestó que en el periodo enero a marzo de la misma anualidad se desarrollaron 36 procesos auditores al manejo de los recursos de la salud, 14 actuaciones especiales de fiscalización, 74 indagaciones preliminares a los recursos de la salud, 476 procesos de responsabilidad fiscal, 19 procesos de responsabilidad y que se logró la recuperación de \$245.944.353.53.

29.18. En escrito del 6 de agosto de 2019 remitió informe trimestral en el que hizo alusión a las auditorías desarrolladas tanto en el nivel central como desconcertado, a las actuaciones especiales, las indagaciones preliminares y procesos de responsabilidad fiscal y a las actuaciones en jurisdicción coactiva.

### 30. Procuraduría General de la Nación:

30.1. En documento de 9 de mayo de 2014<sup>232</sup>, se refirió a los procesos en trámite por irregularidades de manejo de recursos y medicamentos en salud con corte a mayo de 2014. Identificó que el RC, después de cubierto lo no POS, presentaba un superávit de 940 mil millones, en tanto que en el subsidiado la aplicación de fuentes y usos presentaba un déficit de 2.3 billones. Aseguró que mediante Resolución 1480 de 2012 se fijó el valor de la UPC para ambos regímenes sin que fuera conocido el sustento técnico para ello.

Anotó que aun cuando el Gobierno había garantizado un mayor flujo de recursos, conservando el principio de sostenibilidad financiera del SGSSS, los inconvenientes continuaban teniendo lugar en la fuente de los recursos y en su distribución, en el flujo de estos entre las entidades involucradas y en su empleo.

30.2. La Procuraduría<sup>233</sup> señaló que en el RC se observaban algunas acciones adelantadas como la adopción de la herramienta Mipres, un nuevo proceso de verificación y control (proceso de auditoría integral) y medidas para garantizar el flujo oportuno de recursos en los procesos de recobros<sup>234</sup>.

En el RS señaló que el Ministerio había expedido actos administrativos dirigidos a la regulación del procedimiento de cobro/recobro derivados de tecnologías en salud no

---

<sup>230</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 301-306. Radicado 2019EE0052321.CGR.

<sup>231</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 307-311. Radicado 2019EE0052284.CGR.

<sup>232</sup> Cfr. AZ L, orden XXIV, folios 188-227.

<sup>233</sup> Cfr. AZ Q, orden XXIV. Documento remitido el 27 de julio de 2018 en respuesta al auto de 5 de julio de 2018.

<sup>234</sup> Giro previo; factura sin constancia de cancelación; mecanismos de saneamientos de cuentas.

cubiertas por el PBS con cargo a la UPC, como las resoluciones 5334 de 2008<sup>235</sup>, 5073 de 2008<sup>236</sup>, 1479 de 2015<sup>237</sup> y el Decreto 762 de 2017<sup>238</sup>.

30.3. Mediante informe de fecha 3 de abril de 2019<sup>239</sup>, expuso que en el tema de recursos del SGSSS, la Delegada en salud, Protección Social y Trabajo Decente había desarrollado un programa denominado “*Normalización del Flujo de Recursos del Sistema de Salud*”, dirigido a vigilar el cumplimiento de las obligaciones generadas en la Circular 030 de 2013 y del artículo 9º de la Ley 1797 de 2016, y demás normas concordantes, con el fin de que existiera un saneamiento de cartera efectivo entre los aseguradores públicos y privados y las distintas IPS.

Expuso que para el cumplimiento de este objetivo general la Procuraduría Delegada para la Salud, Protección Social y Trabajo Decente, realizaba reuniones entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, a fin de que logran acuerdos de pagos que permitieran el flujo de recursos del SGSSS. De igual forma, se realizaban requerimientos mediante oficios a las ERP y remisiones de casos importantes al ámbito disciplinario. Finalmente, hizo un breve relato sobre los procesos disciplinarios que a la fecha de presentación del informe se encontraban en curso y sobre las nuevas medidas preventivas y correctivas que la entidad adoptaría durante el año 2019.

30.4. En documento del 7 de mayo de 2019<sup>240</sup>, informó que entre enero de 2018 y abril de 2019 adelantó 424 actuaciones disciplinarias por presuntos hechos constitutivos de faltas administrativas, defraudatorias, malversación de recursos, dilapidación de fondos, sobrecostos en medicamentos y corrupción que afectan el sector salud.

En concreto, especificó que las presuntas faltas disciplinarias que más se presentaron, tuvieron que ver con abuso de los derechos constitucionales o legales; de autoridad por acto arbitrario e injusto; abuso de la función pública; actuar u omitir a pesar de la existencia de causales de conflicto de interés o de inhabilidad; comisión de un delito contra la administración pública; asumir compromisos de gastos contra expresa prohibición legal; celebración indebida de contratos o convenios interadministrativos; enriquecimiento ilícito; extralimitación de funciones; incumplimiento de los deberes legales o constitucionales; tráfico de influencias de servidores públicos<sup>241</sup>.

30.5. En escrito de fecha 19 de julio de 2019 respondió al requerimiento elevado mediante auto de fecha 26 de febrero de 2019<sup>242</sup>.

### 31. Fiscalía General de la Nación:

<sup>235</sup> “Por medio de la cual se adoptan los mecanismos que permitan agilizar los trámites requeridos para la atención en salud de los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado – No POS-S de los afiliados al Régimen Subsidiado, por parte de las entidades departamentales y distritales, y municipales certificadas en salud”.

<sup>236</sup> “Por medio de la cual se unifica el procedimiento de recobro por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios, suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud, a cargo del respectivo ente territorial y se dictan otras disposiciones”.

<sup>237</sup> “Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado”.

<sup>238</sup> “Por medio del cual se sustituyen los artículos 2.4.5 al 2.4.14 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, y se derogan los numerales 1 y 3 y los párrafos 1 y 2 del artículo 2.2.5.1.1 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional”.

<sup>239</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 144-161. Radicado SIAF 42778.

<sup>240</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 244-251. Radicado SIAF 57521.

<sup>241</sup> También se refirió a los sobrecostos de los medicamentos, tema que no se abordará en el presente documento.

<sup>242</sup> Cfr. AZ U, orden XXIV, folios 171-274.

31.1. Documento del 14 de julio de 2014<sup>243</sup>. Para contestar al interrogante “¿qué gestiones y resultados concretos y medibles en el ámbito de sus competencias, presenta en cumplimiento del ordinal séptimo del auto 263 de 2012, durante el periodo de 16 de noviembre de 2012 a 31 de diciembre de 2013?” expuso las indagaciones preliminares asignadas especialmente al Grupo de trabajo para la investigación de EPS, IPS y ESE.<sup>244</sup>

31.2. El 29 de julio de 2014<sup>245</sup> remitió un escrito comentando que una de las estrategias planteadas para combatir la corrupción fue modificar la estructura de la Fiscalía y crear la Dirección de Fiscalías Especializada Contra la Corrupción. Reportó datos sobre los casos que se adelantaban por defraudación a los recursos parafiscales en salud, indicando un aumento significativo en todo el país.

31.3. Mediante informe de fecha 4 de mayo de 2018<sup>246</sup>, (i) expuso las estrategias investigativas y de análisis más relevantes implementadas respecto a los delitos que atentaban contra el SGSSS<sup>247</sup> y (ii) presentó los principales avances obtenidos en las investigaciones relacionadas con la posible configuración de presuntas conductas punibles por “insularidades y prácticas defraudatorias, malversación de recursos, dilapidación de fondos, sobrecostos en medicamentos y corrupción que afectan actualmente al sector salud”<sup>248</sup>.

31.4. En comunicado de fecha 22 de agosto de 2018<sup>249</sup> la entidad informó sobre (i) el grupo de trabajo para la investigación de delitos que afectan el SGSSS<sup>250</sup>; (ii) aquellas relacionadas con actos fraudulentos en el proceso de otorgamiento de incapacidades médicas y prestaciones económicas dentro del SGSSS, adelantadas por el grupo de trabajo para la investigación de delitos que afectan el sistema de salud<sup>251</sup>; (iii) las que se encuentran activas y versan sobre la venta o indebida destinación de insumos y/o medicamentos entregados por la EPS a los usuarios a partir del año 2012<sup>252</sup>; (iv) las atinentes a las afiliaciones fraudulentas o irregulares en el procedimiento de afiliación al

<sup>243</sup> Cfr. AZ M, orden XXIV, folios 1-83.

<sup>244</sup> Expuso 26 casos en relación con la presunta comisión de los siguientes hechos: enriquecimiento ilícito; recobros realizados al Fosyga de facturas que no se habían pagado y donde los cheques fueron anulados; “por parafiscales”; por recobros y solicitudes de pago de UPC con datos de personas afiliadas en el Magisterio Nacional, Policía Nacional y Fuerzas Militares, doble afiliación de personas que se encuentran en regímenes especiales; por “IPS de papel”; recobros con enmendaduras; por servicios que no se prestaron a tiempo y el paciente falleció y; fallos de tutela falsos, entre otros.

<sup>245</sup> Cfr. AZ M, orden XXIV, folios 110-177.

<sup>246</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 328-343.

<sup>247</sup> En concreto sobre i) el sistema de investigación en contexto y de priorización de casos; ii) la creación del grupo de trabajo para la investigación de delitos que afectan el SGSSS y; iii) la estrategia adelantada en relación con la detección e investigación de los delitos que atentan contra el sistema de salud del Chocó.

<sup>248</sup> Se efectuó una descripción del estado del proceso y los avances obtenidos: por ejemplo, se enunció como avance que “se han desplegado varios actos investigativos con el fin de confirmar o descartar la hipótesis delictiva”. Otro estado de la actuación reportado es el archivo de esta. Etapa de análisis de información, Etc.

<sup>249</sup> Cfr. AZ Q, orden XXIV, folios 17-23. Radicado 20181500050261.

<sup>250</sup> Reiteró lo informado mediante documento radicado el 4 de mayo de 2018. Recordó que los delitos que se presentan en mayor medida son peculado en un 60% y conductas contra el patrimonio económico, en su mayoría estafa agravada. Estos últimos casos los agrupa principalmente en: i) defraudaciones al 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.

<sup>251</sup> Informó en un cuadro las 10 investigaciones que se encontraban activas por este motivo a la fecha de presentación del documento y su estado actual.

<sup>252</sup> Relacionó el estado de 102 procesos iniciados por esta causa.

sistema de salud<sup>253</sup> y; (v) las derivadas de irregularidades o actos fraudulentos atinentes al proceso de recobro del SGSSS<sup>254</sup>.

31.5. Mediante documento de fecha 11 de diciembre de 2018<sup>255</sup> respondió los interrogantes elevados a través de auto 668 de 2018<sup>256</sup> e indicó que desde el año 2012 al 10 de octubre de 2018, la FGN inició 2.411 investigaciones en relación con las presuntas faltas penales por irregularidades y prácticas defraudatorias, malversación de recursos, falsedades documentales, dilapidación de fondos, sobrecostos en medicamentos y corrupción que afectan al sector salud.

Afirmó que en los últimos tres años se incrementó significativamente el número de investigaciones que surte el ente acusador por actuaciones irregulares en el sector salud (190 en total), que uno de los objetivos estructurales del Direccionamiento Estratégico 2016-2020 de la *“Fiscalía de la gente, para la gente y por la gente”* se dirige a combatir la corrupción en mayor escala, objetivo en desarrollo del cual surgió el plan *“Bolsillos de cristal: tolerancia cero con la corrupción”*, que tiene como estrategia de priorización la investigación y judicialización de estas acciones en el sector salud<sup>257</sup>.

Señaló que el grupo tiene como propósito principal adelantar las investigaciones que se originen por las posibles conductas punibles en que hayan incurrido las EPS, IPS y las empresas sociales del Estado que entreguen el servicio de salud, así como todas aquellas personas o instituciones que concurren en la prestación del mismo. De igual modo, manifestó que la designación de fiscales e investigadores o peritos con dedicación exclusiva a combatir la corrupción en el sector salud, ha permitido conseguir avances en varias de sus investigaciones, a las cuales se refirió a grandes rasgos.<sup>258</sup>

31.6. En informe de fecha 3 de abril de 2019<sup>259</sup>, manifestó que con el objetivo de detener efectivamente la fuga de recursos que presenta el SGSSS intensificaría las solicitudes de medidas cautelares y el reintegro de recursos. Resaltó que las acciones preventivas se deberían ejecutar de la mano con las entidades reguladoras y organismos de control.

Indicó que uno de los mecanismos que ha venido implementando la FGN a efecto de que las investigaciones se adelanten en el menor tiempo posible, *“ha sido identificar líneas de investigación que son transversales a los planes de todas las Direcciones Especializadas de la Entidad”*. Una de estas líneas responde a la persecución de la corrupción. Adicionalmente se refirió a un sistema de indagación por ejes temáticos y designación de grupos de tareas especiales<sup>260</sup>, a los mecanismos para optimizar el recurso humano en investigaciones por hechos de corrupción en salud.

<sup>253</sup> La Fiscalía resaltó que no es indiferente ante las afiliaciones fraudulentas o irregulares en el sistema de salud y que se encuentra comprometida a adelantar una investigación y judicialización efectivas.

<sup>254</sup> Consistentes en las investigaciones iniciadas por defraudaciones al Fosyga en materia de recobros. Informó sobre 40 procesos que a la fecha de presentación del documento se encontraban activos.

<sup>255</sup> Cfr. AZ Q, orden XXIV, folios 106-119. Radicado 20181500075361.

<sup>256</sup> Que convocó a audiencia pública el 6 de diciembre de esa anualidad.

<sup>257</sup> Para lo cual fue creado el Grupo de Trabajo para la Investigación de Delitos que afectan el Sistema General de Seguridad Social en Salud adscrito a la Dirección Especializada contra la Corrupción.

<sup>258</sup> 1. Desviación o apropiación de recursos por parte de EPS (caso SALUDCOOP EPS y caso Solsalud EPS) 2. Casos relacionados con recursos del sistema de salud destinados a comunidades indígenas - sujetos de especial protección (Manexka EPS indígena y Cumaribo, Vichada) 3. Corrupción en los entes de control - Superintendencia nacional de salud-. 4. hospitales públicos - simón bolívar. 5. defraudaciones al Fosyga (caso Nueva EPS en Barranquilla y Caso Clínica Guadalajara de Buga) 6. Regímenes especiales - caso Sanidad Militar.

<sup>259</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 184-197. Radicado 20191500017081.

<sup>260</sup> Herramienta dirigida a dar respuesta en tiempo real, a los actos de corrupción en el sector salud, garantizando de esta manera que en el menor tiempo posible se logre la incorporación de elementos materiales probatorios y evidencia física que permita acreditar la comisión de las conductas punibles y la responsabilidad de los implicados.

Expresó la necesidad de designación de más fiscales con dedicación exclusiva para combatir la corrupción del sector salud<sup>261</sup>.

31.7. Mediante documento de fecha 11 de junio de 2019<sup>262</sup> remitió informe de cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 5° del auto del 26 de febrero de 2019 mediante el cual convocó a sesión técnica en el marco del seguimiento de la orden en estudio, respondiendo las preguntadas formuladas en el mismo.

31.8. A través de escrito de fecha 11 de junio de 2019 allegó respuesta al auto del 9 de abril de la misma anualidad mediante el cual se solicitó a la FGN que remitiera respuesta a los interrogantes formulados en él.

31.9. En escrito del 27 de junio de 2019 la Fiscalía remitió respuesta al auto de fecha 13 de junio de 2019 mediante el cual se requirió la información pedida en la providencia del 26 de febrero de la misma anualidad, remitiendo copia del documento señalado en el numeral anterior, de fecha 11 de junio de 2019.

## 32. Ministerio de Hacienda y Crédito Público:

32.1. A través de pronunciamiento de fecha 11 de julio de 2018<sup>263</sup>, manifestó que para el año 2018 el presupuesto inicialmente aprobado para la Adres fue de 42,7 billones de pesos. Indicó que para la vigencia de 2018 agregaría recursos por valor de \$2,8 billones para el pago de recobros no PBS, planteó que debían adoptarse medidas de fondo para resolver la problemática que representa los recobros. Agregó que con la Ley 1816 de 2016 se recaudaron 369 mil millones en 2017 para el sector salud<sup>264</sup>.

32.2. En documento de 7 de diciembre de 2018<sup>265</sup>, el Ministerio de Hacienda manifestó que se hicieron grandes esfuerzos para que el monto inicialmente apropiado para la salud del año 2018 (\$42.7 billones) fuera adicionado en, al menos, \$2.18 billones. Especificó que con los incrementos efectuados (\$3.9 billones), el valor ascendió a \$46.6 billones de pesos, de los cuales se destinaron para el pago de la UPC del RC \$21.4 billones, \$19.4 billones para la UPC del RS y \$2.9 billones para cubrir los recobros del RC (que antes correspondía a \$1 billón)<sup>266</sup>; presupuesto final que, en su parecer, permitiría cumplir con las obligaciones del pago de la UPC de ambos regímenes y los recobros de la vigencia de 2018.

---

<sup>261</sup> Por esta razón fue creado el Grupo de Trabajo para la Investigación de Delitos que afectan el SGSSS.

<sup>262</sup> AZ U, orden XXIV, folios 24-31.

<sup>263</sup> Documento radicado en la Corte en respuesta al auto del 27 de junio de 2018. *Cfr.* AZ P, orden XXIV, folios 542-548. Radicado 2-2018-023811. En el referido auto, la Sala de Seguimiento remitió al MSPS, al Minhacienda, a la Supersalud y a la FGN los conceptos enviados por los peritos constitucionales, para que presentaran informe mediante el cual expusieran sus consideraciones respecto de los puntos que aluden a sus funciones y competencias, y contestaran de manera concreta las preguntas formuladas en el mismo. Con ocasión de lo expuesto, se recibieron diferentes escritos.

<sup>264</sup> También informó que desde el año 2002 hasta el 2017 la Nación ha destinado \$110.1 billones (precios constantes de 2017) para financiar principalmente gastos del RS, salud pública, prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y pago de tecnologías en salud no cubiertas en el PBS con cargo a la UPC del RS. Así, para el 2017 los recursos del SGP correspondieron a 19.6% de las fuentes de financiación del SGSSS. Advirtió que para la vigencia de 2017 se presentó una ejecución del presupuesto de 78% en los departamentos y 92% en los distritos, por lo que el superávit de los primeros fue de \$860.095 millones y el de los segundos de \$41.409 millones y resaltó que la deuda por prestación de servicios no PBS es superior a este superávit.

<sup>265</sup> *Cfr.* AZ Q, orden XXIV, folios 70-77. Radicado 2-2018-043218.

<sup>266</sup> Página 2 del escrito radicado el 7 de diciembre de 2018 por Minhacienda como complemento de la audiencia.

Minhacienda informó que de acuerdo con los datos del MSPS, en el año 2008 los recursos destinados al pago de los servicios prestados no incluidos en el PBS fueron de 1.2 billones y en 2017 de 3.0 billones, lo que puso en evidencia un crecimiento de alrededor del 150% en 10 años.<sup>267</sup>

Así mismo, expuso que el gasto por recobros era sustancialmente superior en términos per cápita al gasto por concepto de UPC, y que ello se relacionaba, entre otras cosas, con el incremento del valor de los medicamentos<sup>268</sup>, respecto de los cuales anunció que menos del 7% de los que pertenecían al grupo de varios oferentes o con un solo oferente, se encontraban regulados y tenían un precio máximo de venta o de valor de recobro.<sup>269</sup> Adicionalmente, indicó que las EPS no tenían un incentivo para controlar el precio de los fármacos, toda vez que los medicamentos con un valor mayor a 1 millón de pesos representan un margen de ganancia del 7% y cuando es menor del 3.5%.<sup>270</sup>

Comentó que los saldos pendientes de 2018 que no lograrán cubrirse, se intentarían saldar con el llamado acuerdo de punto final en el que estaba trabajando para satisfacer todas las cuentas pendientes, principalmente entre la Adres y las EPS.<sup>271</sup>

Concluyó que para el año 2019 el Ministerio calculaba tener a su disposición un rubro de 4.1 billones para cubrir el pago de recobros y el compromiso en salud de gasto de la UPC en ambos regímenes. También aspiraba que el monto fuera inferior en vigencias futuras. De esta forma, no se requeriría una reducción en el gasto de salud sino un gasto eficiente en el mediano plazo.

### 33. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - Adres

33.1. En virtud de la audiencia pública del 6 de diciembre de 2018 allegó informe el 11 del mismo mes<sup>272</sup>, en el que expuso que el crecimiento de recobros fue de 1.200% entre 2006 y 2010, posteriormente disminuyó en 2011 y 2012 y se incrementó nuevamente en 2013. En el 2014 y 2015 permaneció estable y en 2017 continuó en aumento. Señaló que las personas beneficiarias de servicios y tecnologías no PBS incrementaba significativamente cada año, tanto que del 2006 al 2017 pasó de 200.000 a 1.564.214.

Al respecto, mencionó que una de las medidas implementadas para garantizar el derecho a la salud de la población, mejorar el acceso a los medicamentos y disminuir el impacto presupuestal de estos sobre el gasto público, consistió en establecer su monto máximo de recobro sobre estos. Afirmó que en la Resolución 3056 de 2018 se tuvieron en cuenta los valores recobrados en las dos vigencias pasadas para establecer unos máximos de reembolso por parte de la Adres a las entidades recobrantes.

<sup>267</sup> *Ibíd.*, 3.

<sup>268</sup> El Ministerio manifestó que según la Adres de enero a octubre de 2018 el grupo de medicamentos representó el 78% de los recobros, insumos el 8% y procedimientos el 14%, esto de conformidad con el estudio del Instituto de Evaluación Tecnológica en salud (IETS).

<sup>269</sup> Sobre los recobros presentados y unidos en grupos relevantes, del total de radicaciones en el 2016 y 2017 (\$6.6 billones) el 51% tenía un solo oferente, es decir un solo titular de registro sanitario y el resto varios. Dentro de los grupos relevantes con un solo oferente, solo el 6% tiene precio máximo de venta o valor máximo de recobro establecido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. Los 44.8% restantes no son objeto de ninguna regulación. Igual en el grupo de varios oferentes, solo el 6.4 % son objeto de regulación. Sobre este particular el Ministerio indicó que cuando no hay valores máximos de venta no hay una regulación sobre el precio de estos medicamentos.

<sup>270</sup> Página 5 del documento radicado por el Ministerio de Hacienda el día 7 de diciembre de 2018.

<sup>271</sup> Minuto 3:18:11 de la grabación de la audiencia pública.

<sup>272</sup> *Cfr.* AZ Q, orden XXIV, folios 172-192. Radicado 02135200.

Expuso que en los últimos años los principales motivos por los cuales se presentaron pagos sin justa causa fue por enfermedades huérfanas de usuarios, las cuales no estaban incluidas en las bases de datos sobre este tipo de enfermedades; valores máximos en medicamentos respecto de los que se hizo la cancelación 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.

También se iniciaron procesos de reintegro de recursos por haber prestado servicios incluidos en el PBS vigente<sup>273</sup>; haber cobrado por encima del valor regulado de la tecnología en salud; por no existir el usuario; que no se encontrara afiliado a la EPS recobrante o que perteneciera a otro régimen; por usuarios fallecidos o pagos dobles, entre otros. Indicó que a través de un procedimiento de reintegro solicita a las entidades a las que se pagaron dineros sin justa causa que reembolsen dichos valores<sup>274</sup>.

Por otro lado, indicó que para la administradora lo radicado no constituía una deuda cierta, ya que todo se encuentra sujeto al procedimiento de auditoría para saber qué obligación existe y qué se debe pagar. Por lo anterior, lo que la entidad entiende como glosado no lo asume como deuda.

33.2. A través de documento del 18 de marzo de 2019<sup>275</sup> dio respuesta al auto de fecha 26 de febrero de la misma anualidad mediante el cual la Sala convocó a sesión técnica en el marco del seguimiento de la orden vigésima cuarta.

En relación con los mecanismos a implementar para verificar que los recursos del SGSSS sean destinados inequívocamente a la prestación del servicio de salud, la Adres respondió que, con el propósito de garantizar la correcta liquidación, reconocimiento y giro por concepto de aseguramiento en salud, *“ha implementado validaciones previas en los procesos contra tablas de referencia y bases de datos administradas por diferentes entidades estatales”*. Explicó que para ello en el RC el proceso de reconocimiento de la UPC se denomina compensación y en el RS liquidación mensual de afiliados.

Mencionó que adicional al giro directo podían implementarse otros controles<sup>276</sup>; aludió al proceso de reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiadas por el PBS con cargo a la UPC frente a supuestos servicios médicos brindados a pacientes que se presentan como víctimas de accidentes de tránsito y no tienen dicha calidad.

---

<sup>273</sup> La Adres expuso entre otras, que en el 2017 el capital presuntamente apropiado o reconocido sin justa causa ascendió a \$28.260 millones de los cuales se encontraban en solicitud de aclaración por parte de las EPS valores que ascendían a \$25.310 millones. En lo corrido del 2018 reportó como adelantados, proceso por valor de \$27.071 millones de los cuales \$26.210 millones se encontraban en solicitud de aclaración. De estos últimos montos fueron confirmados como apropiaciones valores por \$589,89 millones de los cuales \$101 millones fueron remitidos a la SNS mientras que fueron reintegrados \$3.8 millones.

<sup>274</sup> Relacionó los procesos de reintegro adelantados por los paquetes pagados entre las vigencias de 2015 y 2018.

<sup>275</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 48-57. Correo electrónico. Radicado 021828300.

<sup>276</sup> Página 6 del informe de fecha 15 de marzo de 2019. “1. Reportes estandarizados de información por parte de los actores del SGSSS que permita validar la articulación y consistencia entre la información de la contratación, de la facturación y del giro que realice de manera directa la ADRES, así como las demás entidades responsables de los pagos. 2. Disposición de la información incluida en el numeral anterior, a todos los actores del SGSSS, de manera tal que sirva de insumo para efectuar las validaciones correspondientes. 3. Los resultados de las acciones de los numerales 1 y 2 se configuran en insumos para la labor de inspección, vigilancia y control de las entidades con dicha competencia.”

En lo que respecta a recobros por servicios y tecnologías no financiadas por el PBS con cargo a la UPC, con fundamento en el aplicativo Mipres, planteó *“fortalecer el reporte de suministro realizado por las EPS a través del cual la entidad recobrante dé cuenta de la entrega efectiva del servicio o tecnologías”*.<sup>277</sup>

También propuso la formulación de encuestas a los usuarios de los servicios recobrados, con el fin de validar la información entregada por las EPS recobrantes y sobre reclamaciones de presuntas víctimas, de igual modo, realizar un análisis junto con la Fiscalía de las situaciones atípicas sobre las que tenga conocimiento.

33.3. Mediante escrito de 22 de mayo de 2019 la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud solicitó a este Tribunal su intervención para que en el marco de seguimiento a las órdenes 24 y 27 proferidas en la sentencia T-760 de 2008 asumiera la competencia de las acciones de tutela, *“relacionadas con las auditorías de recobros y reclamaciones o emita lineamientos dirigidos a los jueces constitucionales”*.

Lo anterior, al considerar que el goce efectivo del derecho a la salud de los habitantes del territorio nacional se encuentra en riesgo con ocasión de algunas situaciones que afectan el flujo adecuado y eficiente de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tales como *“la transición entre los Contratos 043 de 2013 y 080 de 2018 y los problemas de la Unión Temporal Auditores de Salud para ejecutar el contrato 080 de 2018, particularmente el rezago generado por el tránsito entre firmas auditoras”* y; *“el incremento en la radicación de recobros y reclamaciones”*.

33.4. La Adres allegó documento mediante el cual dio respuesta al auto de 5 de junio de 2019 a través del cual la Sala Especial resolvió la solicitud elevada ante este Tribunal de que asumiera la competencia de las acciones de tutela, *“relacionadas con las auditorías de recobros y reclamaciones o emita lineamientos dirigidos a los jueces constitucionales”*.

34. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi):

34.1. En informe de fecha 11 de mayo de 2018<sup>278</sup> encontró avances en la adopción de herramientas tendientes a garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud<sup>279</sup>. Señaló que el Mipres permite mayor número de facilidades a los afiliados y que el Ministerio conozca *“de manera directa la información relacionada con la prescripción, permitiéndole efectuar mayores análisis de pertinencia y controlar mediante regulación incentivos inadecuados en el sistema.”* De igual manera reconoció los progresos introducidos al sistema de salud con la adopción de medidas como el control de precios de medicamentos y las compras centralizadas.

No obstante, recordó que siguen presentándose dificultades para la financiación adecuada de los servicios de salud, como (i) insuficiencia del presupuesto de la Adres para la vigencia de 2018, (ii) problemas derivados de la eliminación de la contribución

---

<sup>277</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 48-57. Correo electrónico. Radicado 021828300. 18 de marzo de 2019. Página 9 del documento.

<sup>278</sup> Concepto solicitado en providencia de 24 de abril respecto de los informes requeridos el 8 de febrero de 2018 a diferentes entidades. Cfr. AZ-P. orden XXIV, folio 347.

<sup>279</sup> Tales como la *“aclaración del Plan de Beneficios y definición de un mecanismo administrativo que permite acceder, en el régimen contributivo a servicios que no se encuentran incluidos en el seguro público financiado por la UPC.”*

de las empresas, toda vez que los recursos requeridos no se encuentran garantizados y dependen de la capacidad de gestión del MSPS ante Minhacienda, (iii) en la sujeción de los giros de la Adres al plan anualizado de caja e (iv) inconvenientes en la aplicación de las normas, como la inadecuada interpretación de contenidos del PBS.

Conforme a lo anterior, indicó que se ha ido acumulando una deuda por “*concepto de no POS*”<sup>280</sup>, que a diciembre de 2017<sup>281</sup> asciende a 5 billones en el RC y que en el RS se desconoce el valor real pero se estima supera el billón de pesos. Al respecto, señaló la importancia de revisar integralmente el acceso y financiación adecuada de los servicios no cubiertos por la UPC.

En relación con la transparencia, la corrupción y el fraude al interior del SGSSS reconoció los avances obtenidos con la implementación del Mipres, el observatorio de enfermedades huérfanas, el Sistema de Afiliación Transaccional y la depuración de datos con la Registraduría Nacional del Estado Civil y otras bases de datos oficiales.

Desaprobó la falta de actuación por parte del Gobierno respecto a la investigación y sanción de empresas que realizan afiliaciones irregulares al SGSSS, fraudes en incapacidades y prestaciones económicas, y venta o destinación indebida de insumos y/o medicamentos entregados por las EPS a usuarios.

Consideró que, ante la baja cuantía de algunas actuaciones delictuosas, estas irregularidades muchas veces no son denunciadas y se quedan impunes. Anotó la necesidad de implementar normatividad con efecto disuasivo y no solo sancionatorio ante eventos de “microfraude”<sup>282</sup>. También manifestó que la desconfianza al interior de SGSSS conlleva a que los actores del sector soliciten más requisitos de los requeridos, lo cual no contribuye a prevenir las prácticas defraudatorias y obstaculiza el flujo de recursos.

Respecto al procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, explicó que en las primeras dos etapas, aun cuando las EPS se esforzaran para explicar al entonces Fosyga el fundamento de la apropiación de los recursos, en muchas ocasiones este último, sin analizar los casos, remitía los mismos ante la Supersalud.<sup>283</sup>

Indicó por ejemplo, que no era razonable que se aplicaran auditorías posteriores a las EPS y se les solicitara la devolución de recursos por inconsistencias con la información del afiliado en la BDUA si se supone que con anterioridad a la cancelación se efectuó una validación de los datos en la misma base por parte del pagador.<sup>284</sup>

Mencionó que las auditorías previas al pago deberían verificar todas las condiciones y requisitos de ley y las que se efectúen de manera posterior, operar en casos excepcionales

---

<sup>280</sup> Cfr. AZ-P. orden XXIV, folio 347.

<sup>281</sup> Si bien en el informe se lee a 2018, por el contexto de lo que Acemi explica esta Sala corrigió el año al considerar que quiso decir “2017” toda vez que a la fecha del informe no se había causado diciembre de 2018.

<sup>282</sup> Un día de incapacidad, por ejemplo, en donde si bien por el estatuto anticorrupción la conducta puede tipificarse el desgaste del sistema es enorme y congestiona la Rama Judicial.

<sup>283</sup> Al respecto anotó: “Por su parte, la Supersalud ha considerado de manera reiterada, que su función se limita a realizar el cobro de los recursos presuntamente apropiados sin justa causa, sin aceptar ningún tipo de explicación sobre la debida apropiación. De esta manera, el esfuerzo que realiza la EPS para justificar la apropiación resulta en muchas ocasiones frustrado, a pesar de que los recursos hayan sido apropiados con justa causa.”

<sup>284</sup> Pág. 10 del informe.

brindando seguridad jurídica y disminuyendo costos administrativos y operativos al sistema.

Consideró poco razonable que la EPS cubra la prestación de las tecnologías en salud y después deba solicitar el reembolso. Adicionalmente, en su parecer, dicho pago debería realizarlo directamente el Fosyga al prestador o proveedor del servicio de salud, garantizando mayor eficiencia y oportunidad en el flujo de los recursos.<sup>285</sup>

Ante las medidas de pago previo<sup>286</sup> y giro directo<sup>287</sup> señaló que han servido para mejorar el flujo de recursos, pero no en su totalidad. Por esta razón, propuso la eliminación del recobro para que se efectúe una cancelación directa al proveedor y/o prestador del servicio de salud; la simplificación de los requisitos para el pago; mayor claridad sobre la disponibilidad presupuestal anual destinada a financiar estos servicios y que la Adres se haga cargo de cubrir los cobros en el RS.

Manifestó que para mejorar el flujo de recursos podría instaurarse el levantamiento automático de glosas ante errores de auditoría. También propuso la aplicación de filtros y mallas a Mipres para garantizar un mejor control tanto de los planes de beneficios como de la pertinencia de la prescripción en aras de proteger a los afiliados.

Por otra parte, Acemi consideró que no se cuenta con mecanismos conducentes para prevenir que los recursos de la UPC sean destinados a cubrir servicios no incluidos en el PBS y recordó que persiste la preocupación en relación con la destinación de estos dineros para cubrir las deudas generadas por los servicios y tecnologías no contempladas en el PBS<sup>288</sup>.

34.2. Con ocasión de la audiencia pública que tuvo lugar el 6 de diciembre de 2018, se refirió entre otras cosas<sup>289</sup>, a que los recursos de la UPC fueron previstos por la Ley 100 como el pago de una labor de aseguramiento, por lo que no puede interpretarse que la destinación de la UPC para inversión en infraestructura en el sector salud es ilegal; que existe excesiva reglamentación; que es imposible atender el suministro de prestaciones “no PB-UPC” con recursos propios; a la afectación que genera el no reconocimiento de intereses de mora; a las dificultades en la ejecución del actual contrato de auditoría de las solicitudes de recobro<sup>290</sup> y a la violación al debido proceso en los procesos de reintegro de recursos.

---

<sup>285</sup> Por otro lado, resaltó como aspectos negativos del proceso de cobros: la desconfianza del Estado en la plataforma Mipres; costos adicionales por la realización de juntas de profesionales; la regulación de los términos para anular prescripciones; limitaciones que generan envejecimiento de cartera.

<sup>286</sup> En concreto, sobre la medida de giro previo indicó que ha mejorado el flujo de recursos, no obstante, como el pago no es por la totalidad del servicio que la EPS asumió, el mismo se torna insuficiente dentro de un esquema de flujo de caja, toda vez que se presenta demora para efectos del pago total de la deuda del Fosyga con la EPS.

<sup>287</sup> Analizó que el procedimiento de giro directo mejora el flujo y permite destinar los recursos de la UPC al pago de los servicios incluidos en el PBS, sin embargo, al no tratarse de una medida obligatoria, gran parte de los prestadores no la han acogido por cuanto desconfían del estado como pagador.

<sup>288</sup> *Cfr.* AZ-P. orden XXIV, folio 365.

<sup>289</sup> Minuto 3:54:12 de la grabación de la audiencia y documento de fecha 11 de diciembre de 2018 (*Cfr.* AZ Q, orden XXIV, folios 78-94).

<sup>290</sup> Puso de presente que en el 2018 el giro previo se demoró en promedio 4 días con un retraso máximo de 10 días en agosto y que en el último año el pago del excedente se retrasó en promedio 5 meses más del plazo máximo autorizado. Así mismo que expuso que en el 2018 se pagaron complementos de julio a diciembre de 2017 y que a la fecha únicamente se habían pagado los tres primeros paquetes del 2018, cuando deberían estar cerrados los paquetes de abril a octubre, señalando que el monto pendiente de pago de dichos paquetes correspondía a 1.5 billones.

Por otra parte, indicó que las EPS del RC tenían cuentas por cobrar a la Adres por servicios “no PB” prestados a los afiliados del RC por 5.2 billones de pesos. Señaló que de esas cuentas en el 2018 les pagaron 700 mil millones, y que seguramente les quedarían debiendo 2 billones correspondientes a paquetes en mora de cerrar y glosados. En este sentido, que a diciembre de 2018 las deudas de la administradora con las EPS del RC ascenderían a 6.5 billones y al cierre del 2018, las cuentas por cobrar se aproximarían a 6.4 billones.<sup>291</sup>

Respecto de las medidas de saneamiento introducidas por la Ley 1797 de 2016 y el impacto que ha tenido la depuración y conciliación permanente de las cuentas y los tiempos en los que se estaba efectuando el pago, indicó que el impacto fue positivo mientras hubo recursos para el pago.

34.3. En respuesta al auto de citación a sesión técnica, manifestó<sup>292</sup> en primer lugar, que uno de los grandes problemas financieros del RC recaía en el crecimiento acelerado de la demanda de servicios no cubiertos por la UPC, toda vez que, en su parecer, aunque son responsabilidad del Estado y no de las EPS, no estaban debidamente financiados y no eran pagados oportunamente a las EPS e IPS.

Indicó que además de los recobros que se encuentran involucrados en procesos judiciales que se estiman en 3 billones de pesos, la Adres no ha tramitado oportunamente las solicitudes presentadas desde abril de 2018.

Afirmó que, si bien reconoce que se presentan prácticas irregulares por parte de algunos sectores del SGSSS, no son la principal causa de los problemas que este enfrenta y que afectan su sostenibilidad financiera, por cuanto también “*pueden presentar[se] fugas de recursos*” o tener lugar “*ineficiencias y desperdicios, sin que sea posible catalogarlos como corrupción*”<sup>293</sup>, como órdenes judiciales excesivas; gastos administrativos en que incurren las EPS; montos no recuperados por la prestación de servicios no PBS; demoras en la auditoría y pago de recobros a las EPS, casos de doble afiliación que no son culpa de las EPS; fuga de recursos “*por el pago de recursos de UPC a personas fallecidas*” debido a problemas de cruce de datos<sup>294</sup>; atrasos en tecnología de comunicación y de información del sector.

En relación con las medidas preventivas y correctivas para detener efectivamente la fuga de recursos que presenta el SGSSS consideró que el prestador y el proveedor de los servicios no PBS-UPC debería facturar directamente a la Adres, evitando la intermediación por parte de las EPS; que es necesario centralizar en la Adres el pago los recobros del RS; que la auditoría y control por Mipres a fin de detectar malas prácticas de la prescripción debe permitir orientar a los profesionales sin que ello se tome como una restricción a la autonomía médica; que se defina un porcentaje de pago a las EPS

---

<sup>291</sup> Afirmó que el reconocimiento contable de las cuentas pendientes de pagar por servicios prestados a sus afiliados lo hace las EPS en el rubro que se denomina reservas técnicas y que, si este define las deudas de las EPS con las IPS, al cierre contable de 2017 (atendiendo a la última información oficial disponible), las reservas técnicas ascendieron a 7.6 billones de pesos.

<sup>292</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 83-91. Informe de fecha 22 de marzo de 2019.

<sup>293</sup> Informe de fecha 22 de marzo de 2019, página 2. orden XXIV AZ - R.

<sup>294</sup> “*Existen casos en los cuales los reportes a la base de datos de la Registraduría son tardíos o se trata de servicios prestados antes del fallecimiento, pero facturados después. Todos estos son problemas reales que no obedecen a conductas dirigidas a malversar los fondos de la salud sino a la falta de sincronización de la información de bases de datos del Estado para prevenir su ocurrencia. Esto sin perjuicio de que en el proceso de aclaración se detecten también conductas corruptas que sea necesario castigar ejemplarmente*”. Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 83-91. Informe de fecha 22 de marzo de 2019.

por los costos administrativos y operativos que a la fecha se han sufragado con la UPC para la atención de los servicios no cubiertos en el PBS; que los toques de recobros sean para todos los intervinientes en la cadena teniendo en cuenta que en algunas ocasiones la EPS se ve obligada a pagar más que el precio definido como tope del recobro; que la auditoría de la Adres se haga dentro del tiempo contemplado en la norma<sup>295</sup>.

Finalmente, afirmó que es importante la articulación con la Rama Judicial a fin de que los jueces tengan en cuenta que de conformidad con el artículo 15 de la Ley Estatutaria, existen prestaciones que no pueden ordenarse con cargo a los recursos del SGSSS.

34.4. En documento de 10 de mayo de 2019<sup>296</sup> con ocasión de la intervención de la FGN en sesión técnica, la cual en su parecer sugirió que el marco normativo y jurisprudencial que regula la actividad de las EPS es claro, remitió algunos comentarios al estar en desacuerdo; comparó el seguro tradicional con el funcionamiento de la UPC en el SGSSS para indicar que en los dos casos concurren elementos básicos del seguro y en ese sentido las EPS son aseguradoras; y que los recursos de la UPC son de las EPS.

35. Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud:

35.1. La CSR<sup>297</sup> manifestó a grandes rasgos que algunos actos administrativos emitidos por el MSPS no tuvieron en cuenta la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por lo cual los considera ilegales, como la Resolución 1328 proferida el 15 de agosto de 2016<sup>298</sup>.

Criticó que algunas medidas adoptadas por el ente Ministerial hayan tardado hasta 4 años<sup>299</sup> para lograr su eficiencia. Señaló que el procedimiento de recobros quedó inaplicable desde la entrada en vigencia de la Ley Estatutaria al considerar que esta lo eliminó y, por ende, solo es aplicable a las solicitudes de recobro pendientes y anteriores a dicha norma.

Indicó que el procedimiento de reintegro de recursos apropiados sin justa causa debería ejecutarse de manera inmediata y adicionalmente contener sanciones. Además, que en la actualidad se vive una cartelización de las EPS para negar servicios y un incremento desmedido de los precios de los medicamentos para imponer los más altos en el mundo.

36. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC):

<sup>295</sup> Considera que el proyecto de resolución del MSPS (no señala cuál) los afectaría por cuanto pretende ampliar el término de estudio de la solicitud radicada, de 2 a 6 meses y uno más para el pago, es decir que el tiempo para el reembolso pasaría de 2 a 7 meses. Informe de fecha 22 de marzo de 2019, página 7. orden XXIV AZ – R. Señaló: *“Hoy hay un retraso de casi 10 meses en la respuesta al paquete de recobros con mayor atraso el cual fue presentado por las EPS en abril de 2018. Como se mencionó el valor pendiente de estudio supera los \$2 billones lo que está generando problemas graves de liquidez a toda la cadena y un daño reputacional muy grave a la figura de la EPS en la medida que formalmente la factura del servicio NO PB fue expedida a nombre de la EPS cuando el responsable del pago de éste tipo de servicios es ADRES. Las IPS, los pacientes y en general la opinión pública, considera que el no pago oportuno obedece a una deficiencia en la gestión de la EPS cuando este problema se debe a la coyuntura de la auditoría de la ADRES y a la falta de recursos financieros del presupuesto nacional.”*

<sup>296</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 324-343.

<sup>297</sup> Concepto solicitado en providencia de 24 de abril respecto de los informes requeridos el 8 de febrero de 2018 a diferentes entidades. Radicado el 15 de mayo de 2018. Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 430-436 Radicado 2207.

<sup>298</sup> *“Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.”*

<sup>299</sup> Como las medidas de giro directo y pago previo. Indicó que la primera fue dejada de lado por ineficiente.

36.1. El 17 de mayo de 2018<sup>300</sup> reconoció a grandes rasgos el progreso en torno al flujo de recursos y señaló que las medidas de pago previo y giro directo han permitido que lleguen dineros a las IPS contribuyendo con la mitigación de la cartera hospitalaria que pone en evidencia la crítica situación del flujo de recursos al interior del SGSSS. Expuso que de un reporte de 163 IPS, a 31 de diciembre de 2017 se registra una deuda de \$ 8.5 billones aproximadamente y que la concentración de cartera en mora (mayor a 60 días) es del 60.8%.

Anotó que estos problemas han repercutido en el no pago oportuno de la nómina de los hospitales ocasionando la renuncia del personal por demoras en el pago de su retribución salarial. Aseveró que un 22.8% de las instituciones reportantes ha tenido inconvenientes para realizar la cancelación oportuna de los salarios. Así mismo explicó que de 114 IPS, el 75,4% ha entrado en mora con sus principales proveedores, frente al 24,6% que no ha sentido el impacto en el cumplimiento de sus obligaciones. De igual forma se recortaron programas de formación y capacitación.

En cuanto a la información, consideró necesario crear mecanismos de cruce de reportes y de captura de datos que se entregan tanto por parte de las EPS como de las IPS, así como hacer públicos algunos procedimientos.

36.2. En la audiencia pública que tuvo lugar el 6 de diciembre de 2018 y mediante documento del 11 de diciembre de 2019<sup>301</sup>, la ACHC se refirió, entre otras cosas a: (i) la problemática de la cartera, asunto que considera crónico, creciente, sistémico, incontrolable y evidente; (ii) la deuda de 28 billones de pesos que presentan fuentes formales de información que tienen presunción de legalidad en el SGSSS; (iii) que la coincidencia entre las cifras de los diferentes actores continúa siendo baja; (iv) que el giro directo debería mantenerse y expandirse; (v) el control de la integración vertical que ha sido “*casi nulo*”; (vi) que se debe avanzar en una reforma al sistema de salud porque las fallas evidenciadas se encuentran en el modelo actual de funcionamiento<sup>302</sup>.

36.3. En concepto de fecha 2 de abril de 2019<sup>303</sup> destacó dentro de los procesos y situaciones que considera que facilitan la fuga de recursos, entre otras cosas (i) la integración vertical en el sistema de salud y su falta de control; (ii) la reorganización institucional diseñada y habilitada para las EPS<sup>304</sup>; (iii) la definición de la situación de algunas EPS que no cumplen con los indicadores de permanencia<sup>305</sup>; (iv) la cartera hospitalaria y las deudas de las EPS que se liquidaron<sup>306</sup>; (v) los costos de intermediación; y (vi) la corrupción.

En relación con las medidas que podrían adoptarse para erradicar las anteriores prácticas o disminuir la fuga de recursos, enunció y explicó (i) la reforma al SGSSS; (ii) eliminar

<sup>300</sup> Concepto solicitado en providencia de 24 de abril respecto de los informes requeridos el 8 de febrero de 2018 a diferentes entidades. Radicado el 17 de mayo de 2018. Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 437-447. Radicado ACHC 2018-040.

<sup>301</sup> Cfr. AZ Q, orden XXIV, folios 95-105. Radicado ACHC 2018-111.

<sup>302</sup> Finalmente, pidió e insistió en mantener la sala de seguimiento y en emitir órdenes a la rama legislativa y ejecutiva para que se adopten decisiones de fondo.

<sup>303</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folio 118-132. Radicado ACHC 2019-031.

<sup>304</sup> En su opinión, porque esto ha permitido a unas entidades que no tienen la solvencia para respaldar y garantizar la atención de sus afiliados que sigan captando recursos del SGSSS y generando desequilibrio financiero a los prestadores de servicios de salud

<sup>305</sup> Adjuntó cuadro en el que resume el cumplimiento de los indicadores de las EPS.

<sup>306</sup> “La ACHC que hace un seguimiento juicioso con corte semestral, ha podido evidenciar a través de un grupo de IPS, que las cifras de cartera no mejoran y, por el contrario, incrementa el monto de la deuda y la consecuente pérdida que deben acusar las IPS por cuenta de aquella cartera que pasa a la categoría de deterioro o castigada”.

la posibilidad de autorización y transformación de entidades sin que cuenten con un paz y salvo respecto de las obligaciones con la red prestadora de servicios de salud; (iii) la corresponsabilidad de los grupos empresariales en el sector salud como una herramienta para garantizar el pago de sus obligaciones y eliminar los plazos; (iv) amnistías; (v) el incumplimiento de los indicadores y la acreditación del patrimonio de las EPS para garantizar la operación y (vi) la atención en salud a los afiliados.

### 37. Así Vamos en Salud:

37.1. A través de concepto del 17 de mayo de 2018<sup>307</sup> reconoció los logros obtenidos con la implementación de herramientas por parte del MSPS. Por ejemplo, aseveró que, con los mecanismos adoptados para la recuperación de recursos girados sin justa causa, se logró la recuperación efectiva de dineros del SGSSS al igual que se iniciaron procesos penales derivados de la malversación de recursos. Afirmó que la implementación de la Resolución 1479 de 2015 elevó la deuda en menor proporción, lo que permite evidenciar que el procedimiento de recobro es efectivo y mejora el flujo de recursos.

Indicó que la implementación de las medidas de giro previo, directo, saneamiento de cuentas de cobros glosados, regulación de precios de medicamentos, la definición y aplicación de algunas de tipo administrativo y ajustes institucionales, permitieron garantizar la oportunidad en el flujo de recursos.

Para el mejoramiento del flujo de recursos recomendó avanzar en la implementación del Mipres en el RS y del giro directo en el contributivo; mejorar el cálculo de la UPC teniendo en cuenta diferentes variables; depurar las bases de datos del Sisbén; priorizar el ajuste del proyecto de resolución de copagos de servicios no cubiertos por el PBS con cargo a la UPC; y avanzar en la actualización de los planes de beneficios y la delimitación de las tecnologías no incluidas en este plan.<sup>308</sup>

Sugirió hacer seguimiento anual al indicador histórico de cobros, al porcentaje de cobros glosados, a los diferentes mecanismos de saneamiento de cuentas incluyendo los valores no aprobados en la auditoría integral de cobros, al impacto derivado de la actualización contenida en la Resolución 5592 de 2015<sup>309</sup>, al número de sanciones impuestas por la Supersalud<sup>310</sup> y al indicador de diferencias entre las cuentas pendientes de pago por las ERP<sup>311</sup> y las cuentas por cobrar de las EBP<sup>312</sup>.

### 38. Gestarsalud:

<sup>307</sup> Concepto solicitado en providencia de 24 de abril respecto de los informes requeridos el 8 de febrero de 2018 a diferentes entidades. Radicado el 17 de mayo de 2018. Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 448-455.

<sup>308</sup> Página 4 del informe. AZ P, XXIV, folio 451.

<sup>309</sup> “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones”.

<sup>310</sup> Por concepto de desconocimiento de la obligación de girar oportunamente las obligaciones causadas por actividades o medicamentos, a las instituciones prestadoras de servicios de salud, por investigaciones por presunto desconocimiento de la obligación de reportar oportunamente la información de facturas, cobros reclamaciones y novedades de pago relacionadas con la prestación de servicios de salud, y las facturas pagadas por giro directo-Circular Conjunta 0030 de 2013; las cuales deberían hipotéticamente bajar a medida que las IPS y EPS afianzan sus procesos de facturación, cobro, recobro, pago, y descarga de información contable posterior al pago.

<sup>311</sup> Entidades Responsables de Pago.

<sup>312</sup> Entidades Beneficiarias de Pago.

38.1. El 24 de mayo de 2018 remitió<sup>313</sup> escrito mediante el cual expuso que a través de concepto del Consejo de Estado<sup>314</sup> se resolvieron algunos interrogantes planteados por el MSPS en relación con el procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa en el proceso de giro y compensación, señalando que estaban (i) desconociéndose los términos para hacer válidas las restituciones; (ii) imputándose un tipo de responsabilidad objetiva a las EPS sin verificar si actuó con culpa o dolo; y (iii) exigiéndose el cobro de intereses moratorios sin que en momento alguno haya sido demostrado que las EPS actuaron con culpa.

Además, se refirió a la implementación de la Resolución 1479 de 2015 por las ET, las cuales asumieron el proceso de pago de las tecnologías no incluidas en los planes de beneficios del RS, implementando modelos propios y con tiempos que afectan el flujo de los recursos, además de no existir un ente auditor, vigilante y garante del proceso.

Hizo mención del incumplimiento reiterado de las ET en la auditoría de recobros y que “no asumen ninguna responsabilidad frente al cumplimiento de los tiempos previstos para el pago de las cuentas”; que se presenta suspensión de servicios por la red prestadora por falta de pago o glosas impuestas injustificadas; que no haya un proceso de recobro unificado en ambos regímenes; que algunas IPS realicen cambios en los diagnósticos y códigos para formular, ocasionando glosas en la etapa de auditoría del recobro; y que existen cuentas pendientes por pagar a las EPS por parte de las ET con ocasión de solicitudes de recobro, entre otras cosas.

En este sentido, se refirió a las medidas que podrían implementarse para mejorar el flujo de recursos, tales como: eliminar el CTC en el RS e incluir la entrega de los servicios contenidos en el PBS vía prescripción Mipres y centralizar el pago; eliminar la radicación de la cuenta para el cobro en la EPS cuando el asegurador no es el que debe asumir el pago; definir un único mecanismo de radicación, auditoría y pago para los entes territoriales; adoptar un único manual de recobros que aplique para los dos regímenes; eliminar los formatos MYT cuando el servicio haya sido prestado por una IPS adicionando campos en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud –RIPS- con los datos que contiene en este momento el MYT de tal forma que solo sea exigible la factura y sus soportes con la base de los correspondientes archivos planos (RIPS).

Para finalizar, recomendó establecer mecanismos reales de seguimiento por parte del MSPS para verificar la radicación de los cobros o recobros, el cumplimiento de la auditoría por parte de la ET y el pago de los recursos a los prestadores y la EPS y eliminar las mallas validadoras individuales no funcionales, e implementar una malla única de validación no POS (procedimiento actual del RC).

38.2. Con ocasión de la audiencia pública que tuvo lugar el 6 de diciembre de 2018, allegó documento<sup>315</sup> en el que se refirió a la disponibilidad de recursos; las inequidades en la financiación del sistema de salud; la unificación del valor de la unidad de pago por capitación del RS con la del RC, a las dificultades que se presentan en el régimen subsidiado sobre los cobros y los recobros, y la falta de recursos para saldar la cartera que se tiene con los actores del sector salud.

---

<sup>313</sup> Concepto solicitado en providencia de 24 de abril respecto de los informes requeridos el 8 de febrero de 2018 a diferentes entidades. Radicado el 24 de mayo de 2018. *Cfr.* AZ P, orden XXIV, folios 456-463. Radicado 3207.

<sup>314</sup> Sala de Consulta y Servicio Civil (Rad: 11001-03-06-000-2014-00258-00), de fecha siete de diciembre de 2015.

<sup>315</sup> *Cfr.* AZ Q, orden XXIV, folios 127-146. Radicado 1763-2018. Informe de fecha 11 de diciembre de 2018.

Mencionó que la deuda de las ET con las EPS, de acuerdo con la información suministrada por las asociadas a Gestarsalud, con corte a junio 30 de 2018, ascendía aproximadamente a 700 mil millones de pesos, lo cual representaba para el RS cerca de 1.4 billones de pesos, considerando que las EPS agrupadas afiliaban más del 50% de la población del RS.

Adicionalmente, la situación actual de las cuentas por cobrar de las EPS con las ET por concepto de contratos suscritos con anterioridad al 31 de marzo de 2011, (Decreto 1080 de 2012) registra con corte al 30 de junio de 2018 un saldo total para el RS de aproximadamente \$25 mil millones.

Señaló que los estados financieros de la Superintendencia a corte diciembre de 2017, registraban que se debía cerca de 3.8 billones de pesos por las EPS a las IPS, de los cuales cerca de 367 mil correspondían a la prestación de servicios “no PBS”, porque con la limitada liquidez que tenían, no se podía seguir pagando la totalidad y por ello siempre quedaba un rezago pendiente, a pesar de las exigencias de muchos prestadores de suspender el servicio si no se les pagaba por adelantado, afectando al usuario.

Por otra parte, señaló que en el RS no existe giro previo para el no POS como si en el RC, y adicionalmente, que el Mipres tampoco se había implementado, aunque empezaría en Nariño y luego en otros departamentos. Respecto de las medidas de saneamiento introducidas por la Ley 1797 de 2016 dijo que el impacto de la depuración y conciliación permanente de las cuentas no ha sido positivo por cuanto no se ha logrado el objetivo de manera efectiva<sup>316</sup>.

38.3. En documento del 28 de marzo de 2019<sup>317</sup> enlistó como uno de los problemas de fuga de recursos del sector salud con ocasión de la corrupción, las dificultades en la cultura de la seguridad social de los beneficiarios del sistema salud (afiliados y profesionales de la salud).

Lo anterior, por cuanto en el proceso de identificación de beneficiarios ya sea en el Sisbén o en los llamados listados censales de las poblaciones especiales prioritarias, podrían estar siendo incluidas equívocamente personas que no cuentan con los requisitos para recibir el subsidio. Así mismo, porque los afiliados no cotizan el monto correspondiente, no cancelan las citas a las que no asistirán, los médicos formulan medicamentos y apoyos diagnósticos y terapéuticos que son costosos para el sistema y que no siempre son los más apropiados para tratar la enfermedad, o se prescriben fármacos sin registro Invima cuando podría ordenarse uno no cubierto por la UPC.

Anotó que el sistema sigue financiando procedimientos estéticos, la entrega de cantidades desproporcionadas de fármacos que muchas veces no necesita el usuario, y tratamientos costosos para el sistema de salud que no deberían ser garantizados con cargo a la UPC ni como una tecnología que pudiera recobrase.

En segundo lugar, evidenció problemas en los procesos de inspección, vigilancia y control que realizan las entidades del Estado. Al respecto anotó que *“a la fecha [tenían] conocimiento, por la información brindada por la prensa, que desde las delegadas del*

---

<sup>316</sup> Respuesta obtenida del documento radicado el 11 de diciembre de 2018. Página 18. Cfr. AZ Q, orden XXIV, folios 127-146. Radicado 1763-2018.

<sup>317</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 92-100.

*órgano de control se concertaban acuerdos ajenos a la legalidad para beneficiar a algunos participantes del sistema”.*<sup>318</sup>

En tercer lugar señaló que otro de los problemas recae en la corrupción en las ET que se encuentran a cargo de cubrir las tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, pagos que a la fecha del informe se encontraban en mora y por encima de 500 mil millones de pesos y proyectados en el RS a sobrepasar el billón de pesos.<sup>319</sup>

En cuarto lugar, sobre las ESE, manifestó que *“la obligatoriedad de prestación de servicios de salud del 60% con la red pública ha implicado en la práctica el tener que prestar los servicios de salud cuando los estándares de calidad no son los adecuados. Los costos de esta falta de calidad en reprocesos, reintervenciones y atenciones en niveles que no corresponden son muy altos”*<sup>320</sup>.

Enunció que pueden servir como herramientas preventivas y correctivas para detener la fuga de recursos en el SGSSS<sup>321</sup> el fortalecimiento de los procesos de cultura ciudadana y corresponsabilidad de los equipos profesionales, del Instituto de Evaluación de Tecnologías (IETS), de la red de controladores<sup>322</sup>, el aumento de control e inspección de la Supersalud y crear el sistema de cuidados sociales a cargo del ICBF<sup>323</sup>.

### 39. Asociación Nacional de Cajas de Compensación familiar (Asocajas):

39.1. A través de documento del 29 de junio de 2018<sup>324</sup>, manifestó que la Resolución 3361 de 2013<sup>325</sup> representaba una medida eficaz para garantizar el reintegro de los dineros apropiados o reconocidos sin justa causa, siempre y cuando el procedimiento designado se ejecutara con base en información veraz y confiable, sin afectar el flujo de recursos. Afirmó que no existe un mecanismo expedito para recuperar los recursos invertidos en servicios prestados a usuarios multiafiliados<sup>326</sup> y las auditorías para identificar los valores de reintegro han desconocido el debido proceso y los tiempos de firmeza de las reclamaciones. Manifestó que en el RS el tiempo de respuesta de las ET continuaba siendo el mayor obstáculo a la circulación de los dineros.

Indicó que el flujo de recursos es más ágil en el RC que en el RS. En principio atribuyó la cuestión a los efectos del giro previo, aunque aclaró que durante el 2018 no se habían estabilizado los pasivos por servicios no incluidos y excluidos.

<sup>318</sup> Página 4 del informe de Gestarsalud remitido el 28 de marzo de 2019. Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 92-100.

<sup>319</sup> *“Al año 2019 se han conocido escándalos de corrupción como el cartel de la hemofilia, del VIH, enfermos mentales, y los descritos en los considerandos de este auto, entre otros, etc.”.*

<sup>320</sup> *“Se ha identificado que este actor recurre además, a prácticas como la facturación por servicios que no han sido prestados, la mala gestión del riesgo de la salud y la mala atención a las patologías por las que ingresan los pacientes, de igual forma han optado por realizar procesos de cobro coactivo sin estar facultado para ello, ordenando el embargo de cuentas maestras de las EPS”.*

<sup>321</sup> Señaló que: *“El Ministerio de Salud y Protección Social debe retomar con vigor, como estrategia de mediano plazo, las estrategias de fortalecimiento de la cultura ciudadana frente a la Seguridad Social, dispuestas en la página WEB del Ministerio”.*

<sup>322</sup> *“Son las entidades que tienen asignadas competencias de inspección, control y vigilancia sobre actividades comprendidas en el SGSSS”.* <https://www.supersalud.gov.co/es-co/delegadas/supervision-institucional/red-de-controladores#>.

<sup>323</sup> Organizar los servicios sociales de cuidado también conocidos como servicios sociales complementarios. Señaló que el ICBF puede hacerse cargo mientras se estructura el verdadero sistema de cuidados sociales.

<sup>324</sup> Cfr. AZ P XXIV, folios 464 – 489.

<sup>325</sup> *“Por la cual se fija el procedimiento para el reintegro de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA apropiados o reconocidos sin justa causa”.*

<sup>326</sup> *“Recientemente en reunión con la ADRES se aclara que no aplican intereses moratorios de la tasa de la DIAN para el caso en que la EPS no podía acceder a la información para depuración de sus bases de datos. Con esta premisa se continuarán liquidando los intereses”.*

Refirió que la efectividad del giro previo y directo se ha visto seriamente comprometida ante las decisiones de Minhacienda de no autorizar el flujo de caja para cubrir esos rubros. Reconoció que dichos mecanismos han facilitado el flujo de recursos en el RC, pero que pese a ello *“a febrero de 2018, la deuda de la ADRES con las EPS Cajas [ascendía] a 284 mil millones de pesos y el 44 % de esta deuda supera[ba] los 360 días.”* En relación con el RS informó que el pasivo era de *“68 mil millones de pesos de los cuales el 58 % supera los 360 días, y para el total del país se acerca a 1 billón de pesos”*. Para asegurar la efectividad del instrumento precitado propuso garantizar los recursos necesarios para que la Adres cumpla con sus obligaciones.

Expuso que las disposiciones adoptadas en la Resolución 1749 de 2015<sup>327</sup> eran ineficientes para asegurar el flujo de recursos en el RS, puesto que los departamentos se negaban a pagar las cuentas por servicios no financiados con cargo a la UPC a pesar de contar con recursos para ello, estimulando la interposición de tutelas y obligando a las EPS a pagar con la UPC prestaciones no incluidas o excluidas del PBS; al respecto, recomendó fortalecer las acciones de inspección, control y vigilancia sobre los departamentos y distritos.

Para simplificar el procedimiento de recobros y mejorar el flujo de recursos aconsejó eliminar la solicitud del concepto técnico de la junta de profesionales de la IPS, por cuanto la Adres puede verificarlo en el aplicativo Mipres; en el que además se podrían incorporar los soportes de las pruebas diagnósticas y los requisitos de validación del recobro, optimizar el archivo de dispensación de los medicamentos, mejorar los tiempos de respuesta del Ministerio frente a las divergencias recurrentes y agilizar los términos y tiempos de la contratación de los auditores. Al referirse al RS reiteró la necesidad de unificar los procesos de recobro.

Afirmó que las acciones descritas en el informe del Ministerio solo se ocupan del asunto económico en el RC desconociendo la problemática del subsidiado, e indicó que los resultados referenciados en el documento no permiten establecer el porcentaje de saneamiento de la deuda total. También resaltó algunas herramientas de gran valor para promover el flujo de recursos en el sistema.<sup>328</sup>

Determinó que al evaluar las medidas adoptadas por el MSPS para favorecer los recursos asignados al sistema de la salud podría considerarse la suficiencia de la UPC y valorar el índice de siniestralidad y las características de aseguramiento de cada uno de los regímenes. En lo relacionado con la oportunidad de circulación de los mismos indicó que debería tenerse en cuenta la información disponible en la Circular conjunta 030<sup>329</sup>, en los estados financieros y la cartera por edades de morosidad.

Expresó que la existencia de un pasivo por 9.8 billones de pesos de acuerdo con los estados financieros de las EPS, a corte diciembre de 2017, y el déficit de 2 billones de pesos para garantizar el aseguramiento de la población del RS en la vigencia 2018,

---

<sup>327</sup> *“Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado”*.

<sup>328</sup> Algunas de las medidas son: i) La UPC debe ser suficiente para cubrir todas las prestaciones del PBS; ii) la metodología para calcular la UPC debe acoger indicadores de riesgo adicionales a la edad, sexo y condiciones geográficas; iii). difundir entre los jueces el PBS y las exclusiones; iv) promover en los prescriptores la actualización periódica que permita el conocimiento de las tecnologías con mayor valor terapéutico como orientadores en la toma de decisiones.

<sup>329</sup> Que establece el procedimiento de aclaración de cartera, depuración obligatoria de cuentas, pago de facturación por prestación de servicios y recobros.

demuestran falencias en el flujo de los recursos del sector; en ese orden de ideas citó los estudios sobre suficiencia de la UPC-S de Gestarsalud, ejercicio que determinó un crecimiento de los costos en salud de las EPS asociadas<sup>330</sup> y resaltó el incumplimiento de lo ordenado en los autos 261 y 262 de 2012 y 411 de 2016, por cuanto persistía una brecha entre la UPC de los dos regímenes.

También comunicó que en los últimos seis años el ente ministerial había consolidado un sistema de información en sus componentes de aseguramiento y prestación de servicios de salud, reconoció la importancia de la disponibilidad de los datos consignados en Sispro, e insistió en que se continuará el proceso de construcción del sistema, anotando que la calidad y cobertura de la información aportada por los prestadores públicos es deficiente.

#### 40. Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (Acesi):

40.1. En diciembre de 2018 expuso<sup>331</sup> que la deuda a junio 30 de esa anualidad arribaba a 8.4 billones de pesos, teniendo en cuenta únicamente a los hospitales públicos del país, con el agravante de que la mitad (4.2 billones de pesos) era deuda a más de 360 días, lo que en su parecer la convertía en una cartera prácticamente irrecuperable.

Indicó que del año 2012 hasta el 2017 la cartera pasó de 4.5 billones a 8.5 billones. También, que se ha observado un incremento en los pasivos, no pago a los hospitales que deriva en que estos no tengan cómo pagarles a los proveedores, a las enfermeras, a los médicos, a los promotores de salud y demás. Señaló que esto implica que el sistema se está recargando en el recurso humano y los proveedores, lo que incide en la calidad de los servicios.<sup>332</sup>

En relación con las medidas de saneamiento, explicó que los hospitales reclamaban que les debían 15.2 billones de pesos, aunque en las cuentas de las EPS solamente se encontraran reconocidos \$8.7 billones. Expuso que esto se presentaba porque desde el 2014 se habían proferido algunas normas facilitadoras de que recursos públicos de destinación específica, recursos fiscales y parafiscales, que son para atender a la salud, se desviarán hacia otros fines, contrariando extensa jurisprudencia constitucional que plantea que esos dineros no pueden incorporarse al patrimonio de los intermediarios financieros ni de las entidades territoriales<sup>333</sup>.

Por otro lado, señaló que en el RS los hospitales facturaron en el 2012 \$4.9 billones, pero el recaudo fue de 3.4 billones, es decir el 69%, situación que se presentaba cada año. Expuso que en el 2017 se facturaron alrededor de 7.2 billones de pesos en el RS y tan solo \$4.7 billones fueron cancelados, es decir un recaudo del 66%. Apuntó que esto ponía en evidencia que hay *“mejor recaudo en el régimen subsidiado por efecto del giro directo en el régimen subsidiado, que es obligatorio, para todos los prestadores, lo que no sucede con el régimen contributivo”*.<sup>334</sup> Reveló que en el RC la cifra ascendía año tras año, para situarse en el año 2017 en casi 1.3 billones de pesos, correspondiente a lo

---

<sup>330</sup> “En el régimen subsidiado los costos en salud de sus EPS asociadas ha pasado del 99 % en el 2014 al 103,3 % en el 2016,”

<sup>331</sup> Escrito del 12 de diciembre de 2018. Cfr. AZ Q, orden XXIV, folios 193-222.

<sup>332</sup> Página 6 del documento radicado en la Corte Constitucional el día 12 de diciembre de 2018.

<sup>333</sup> Enunció como ejemplo la sentencia SU 480 de 1997.

<sup>334</sup> Página 9 del documento radicado en la Corte Constitucional el día 12 de diciembre de 2018.

facturado por los hospitales públicos, pero a estos tan solo les pagaron 487 mil millones de pesos, es decir el 38%.

Resaltó que la cartera se había deteriorado aún más desde 2014 con ocasión de una triada de decretos y resoluciones que de alguna manera trataron de salvar la intermediación financiera en salud, como el Decreto 2702 de 2014<sup>335</sup>, el 2117 de 2016<sup>336</sup> y el 718 de 2017<sup>337</sup>. Mediante alertas ciudadanas y conjuntamente con otras agremiaciones sociales de trabajadores y de hospitales del país, han llamado la atención a la Corte sobre estas normas que facilitan unos procesos de reorganización institucional de las EPS pero que, también facilitan un desvío de recursos como se ha evidenciado.

Concluyó entre otras cosas que: los hospitales públicos se encuentran asfixiados por el no pago de los compradores de servicios; los programas de saneamiento fiscal y financiero han permitido que se pierda capacidad para atender a la población más pobre y vulnerable del país, por el hecho de medir a los hospitales públicos por rentabilidad financiera y no por rentabilidad social como lo plantea la Ley Estatutaria 1751 del 2015; y tras 25 años del SGSSS se hace evidente su insostenibilidad financiera y ética, al igual que la permanente vulneración al derecho fundamental a la salud, lo que amerita una reforma estructural al sistema en uno que sí garantice el goce efectivo del mismo.

40.2. En documento de fecha 4 de abril de 2019<sup>338</sup>, manifestó que pueden representar fuga de recursos los siguientes eventos: el mal funcionamiento de procedimientos administrativos; imposición de glosas injustificadas que derivan en dilataciones con la finalidad de que las obligaciones prescriban; conciliaciones que conducen a aceptar pagos de porcentajes para poder agilizar; que la EPS sea quien defina a qué IPS cancela los montos girados con ocasión del giro directo; los procesos de tercerización en la contratación; la suscripción de contratos en el último trimestre del año para desplegar labores cuya ejecución requiere de 10 u 11 meses del año; y el que la selección de los gerentes no se encuentre en cabeza de los alcaldes ni gobernadores en el RS..

Además sugirió que el giro por parte del RS sea del 92% de la UPC, implementar esta herramienta en el RC en un 90% de la UPC, que no exista prescripción de cuentas por la prestación de servicios de salud, que se cumpla la Ley 1797 de 2019<sup>339</sup> por parte de la Supersalud en lo concerniente a sanciones por las relaciones prestador aseguradora, generar estrategias que permitan la contratación oportuna de los recursos correspondientes al plan de intervenciones colectivas<sup>340</sup> por las ET y garantizar el cumplimiento de la contratación con las Empresas Sociales del Estado.

<sup>335</sup> “Por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud y se dictan otras disposiciones.”

<sup>336</sup> “Por el cual se modifican los artículos 2.1.13.9, 2.5.2.2.1 .7 Y 2.5.2.2.1 .1 0 Y se adicionan unos artículos en la Sección 1, Capítulo 2, Título 2, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con los procesos de reorganización institucional y las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud -EPS”.

<sup>337</sup> “Por el cual se adiciona el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.”

<sup>338</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 198-200.

<sup>339</sup> “Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

<sup>340</sup> “Es un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, las cuales se enmarcan en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS), y buscan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos en el PTS. Comprende un conjunto de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos definidos en el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015, los cuales se ejecutarán de manera complementaria a otros planes de beneficio”. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/plan-de-intervenciones-colectivas.aspx> .

#### 41. Empresas Promotoras de Salud (EPS):<sup>341</sup>

Mediante auto de fecha 29 de octubre de 2018 la Sala decretó pruebas para que las EPS precisaran algunos datos relacionados con el mandato en cuestión, con ocasión del cual se allegaron documentos que permiten evidenciar con mayor precisión algunas dificultades que se vienen presentando al interior del SGSSS.

En relación con el giro directo a los proveedores de tecnologías en salud no PBS, en su mayoría señalaron<sup>342</sup> que no se realiza con la frecuencia y dinámica de la radicación, lo que afecta directamente el flujo de recursos. Ahora, algunas se refirieron a que los prestadores de servicios de contratos capitados no radican sus cuentas en las fechas establecidas por la entidad para el proceso de cobro, razón por la cual no se pueden incluir en los pagos del giro directo.<sup>343</sup> También enunciaron como una dificultad la tramitología considerable respecto de la documentación a presentar y poco tiempo para diligenciar la misma, el represamiento en el área de auditoría de los paquetes radicados en los que se incluyen recobros de giro directo, y al no tener este detalle no se pueden legalizar los anticipos para las carteras de los proveedores lo que implica un deterioro en la misma<sup>344</sup>.

Sobre las etapas del procedimiento de recobro y su desarrollo en los tiempos establecidos por la Resolución 1885 de 2018, manifestaron que, si bien las EPS radican las solicitudes dentro de los 15 primeros días calendario de cada mes, las ET y la Adres tienen dos meses para realizar la auditoría y notificar los resultados, no obstante, este proceso ha tardado incluso hasta 6 meses, lo que deriva en que el pago tampoco se efectúe en los dos meses establecidos por la norma<sup>345</sup>. Así por ejemplo Capitalsalud EPS puso de presente la crítica situación en relación con los paquetes radicados en el 2018 ante la Secretaría del Meta, la cual no había efectuado ningún pago a noviembre de ese año.

Por lo anterior, anotaron que el tiempo que transcurre entre el momento en que es aprobado el pago de un recobro radicado ante la Adres y aquel en que se realiza efectivamente el desembolso, supera los dos meses establecidos en la regulación<sup>346</sup>. Adicionalmente, sobre los recursos propios empleados por la EPS para cubrir los servicios no PBS, indicaron que un porcentaje de dicho valor no ha sido recuperado<sup>347</sup>.

Respecto del hecho de que las EPS financien con sus propios recursos la prestación de servicios y tecnologías en salud no PBS, dichas entidades manifestaron que ello reducía la capacidad de pago para los servicios y tecnologías en salud contemplados en PBS, hasta tanto no se presentara el giro de dichos recursos una vez radicado en la ET y realizado el proceso de auditoría y conciliación de cuentas.<sup>348</sup> Así mismo indicaron que afecta directamente el flujo de recursos, deriva en menor valor de inversiones para cobertura de reservas, mayor deterioro de cartera que impacta en la utilidad de la

---

<sup>341</sup> Algunas EPS respondieron incompleto, no entregaron con claridad la información solicitada, manifestaron no tener datos precisos o estar implementando recientemente algún procedimiento que no les permite entregar datos con ocasión de no haber obtenido resultados.

<sup>342</sup> Capital Salud EPS (correo del 20 de noviembre de 2018).

<sup>343</sup> Capresoca (documento de fecha 20 de noviembre de 2018). Aliansalud escrito del 20 de noviembre de 2018.

<sup>344</sup> Aliansalud.

<sup>345</sup> Capital Salud EPS, Comfenalco Valle (documento del 20 de noviembre de 2018), Aliansalud, Comfamiliar Nariño.

<sup>346</sup> Comfaoriental documento del 19 de noviembre de 2018.

<sup>347</sup> Capital Salud. Comfenalco Valle.

<sup>348</sup> Capital Salud EPS, Capresoca, Comfaoriental EPS-S, Aliansalud, Comfamiliar Nariño.

compañía, mayor carga operativa con ocasión del cargue y segregación de la información.<sup>349</sup>

En cuanto a las denominadas zonas grises manifestaron que se siguen presentando, aun cuando reconocieron grandes avances con la expedición de las Resoluciones 5267 y 5269 del 2017.<sup>350</sup>

Finalmente, expusieron que se les adeudan elevadas sumas con ocasión de la prestación de servicios y tecnologías en salud no PBS.<sup>351</sup>

## II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

### Competencia

1. En atención a las facultades otorgadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional, en sesión del 1° de abril de 2009; el artículo 86 de la Constitución Política; y el artículo 27 del Decreto Estatutario 2591 de 1991<sup>352</sup>, la Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir este auto.

### Metodología de la valoración

2. La Sala estudiará el grado de acatamiento de la orden vigésima cuarta de la sentencia T-760 de 2008<sup>353</sup>, en virtud de la cual se busca la adopción de medidas para garantizar que el procedimiento de recobro por parte de las EPS, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al SGSSS para financiar los servicios de salud al interior del mismo, para lo cual estudiará las acciones desplegadas por las autoridades obligadas para la consecución de este objetivo.

3. Además tendrá en cuenta las actividades ejecutadas para acatar las directrices impartidas en los numerales cuarto y quinto del auto 263 de 2012, a través de los cuales se dio alcance al mandato descrito y de conformidad con los niveles de cumplimiento establecidos paulatinamente a partir del auto 411 de 2015<sup>354</sup>, con fundamento en el acervo documental que reposa en el expediente.

<sup>349</sup> Aliansalud.

<sup>350</sup> Capresoca, Comfaorient EPS-S, Aliansalud.

<sup>351</sup> Capresoca, Aliansalud, Comfamiliar Nariño.

<sup>352</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 hiciere 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 (sic). 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>353</sup> “Vigésimo cuarta. Ordenar al Ministerio de la Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga que adopten medidas para garantizar que el procedimiento de recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud ante él, así como ante las Entidades Territoriales respectivas, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos Fosyga al sistema de salud para financiar los servicios de salud, tanto en el evento de que la solicitud se origine en una tutela como cuando se origine en una autorización del Comité Técnico Científico.

*Para dar cumplimiento a esta orden, se adoptarán por lo menos las medidas contenidas en los numerales vigésimo quinto a vigésimo séptimo de esta parte resolutive.”*

<sup>354</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.

4. Por subsiguiente, considerará también, si fueron adoptadas medidas para (i) salvaguardar los recursos asignados al sector salud y que tiendan eficazmente a proscribir los actos de corrupción y las prácticas defraudatorias que aquejan el sistema de salud, con la única finalidad de optimizar el flujo de recursos al interior del SGSSS y obtener sostenibilidad financiera del mismo, para la atención de las necesidades en salud de la población colombiana y (ii) controlar y recuperar los dineros malversados y dilapidados en el sector salud, instando a reinvertir tales dineros en la atención de salud de los colombianos, y si con ocasión de las mismas se evidencian resultados<sup>355</sup> que permitan vencer la falla estructural o conduzcan a su superación.

5. Así, atendiendo a lo descrito, en la metodología de evaluación la Sala (i) expondrá sobre la intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas y los niveles de cumplimiento establecidos en el auto 411 de 2015; (ii) fijará el alcance de la orden vigésima cuarta de la sentencia T-760 de 2008; (iii) aludirá al nivel de cumplimiento declarado en los mandatos 25, 26 y 27 de la sentencia estructural que forman parte de la orden global (24) de sostenibilidad financiera, (iv) explicará y analizará las acciones ejecutadas y las medidas implementadas por las autoridades obligadas, dirigidas a acatar la directriz<sup>356</sup> y; (v) valorará el nivel de acatamiento del mandato vigésimo cuarto.

6. Dentro del análisis de las acciones ejecutadas y las medidas implementadas por las autoridades obligadas, dirigidas a acatar la directriz en estudio, se revisará<sup>357</sup>:

6.1. La entrega oportuna y completa de información.

6.2. Las medidas desplegadas para:

6.2.1. Salvaguardar los recursos del sector salud y proscribir eficazmente los actos de corrupción y las prácticas defraudatorias que aquejan el sistema con la finalidad única de optimizar el flujo de recursos y obtener la sostenibilidad financiera.

- Bases de datos
- Procedimiento de recobro por prestación de servicios y tecnologías PBS no UPC
- Flujo de recursos
- Otras medidas

6.2.2. Controlar y recuperar los recursos malversados y dilapidados en el SGSSS, instando al MSPS a reinvertir tales dineros en la atención en salud de la población

- Procedimiento administrativo de reintegro de recursos
- Causales de reintegro de recursos pagados sin justa causa con ocasión de solicitudes de recobro por tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios
- Investigaciones por presuntas apropiaciones o pagos sin justa causa
- Auditorías en el proceso de compensación con el fin de reconocer posibles apropiaciones sin justa causa
- Reconocimiento y pago de recursos sin justa causa

<sup>355</sup> Esta Sala no solicitará que los resultados hayan sido acreditados con documentación por las entidades involucradas y bastará con la exposición y explicación de los mismos, en atención al principio de buena fe, teniendo en cuenta que requerir soportes que respalden la información remitida podría significar un desgaste innecesario para la administración pública.

<sup>356</sup> Este punto tendrá en cuenta tanto los avances reportados por el Ministerio de Salud como la información remitida por otras entidades en virtud de lo dispuesto en el auto 263 de 2012.

<sup>357</sup> En este numeral se explica el punto (iv) de la metodología expuesta en el párrafo 5 del acápite de metodología de la valoración.

6.2.3. Obtener un procedimiento de recobro ágil que asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al interior del sistema de salud para financiar los servicios de salud al interior de este.

7. No obstante, cabe mencionar que en esta ocasión no se estudiará el numeral sexto de la referida providencia, en el que se exige al Ministerio de Salud y a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos expedir la regulación necesaria para conjurar la crítica situación de sobrecostos de precios de medicamentos del entonces POS y NO POS y que forma parte de la orden vigésima cuarta, ya que, debido a la tecnicidad y cantidad de información y para facilitar su análisis, este tema fue estudiado por separado en el auto 140 de 2019. Sin embargo, vale aclarar que toda vez que este componente forma parte de la orden vigésima cuarta, el nivel de cumplimiento declarado en la referida providencia será tenido en cuenta al momento de realizar la valoración global de dicha orden, al igual que el grado de acatamiento de las valoraciones 25, 26 y 27, propósito del presente auto<sup>358</sup>.

### **Intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas y niveles de cumplimiento del auto 411 de 2015**

8. Conforme al artículo 2º del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales<sup>359</sup>, los Estados partes deben desplegar acciones tendientes a lograr la efectividad plena de los derechos reconocidos en tal compromiso.

9. 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 fundamental a la salud, 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 campo<sup>360</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>361</sup>, entre otras<sup>362</sup>.

10. 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.

---

<sup>358</sup> Atendiendo a que los componentes que conforman cada mandato y los responsables de su acatamiento se encuentran determinados, es posible analizarlos por separado, entre otras cosas, porque su estudio fraccionado facilita la valoración de cumplimiento de cada uno de ellos, debido a la tecnicidad, complejidad y extensión de los temas, la cantidad de información y la regulación existente en cuanto a cada tema.

<sup>359</sup> Cfr. auto 186 y 549 de 2018.

<sup>360</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>361</sup> Cfr. autos 186 y 549 de 2018.

<sup>362</sup> Cfr. autos 186 y 549 de 2018.

11. Es necesario precisar que este Tribunal ha valorado el cumplimiento de la mayoría de las órdenes generales durante los diez años que han transcurrido desde la expedición del fallo estructural<sup>363</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 dinámica y refleje el contexto social en que se desenvuelve el sistema de salud en Colombia, haciendo más rigurosos 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.

12. 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>364</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.

13. La Corte ha sostenido que para declarar el grado de observancia de una orden como general no es necesario su satisfacción plena, siempre que se evidencien cambios significativos en el funcionamiento del sistema de salud, derivados de actuaciones oportunas e idóneas que concluyan en resultados y avances sostenibles para que la Sala pueda suspender o entregar<sup>365</sup> el seguimiento.

14. De conformidad con lo anterior, el cumplimiento se analizará atendiendo principalmente tres puntos: las medidas, los resultados y los avances<sup>366</sup>.

15. 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 nivel de cumplimiento<sup>367</sup>, que puede ser bajo, medio, alto, general o incluso incumplimiento general.

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.

16. 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:

---

<sup>363</sup> La sentencia T-760 fue proferida el 31 de julio de 2008.

<sup>364</sup> Cfr. auto 186 de 2019.

<sup>365</sup> Cfr. auto 373 de 2016. Al desarrollar los “*criterios para entender superadas las condiciones que dan lugar a la intervención excepcional del juez constitucional en la política pública de desplazamiento forzado*” señaló que la jurisprudencia constitucional permite identificar criterios “*para efectos de analizar si la actuación de las autoridades es idónea y sostenible para así entender por superadas las condiciones que dan lugar a la intervención excepcional del juez constitucional en la política pública. Así ocurre con los parámetros definidos por esta Corporación que permiten evaluar el cumplimiento a las órdenes complejas dictadas por el juez constitucional por parte de las autoridades responsables.*” De esta manera permite establecer que si los resultados son sostenibles puede darse por superada una falla general que dio lugar a la intervención del juez.

<sup>366</sup> Auto 411 de 2015.

<sup>367</sup> Cfr. autos 411 de 2015 reiterados entre otros en los 186 de 2018 y 549 de 2018.

(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>368</sup>, (iii) aunque sean conducentes y los resultados hayan sido informados a la Sala, no se advierte que estos últimos sean reales<sup>369</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.

17. El nivel de cumplimiento medio será declarado cuando a pesar de haber ejecutado acciones<sup>370</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 verificará nuevamente las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos.

18. Decretará el grado 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.

19. 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. 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.

20. 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>371</sup>

21. Sin embargo, cuando una orden sea valorada con nivel de cumplimiento bajo y medio o incumplimiento, 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

---

<sup>368</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>369</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>370</sup> Aunque el obligado haya implementado medidas conducentes, reportado los resultados y aquellos muestren avances en la ejecución de la política.

<sup>371</sup> Cfr. autos 186 y 549 de 2018 y 122, 122 A y 140 de 2019.

ordenado y no continúe produciendo efectos jurídicos, dando lugar a restablecer el goce efectivo del derecho.

22. Cuando se declare nivel 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 directriz o este Tribunal reanude el trámite que ha sido suspendido.

23. 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.

24. Por último, se resalta que en favor de esta labor se cuenta con la Procuraduría General de Nación, la cual deberá realizar un acompañamiento con enfoque preventivo<sup>372</sup> a las autoridades obligadas en la ejecución de los mandatos, desplegar las actuaciones disciplinarias,<sup>373</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.

#### **Alcance de la orden vigésimo cuarta de la sentencia T-760 de 2008**

25. En la sentencia T-760 de 2008, la Corte señaló fallas de tipo regulatorio, en la observancia de mandatos de carácter legal que debían tenerse en cuenta en las actuaciones de la política pública y carencias en el desarrollo de las funciones de control inspección y vigilancia en cabeza de algunas entidades, entre otras, que afectaban el goce efectivo del derecho a la salud de los residentes en el territorio nacional, y el flujo de recursos al interior del sistema.

26. En dicha providencia planteó que el Estado debía cumplir con ciertas obligaciones para que efectivamente todas las personas accedieran a los servicios de salud:

*“4.1.3. Como se indicó, para que efectivamente toda persona pueda acceder a los servicios de salud, al Estado le corresponde, por mandato constitucional (art. 49, CP.), cumplir las siguientes obligaciones: (i) organizar, (ii) dirigir y (iii) regular la prestación de los servicios de salud; (iv) establecer las políticas para la prestación de los servicios por parte de entidades privadas, y ejercer (v) su vigilancia y (vi) control; (viii) establecer las competencias de la Nación, las Entidades Territoriales y los particulares, y (ix) determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Así pues, es obligación del Estado establecer el Sistema; definir qué entidades y personas lo pueden integrar, y qué labores puede desempeñar cada uno; cómo pueden los particulares participar en la prestación de los servicios y en qué términos; así como también, establecer quiénes*

<sup>372</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”. 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 y se dictan otras disposiciones.

<sup>373</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.

*aportan al Sistema y en qué cantidades, esto es, definir el flujo de recursos del Sistema.*”<sup>374</sup>  
(Negrilla fuera del texto original).

27. En relación con esto último (flujo de recursos), una de las problemáticas identificadas<sup>375</sup> puso en evidencia la necesidad de determinar el valor dinerario requerido para costear la atención integral y universal de cada usuario dentro del SGSSS. Esto, atendiendo al pago que en forma tardía efectuaba el Fosyga a las EPS, de los valores sufragados por la prestación de servicios y tecnologías en salud no presupuestados ni financiados por la UPC, pero requeridos con apremio por los usuarios.

28. Así, estableció la exigencia de que los referidos dineros fueran reintegrados de forma ágil y oportuna, so pena de afectar la sostenibilidad financiera del sector y por ende el acceso a los servicios de salud. Por esto, emitió el mandato vigésimo cuarto en la sentencia estructural y ordenó al MSPS y al administrador fiduciario del Fosyga (en aquel entonces) la adopción de medidas para garantizar dicho fin. Adicionalmente, advirtió que la observancia del mandato dependía del cumplimiento de las órdenes 25 a 27.

29. Resaltó que *“la disponibilidad de los recursos necesarios para asegurar la prestación de los servicios de salud supone la obligación de que tales [...] existan, no se asignen a fines distintos al de asegurar el goce efectivo del derecho a la salud y se destinen a la prestación cumplida y oportuna de los servicios requeridos por las personas”*<sup>376</sup>, lo que deriva en asegurar el adecuado flujo de los dineros hacia los prestadores de los servicios.

30. En efecto, para evitar que los dineros del SGSSS se asignen a fines diferentes al de proteger el goce efectivo del derecho a la salud, la Constitución Política consagró en el artículo 48 que los mismos son de destinación específica<sup>377</sup>. Esta disposición propende porque los recursos no se destinen a otras finalidades y consigna un respaldo positivo de que serán invertidos en la prestación de los servicios requeridos para proteger el verdadero disfrute del derecho.<sup>378</sup>

31. Posteriormente, al evaluar los avances obtenidos en el cumplimiento del mandato referido, a través de auto 263 de 2012, la Sala Especial dio alcance al objeto del mismo y precisó la adopción de medidas para (i) salvaguardar los recursos asignados al sector salud y que tiendan eficazmente a proscribir los actos de corrupción y las prácticas

<sup>374</sup> Sentencia T-760 de 2008.

<sup>375</sup> Cfr. sentencia T-760 de 2008 numeral 2.2.5.1.: *“El adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS depende entonces, del correcto flujo de recursos por parte del Estado para cubrir el pago de los recobros que reglamentariamente sean presentados por las entidades que garantizan la prestación del servicio. En la medida en que tales costos no están presupuestados por el Sistema dentro del monto que recibe la entidad aseguradora de la prestación del servicio de salud por cuenta de cada uno de sus afiliados o beneficiarios (UPC, unidad de pago por capitación), su falta de pago atenta contra la sostenibilidad del sistema, y en tal medida, al acceso a la prestación de los servicios de salud que se requieran con necesidad.”*

<sup>376</sup> Acápites 6.2. de la sentencia T-760 de 2008.

<sup>377</sup> *“Artículo 48. 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.”*  
(Negrilla fuera del texto original).

<sup>378</sup> Cfr. sentencia T-760 de 2008 acápite 6.2.

defraudatorias<sup>379</sup> con la finalidad de optimizar el flujo de recursos y obtener la sostenibilidad financiera, (ii) controlar y recuperar los recursos malversados y dilapidados<sup>380</sup> instando al MSPS a reinvertirlos en la atención en salud de los colombianos (iii) expedir la regulación requerida para conjurar la crítica situación de sobrecostos de precios de medicamentos<sup>381</sup>.

32. Lo expuesto, toda vez que al efectuar la primera valoración de la orden encontró que efectivamente el goce efectivo del derecho a la salud de la población se estaba viendo afectado directamente por el inadecuado flujo de recursos al interior del SGSSS<sup>382</sup>, entre otras cosas, por las irregularidades cometidas en relación con los dineros del sector como las prácticas fraudulentas, la corrupción, la malversación y dilapidación de los mismos.<sup>383</sup>

33. En consecuencia, para determinar el grado de acatamiento del mandato en estudio, no solo se tendrá en cuenta que las medidas implementadas y las acciones desplegadas por las autoridades a cargo se dirijan a garantizar que el procedimiento de recobro por parte de las EPS, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al SGSSS para financiar los servicios de salud al interior del mismo, sino también, que sean acordes a la normatividad vigente.

### **Cumplimiento de los mandatos 25, 26 y 27 de la sentencia estructural que forman parte de la orden global de sostenibilidad financiera.**

34. Debido a que la orden vigésima cuarta proferida en la sentencia T-760 de 2008 estableció que, para dar cumplimiento a dicho mandato deberían adoptarse por lo menos las medidas contenidas en los numerales vigésimo quinto a vigésimo séptimo de la parte resolutive de dicha providencia, se hace necesario aludir brevemente a las razones que dieron lugar a que se impartieran dichas directrices y al estado actual de cumplimiento de cada una de ellas, toda vez que influirán en la valoración final que se haga de la orden global de sostenibilidad financiera.

35. En ese sentido, en dicha providencia se reconoció que las Entidades Promotoras de Salud *“tienen un derecho constitucional al recobro, por concepto de los costos que no estén financiados mediante las unidades de pago por capitación (UPC). Para*

<sup>379</sup> Parte resolutive del auto: *“Cuarto. REQUERIR al Gobierno Nacional – Ministerio de Salud y Protección Social para, que en el término improrrogable de veinte (20) días siguientes a la comunicación de esta providencia, adopte las medidas necesarias para salvaguardar los recursos asignados al sector salud y que tiendan eficazmente a proscribir los actos de corrupción y las prácticas defraudatorias que aquejan el sistema, con la única finalidad de optimizar el flujo de recursos al interior del SGSSS y obtener la sostenibilidad financiera del mismo, para la atención de las necesidades en salud de la población colombiana.”*

<sup>380</sup> Parte resolutive del auto *“Quinto: REQUERIR al Gobierno Nacional – Ministerio de Salud y Protección Social – en conjunto con la Contraloría General de la República para que, en el término improrrogable de veinte (20) días siguientes a la comunicación de esta providencia, adopten las medidas necesarias para controlar y recuperar los recursos malversados y dilapidados en el SGSSS, conminado a reinvertir tales dineros en la atención en salud de los colombianos”.*

<sup>381</sup> Parte resolutive del auto: *“Sexto: ORDENAR al Ministerio de Salud en conjunto con la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, que expidan la regulación requerida para conjurar la crítica situación de sobrecostos de precios de medicamentos POS y No POS por la que atraviesa el SGSSS. Dicha normativa deberá contener disposiciones en relación con el régimen general de seguridad social en salud, así como frente a los regímenes especiales.”* En adelante, cuando la Sala haga referencia al cumplimiento del mandato en estudio deberá tenerse en cuenta que el componente de medicamentos ya fue valorado mediante auto 140 de fecha 26 de marzo de 2019, sobre el cual se hará mención nuevamente al calificar el grado de acatamiento de la orden 24.

<sup>382</sup> Temática central de la orden vigésima cuarta impartida en la sentencia T-760 de 2008.

<sup>383</sup> Cfr. Auto 263 de 2012. Pág. 39. *“Dicho pronunciamiento, en suma, constituyó una voz de alerta ante una realidad innegable: el sistema de salud se está viendo afectado por una serie de investigaciones y de hallazgos que denuncian graves actos de corrupción, que desde diversos ámbitos atentan contra sus recursos”.*

*garantizar el derecho a la salud de los usuarios, el cual depende del flujo oportuno de recursos en el sistema, [por lo que] el procedimiento de recobro debe ser claro, preciso, ágil”.*

36. En relación con este asunto, esta Corporación ha recordado<sup>384</sup> que el derecho al recobro, surge con ocasión de los gastos en que incurren las EPS en la prestación de servicios y tecnologías en salud no cubiertos con la UPC, y no precisamente porque medie la autorización de un juez o un comité<sup>385</sup>.

37. En la sentencia estructural mencionó, como una de las dificultades, la falta de un flujo de recursos que asegurara la prestación de servicios y tecnologías no cubiertas en el plan de beneficios pero autorizados por fallo de tutela o por el CTC<sup>386</sup>, ya que los dineros que recibían las EPS a título de UPC debían destinarse exclusivamente a costear los servicios del Plan Obligatorio de Salud, razón por la cual no existía un mecanismo de financiación para cubrir los servicios en aquel entonces denominados no POS, que una vez prestados por las EPS conducía al recobro de los valores correspondientes a los recursos empleados para ello.

38. En consecuencia, se reiteró que el Estado debe reembolsar los montos gastados por las Entidades Promotoras de Salud por conceptos ajenos al catálogo de servicios POS, hoy PBS, con la finalidad de que se garantice su prestación ininterrumpida, toda vez que el no pago de dichos valores afecta la sostenibilidad financiera de esas entidades y por consiguiente el derecho fundamental a la salud de los afiliados.

### ***Orden vigésima quinta***

39. Como consecuencia de lo descrito, cabe precisar que la Corte impartió este mandato, por cuanto encontró que el administrador de los recursos de la salud glosaba las solicitudes, entre otras, con dos tipos de observaciones, del que se desprende que el MSPS debía inaplicar y levantar automáticamente las causales de glosa<sup>387</sup> denominadas

<sup>384</sup> Sentencia T-760 de 2008. Cfr. auto 186 de 2018.

<sup>385</sup> En su momento se refería al Comité Técnico Científico - CTC.

<sup>386</sup> La Resolución 1328 de 2016 eliminó los Comité Técnico Científicos -CTC-, los cuales fueron reglamentados por la Resolución 3099 de 2008 con la finalidad de “1. *Evaluar, aprobar o desaprobado las prescripciones u órdenes médicas presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, de los medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud por fuera del Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud como en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, manual listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS).* 2. *Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual se elaborarán y suscribirán las respectivas actas.* 3. *Realizar y remitir al Ministerio, informes trimestrales de los casos autorizados y negados.*” La eliminación del CTC comenzó a operar en el régimen contributivo en tanto que el subsidiado podrá ser objeto de asistencia técnica. El Ministerio afirmó que “*la herramienta estará disponible, inicialmente, solo para el régimen contributivo. Para el subsidiado puede ser adoptada por los alcaldes y gobernadores que la quieran implementar.*”

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Lista-la-plataforma-que-pone-fin-a-los-CTC.aspx>.

<sup>387</sup> Glosa: Es la objeción a las reclamaciones presentadas por los prestadores de servicios de salud o personas naturales, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de los formularios, anexos técnicos y sus respectivos soportes. Las reclamaciones pueden glosarse total o parcialmente dependiendo de la causa que originó la glosa. Totalmente, si involucra toda la cuenta e impide la aceptación de los servicios prestados. Parcialmente, cuando la glosa se realiza sobre unos servicios o procedimientos específicos o parte de ellos. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Financiamiento. Coordinación de Atención de Emergencias y Desastres. Documento: reclamaciones por eventos catastróficos y accidentes de tránsito. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. Según el Manual de Auditoría Integral de Recobros por Servicios y Tecnologías en Salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC de 2017, glosa es: “*no conformidad que afecta en forma parcial o total el reconocimiento y pago de un recobro/cobro, por la existencia de un error, una inconsistencia o la ausencia de algunos de los documentos, requisitos o datos previstos en la normativa vigente.*”

“*fallo de tutela*” y “*principio activo en POS*”<sup>388</sup>, las cuales se consideraban un obstáculo para que las entidades recobrantes reclamaran el reembolso de los recursos empleados en la prestación de los servicios y tecnologías en salud no incluidos en el POS, afectando el flujo de recursos al interior de dichas entidades.

40. Toda vez que la Sala verificó que las autoridades responsables removieron efectivamente las glosas y como consecuencia de ello, se generaron los mecanismos para que el Fosyga aceptara y tramitara las solicitudes de recobro rechazadas con dichas causales, se dio por superada la problemática identificada en la sentencia T-760 de 2008, la Corte declaró el nivel de cumplimiento general del mandato mediante auto 186 de 2018 y en consecuencia consideró viable cesar el seguimiento de esta directriz, atendiendo a los parámetros de cumplimiento establecidos a partir del auto 411 de 2015. De este modo, remitió el asunto a la Superintendencia Nacional de Salud para que, en desarrollo de sus competencias, desplegara las actuaciones que considerara necesarias para concluir el proceso de seguimiento y remitiera informe dentro de los tres meses siguientes a la notificación de dicho auto, a la Procuraduría General de la Nación para lo de su competencia.

### ***Orden vigésima sexta***

41. Por otra parte, en la sentencia estructural la Corte dispuso que el entonces Ministerio de la Protección Social y el administrador fiduciario del Fosyga (encargado de administrar los recursos de la salud en esa época), debían diseñar un plan de contingencia para agilizar el trámite de las solicitudes de recobro pendientes de estudio y agilizar la cancelación de los montos de aquellas aprobadas, para lo cual debía establecer las metas, elaborar un cronograma y programar las actividades que desarrollaría para lograr el cumplimiento de este mandato.

Así, dispuso que el plan debería ser presentado antes del 15 de noviembre de 2008 ante el Comité de Verificación creado por el Consejo de Estado y ante la Corte Constitucional y debería ejecutarse en su totalidad antes de marzo 15 de 2009, pero si a esta fecha no se había efectuado el reembolso de al menos el 50% de las solicitudes de recobro atrasadas en el trámite a 31 de septiembre de 2008, operaría un mecanismo de compensación general para dicho 50% y en caso de verificarse que el Fosyga no estaba obligado a realizar determinados reembolsos, se adoptarían las medidas necesarias para compensar esos recursos con la correspondiente EPS.

42. Mediante auto 112 de 2016, la Sala estableció que el Ministerio adoptó medidas adecuadas para el cumplimiento de la orden, como “*levantar algunas glosas, otorgar periodos adicionales de radicación, realizar un proceso de inventario y organizar mesas de trabajo para conciliar la inconformidad por la negación del pago*”. En este sentido, estableció que en virtud de la aplicación de las mismas y de la ejecución del plan de contingencia, se evidenció que “*el trámite y/o pago de los recobros atrasados tuvieron un avance significativo, puesto que, como se mencionó, más del 63% de las entidades que inicialmente alegaban una deuda pendiente informaron que [para ese momento no existían] cifras adeudadas por concepto de recobros, sin desconocer que fue un proceso largo y dispendioso*”.

---

<sup>388</sup> La sentencia T-760 ordenó reembolsar, a partir del 25 de agosto de 2008, los valores diferenciales entre el medicamento por su valor genérico y aquel valor derivado de su marca comercial.

43. No obstante, se demostró que seguía pendiente el trámite de algunas solicitudes y el pago de otras, pero la Sala encontró que solo una de las entidades que alegaban incumplimiento acudió ante los jueces para reivindicar sus derechos. Por lo anterior, la Corte concluyó que el Ministerio de Salud y Protección Social acreditó un nivel de cumplimiento alto y suspendió el seguimiento del mandato de la referencia, recordando que quedaban pendientes por definir algunos aspectos, como “(i) si existen cuentas pendientes por tramitar o por pagar a favor de las 17 EPS referenciadas en el cuadro núm. 2 de la parte considerativa de [ese] proveído; (ii) de ser así, la verificación de las cifras por tales conceptos; y (iii) la forma en que se llevará a cabo el trámite o pago de los recobros cuya deuda eventualmente se acredite, de acuerdo con las consideraciones expuestas en el numeral 5.6.4 de este acápite”.

### **Orden vigésima séptima**

44. Finalmente, en relación con la sostenibilidad financiera del sistema de salud, la Corte advirtió la necesidad de corregir los problemas presentes en la financiación de los servicios y tecnologías en salud no incluidos en el entonces catálogo de beneficios, pero que se requerían con necesidad, profirió la orden vigésima séptima en la que dispuso que el regulador debía modificar o rediseñar el procedimiento de recobro para que el mismo funcionara en condiciones de oportunidad y eficiencia.

45. Lo anterior, al identificar que “al ser las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio (EPS), o incluso las instituciones prestadoras de salud (IPS), las que suelen asumir los costos de la demora de los pagos de los recobros, se genera, además, una presión sobre éstas para dejar de autorizar la prestación de servicios no contemplados en el [entonces] POS”.

46. Sin embargo, al efectuar el primer análisis de cumplimiento del mandato, la Sala encontró que la normatividad invocada por el Ministerio como medida implementada para el acatamiento de la orden, esto es la Resolución 3099 del 19 de agosto de 2008, “no fue expedida en cumplimiento del fallo en mención, toda vez que para esa fecha ni su contenido ni sus órdenes se conocían aún”<sup>389</sup>, y adicionalmente, constató la existencia de una dispersa y numerosa normatividad sobre la materia que le restaba claridad a las disposiciones vigentes.

47. Así, concluyó que las medidas adoptadas no habían “alterado sustancialmente el procedimiento de verificación, control y pago del sistema de recobros, objetivo principal de la orden [...]”<sup>390</sup>, y de este modo, declaró el incumplimiento general de la orden y requirió al regulador para que rediseñara el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro<sup>391</sup>.

48. Posteriormente, en el auto 071 de 2016, al analizar si el Ministerio rediseñó el procedimiento referido de conformidad con los lineamientos establecidos en el auto 263 de 2012, encontró que “al no contar con el parámetro de estructura para el

<sup>389</sup> Auto 263 de 2012 reiterado en el auto 071 de 2016.

<sup>390</sup> Auto 263 de 2012.

<sup>391</sup> Auto 263 de 2012: “**Tercero. ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social que, en el término de tres (03) meses contados a partir de la comunicación de esta providencia, REDISEÑE el Sistema de Verificación, Control y Pago de las Solicitudes de Recobro, mediante la expedición de una norma unificada que subsuma todos los requisitos y trámites del mismo, y que derogue las múltiples regulaciones vigentes sobre la materia, con obligatoria observancia de los lineamientos expuestos en el núm. 3.9. de la parte motiva de la presente providencia, sin perjuicio de los demás criterios que considere necesarios para el cumplimiento de la orden vigésimo séptima de la Sentencia T-760 de 2008.**”<sup>391</sup>

*cumplimiento de la orden, esto es, una medida conducente, se debe concluir automáticamente el proceso de evaluación y declarar el **nivel de cumplimiento bajo**”.* En concreto señaló:

*“En todo caso, al abordar los lineamientos de rediseño no fue posible estudiar resultados en razón a que el Ministerio no los entregó, por ello la escasa información con la que se contaba fue enunciada y tomada como referencia para evidenciar el impacto positivo o negativo de las medidas examinadas, como quiera que el presente proveído se circunscribe a la evaluación del parámetro de estructura, esto es, la Resolución 5395 de 2013, como se explicó.*

*De allí que el grado de cumplimiento que se declara en esta providencia se produce porque la medida se encontró inconducente, empero, si en gracia de discusión se hubiera continuado el análisis hacia los resultados y avances, este hubiese sido infructuoso, debido a que la Sala no cuenta con los datos que acrediten el acatamiento material de todos los parámetros y, por ende, de los elementos propios del mandato sub examine.*

49. Así, concluyó que los reportes entregados por el ente ministerial no reflejaron que las dificultades estructurales que dieron origen a la orden 27 se hubieran superado y menos aún si se mantenía sin modificación alguna la regulación vigente, calificación que se tendrá en cuenta al efectuar la valoración de la orden vigésima cuarta en estudio, sin que ello signifique será valorada en esta oportunidad.

#### **Análisis de las acciones ejecutadas y las medidas implementadas por las autoridades obligadas, dirigidas a acatar la orden vigésima cuarta de la sentencia estructural<sup>392</sup>**

50. Como fue señalado en el acápite de metodología de la valoración, para calificar el nivel de cumplimiento de la orden en estudio, la Sala expondrá y analizará las medidas implementadas por las autoridades obligadas a dar cumplimiento a lo consagrado en el mandato vigésimo cuarto de la sentencia T-760 de 2008 y en los numerales cuarto y quinto de la providencia 263 de 2012 que le dieron alcance, de conformidad con los niveles de cumplimiento establecidos a partir del auto 411 de 2015.

51. La Corte partirá del análisis de las actuaciones reportadas principalmente por el MSPS y la CGR como autoridades a cargo del cumplimiento de la orden vigésima cuarta y del alcance establecido en el auto 263 de 2012, considerando las investigaciones iniciadas por presuntas faltas al interior del sector salud, por las entidades instadas en el numeral séptimo del auto antes mencionado y los conceptos de los peritos constitucionales voluntarios. Además, estudiará los resultados obtenidos en relación con el flujo de recursos para verificar si se presentan avances normativos y si los mismos conllevan a un acatamiento material, con el fin de asegurar la observancia sustancial del mandato y garantizar una real y efectiva protección del derecho fundamental a la salud.

52. Así mismo, se pronunciará respecto de cada una de las medidas implementadas y establecerá si derivaron en resultados que eliminen la falla estructural o conduzcan a su superación. En este sentido, la Sala revisará que las autoridades a cargo hayan:

---

<sup>392</sup> Cabe advertir que, en virtud del principio de la buena fe, esta Sala Especial de Seguimiento tuvo por ciertas las afirmaciones emitidas por las autoridades obligadas y no requirió para ello soportes documentales que respaldaran la información remitida, atendiendo a la magnitud de la orden y el desgaste administrativo que ello podría implicar, toda vez que no fueron desvirtuados por terceros.

(i) Implementado herramientas para salvaguardar los recursos del sector y proscribir los actos de corrupción y las prácticas defraudatorias que aquejan el sistema con la finalidad única de optimizar el flujo de recursos y obtener la sostenibilidad financiera.<sup>393</sup>

(ii) Adoptado las medidas necesarias para controlar, recuperar y reinvertir los recursos malversados y dilapidados en el SGSSS.<sup>394</sup>

(iii) Desplegado acciones dirigidas a lograr que el procedimiento de recobro por parte de las EPS, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al sistema de salud para financiar los servicios de salud al interior del mismo.

53. Previo la realización de esta labor, se evaluará la observancia del plazo otorgado en el numeral noveno de la parte resolutive del auto 263 de 2012<sup>395</sup>, en virtud del cual a las entidades a las que se les impartieron órdenes en dicha providencia debían allegar reportes trimestrales sobre los avances obtenidos respecto del cumplimiento del mandato vigésimo cuarto.

### ***En relación con el cumplimiento formal – entrega de información***

54. La Sala encuentra que el auto 263 fue proferido el 16 de noviembre de 2012 y notificado el 22 del mismo mes, y aun cuando el primer informe trimestral que remitió oportunamente el Director de la Política Pública en Salud data del 11 de enero de 2013<sup>396</sup>, el siguiente, fue recibido 11 meses después<sup>397</sup>. Del mismo modo, se evidencia que el tercero se allegó un año y cuatro meses después el 9 de abril de 2015. Los demás reportes se enviaron en periodos diferentes desatendiendo la orden de entregarlos trimestralmente.<sup>398</sup>

55. El 13 de abril de 2016<sup>399</sup> se envió información desarrollando la problemática planteada en la orden vigésima séptima y no vigésima cuarta que corresponde al mandato en estudio, por lo que no puede considerarse parte de los documentos remitidos en cumplimiento de lo dispuesto por la Corte; los siguientes escritos fueron allegados el 2 de noviembre de 2016<sup>400</sup> y el 27 de febrero de 2018<sup>401</sup>, en respuesta al requerimiento elevado por la Sala mediante auto de fecha 8 de febrero de 2018<sup>402</sup>. En adelante, el Ministerio remitió varios informes, pero en su mayoría en respuesta a los requerimientos o el decreto de pruebas por parte de la Corte.<sup>403</sup>

56. Ahora bien, aun cuando en lo corrido del año 2019 la Corte ha evidenciado mayor participación y colaboración por parte del MSPS en desarrollo de la labor de seguimiento de las órdenes de la sentencia estructural, se concluye de lo expuesto, que el ente

<sup>393</sup> Numeral cuarto de la parte resolutive del auto 263 de 2012 expuesto con anterioridad.

<sup>394</sup> Numeral quinto de la parte resolutive del auto 263 de 2012 expuesto con anterioridad.

<sup>395</sup> “Noveno: *DISPONER* que todas las entidades a las que se les imparten órdenes en esta providencia, deberán *INFORMAR* trimestralmente a la Sala Especial de Seguimiento, los avances y resultados obtenidos en el cumplimiento de las mismas.”

<sup>396</sup> Cfr. AZ I, orden XXIV folios 206 – 394, continúa en AZ J, orden XXIV, folios 1-102.

<sup>397</sup> El 11 de diciembre de esa anualidad. Cfr. AZ K, orden XXIV, folios 1 – 37.

<sup>398</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV folios 291–305.

<sup>399</sup> Cfr. AZ O, orden XXIV folios 390-439.

<sup>400</sup> Cfr. AZ O, Orden XXIV, folios 512-519.

<sup>401</sup> Cfr. AZ P, Orden XXIV, folios 205-262. Fueron archivadas en el expediente dos copias del mismo informe con radicado No. 201811000222731.

<sup>402</sup> Cfr. AZ P, Orden XXIV, folios 205-262. Fueron archivadas en el expediente dos copias del mismo informe con radicado No. 201811000222731.

<sup>403</sup> El contenido de los informes referidos se analiza más adelante.

ministerial no acató cabalmente la orden de enviar reportes trimestrales para exponer las medidas implementadas y las acciones ejecutadas para cumplir con lo ordenado en la sentencia estructural<sup>404</sup>.

57. En relación con la orden séptima del auto 263 de 2012, de las autoridades obligadas, únicamente la Contraloría allegó escrito dentro del primer trimestre después de notificado el auto 263 de 2012 y continuó presentándolos de manera periódica. Posteriormente la Superintendencia de Industria y Comercio remitió su primer informe el 13 de diciembre de 2012 y durante los primeros años siguió enviando documentos de manera periódica, aunque hacia el 2015 la frecuencia de entrega de los mismos disminuyó.

58. La Superintendencia Financiera remitió el primer reporte el 19 de marzo de 2013, la Superintendencia Nacional de Salud el 12 de mayo de 2014 y en la misma anualidad el 9 de mayo la Procuraduría General de la Nación. Además, no entregaron informes de forma periódica<sup>405</sup>, lo que pone en evidencia el incumplimiento de lo dispuesto en el numeral séptimo de la parte resolutive del auto 263 de 2012 por parte de estas entidades.

59. En consecuencia, puede afirmarse que únicamente la Contraloría General de la República cumplió a cabalidad con la obligación de allegar reportes periódicos de conformidad con lo establecido en el auto 263 de 2012 e incluso a la fecha continúa cumpliendo, lo cual facilita la labor de seguimiento que se desarrolla al interior de esta Corporación.

60. Ahora bien, la Sala debe aludir al escrito de fecha 26 de febrero de 2018 mediante el cual la Superintendencia Financiera puso de presente que con ocasión de la entrada en funcionamiento de la Adres a partir del 1 de agosto de 2017 y la supresión del Fosyga, el Consorcio SAYP 2011 que era administrado por la Fiduciaria La Previsora S.A. y por Fiducoldex S.A. culminó sus funciones como administrador fiduciario del Fosyga el 31 de julio de 2017, y entró en proceso de liquidación<sup>406</sup>.

61. Por lo anterior, en el segundo semestre de 2017 entregó los recursos cuya administración tenía a su cargo y solicitó a la Corte que la relevara de la obligación impuesta en los numerales séptimo y noveno del auto 263 del 16 de noviembre de 2012. Atendiendo a que la ejecución de los recobros y las auditorías ahora se encuentran a cargo del Ministerio de Salud<sup>407</sup>, lo que lo convierte en el ordenador del pago y el responsable de auditar los recobros por beneficios extraordinarios de salud radicados ante el Fosyga, la Sala exoneró a la Superintendencia Financiera del deber de seguir remitiendo informes en relación con el cumplimiento de la orden 24.

***Salvaguardar los recursos del sector salud y proscribir eficazmente los actos de corrupción y las prácticas defraudatorias que aquejan el sistema con la finalidad única de optimizar el flujo de recursos y obtener la sostenibilidad financiera***<sup>408</sup>

---

<sup>404</sup> Principalmente respondió a los requerimientos específicos elevados por la Corte descuidando el envío de información periódica.

<sup>405</sup> Como se observa en las fechas de los documentos relacionados en el acápite de antecedentes.

<sup>406</sup> En virtud de lo señalado en el literal II de la Circular Adres número 001 de 2017.

<sup>407</sup> Toda vez que a dicho ente le fueron trasladadas todas las facultades específicas de seguimiento a la gestión de recobro

<sup>408</sup> Numeral cuarto de la parte resolutive del auto 263 de 2012.

62. En relación con esta directriz se expondrán principalmente las medidas y acciones reportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para salvaguardar los recursos del SGSSS<sup>409</sup> que permiten su agrupación en un mismo subtema y con posterioridad todas las demás que fueron informadas o evidenciadas por la Corte.

#### *Bases de datos*

63. En primer lugar, la Sala evidencia que el sistema de información que soporta la salud en Colombia ha evolucionado notoriamente e implementando diferentes componentes en defensa del derecho a la salud de la población.

64. Así, por ejemplo, este sistema de información a cargo del MSPS recoge información de varios campos como el sector salud, pensiones, riesgos profesionales, trabajo, empleo, asistencia social, registro de personas, fallecidos y cotizantes, entre otros. Para ello, se vale de herramientas como el Registro Único de Afiliados (Ruaf), la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (Sismed)<sup>410</sup>, el Sistema de Información Hospitalaria (SIHO), los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)<sup>411</sup> el Sistema de Gestión de Datos (SGD) y la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).

65. En relación con la Base de Datos Única de Afiliados, que es la que contiene la información de los afiliados plenamente identificados, así como de los distintos regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>412</sup>, se encontró que fue implementado un mecanismo de novedades a la afiliación de forma retroactiva para permitir el reconocimiento de la UPC por registro, facilitando a las EPS cumplir con los procedimientos previos para el acceso a los recursos de la UPC, “*generando que las cotizaciones que se [encontraran] en el FOSYGA, por saldos no compensados y registros glosados, fueran reconocidos con base en la identificación previa frente a cada uno de los registros*”<sup>413</sup>.

66. Así mismo, que el Ministerio organizó procesos de depuración de la BDUA a partir de septiembre de 2013, obteniendo como resultado el saneamiento de registros duplicados y la implementación para ello de algoritmos fonéticos, que buscaban detectar y corregir datos imprecisos o incorrectos en una base de datos.

67. También, efectuó la actualización y cruce de bases de datos con la Registraduría Nacional del Estado Civil para la detección de fallecidos no reportados por las ET y las

<sup>409</sup> Cfr. AZ I, orden XXIV, folios 225-228. Informe del 11 de enero de 2013.

<sup>410</sup> “El Ministerio de Salud y Protección Social, implementó en la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) el cubo del Sistema de información de Precios de Medicamentos (SISMED) que permite la consulta de los micro datos del reporte de forma anonimizada a partir de 2007, como un mecanismo adicional para permitir el análisis de esta información. A través de la Mesa de Ayuda de SISMED [soportesimedprecios@minsalud.gov.co](mailto:soportesimedprecios@minsalud.gov.co) podrán solicitar información relacionada con el proceso requerido para obtener acceso a esta información.” <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/medicamentos-regulacion-precios.aspx>.

<sup>411</sup> “Se define como el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la resolución 3374 de 2000 (las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de los profesionales independientes, o de los grupos de práctica profesional, las entidades administradoras de planes de beneficios y los organismos de dirección, vigilancia y control del SGSSS.)” <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/FAQ-RIPS.pdf>.

<sup>412</sup> La cual rige bajo el marco normativo de la Resolución 4622 de 2016 expedida por el MSPS.

<sup>413</sup> El ente ministerial no explicó datos concretos sobre la depuración. Cfr. AZ K, orden XXIV, folio 8. Documento de fecha 11 de diciembre de 2013. MSPS.

EPS<sup>414</sup>, implementó auditorías de la información registrada sobre fallecidos, beneficiarios afiliados con anterioridad a su cotizante o sin este. Así mismo, verificó fechas de nacimiento erradas y cotizantes con más de un cónyuge como beneficiario.<sup>415</sup> En este sentido, se instauraron procesos semanales de actualización de información remitida por las EPS a las ET sobre las nuevas afiliaciones, para que se logaran reportes confiables que sirvieran como soporte para el reconocimiento y pago de UPC.<sup>416</sup>

68. De igual modo encontró avances en relación con la radicación web de recobros dirigida a permitir de forma anticipada al proceso de auditoría, la validación de reglas de negocio y respuesta en tiempo real antes de la radicación de la solicitud, la generación de alertas tempranas, la ratificación automática de la información y el cotejo documental.<sup>417</sup> Con este mecanismo se busca reducir el margen de error y de imprecisión en los documentos y requisitos requeridos para tramitar las solicitudes de recobro por servicios y tecnologías en salud prestados por las EPS que no se encuentran incluidos en el plan de beneficios.

69. De esta manera, se dotó al procedimiento de mayor agilidad en la presentación de las solicitudes de recobro y de capacidad de generar respuesta en línea a las validaciones efectuadas sobre los documentos presentados.<sup>418</sup>

70. No obstante, la Sala observó, con ocasión de los reportes entregados por la Contraloría, que dicha entidad encontró en el cruce de la BDUA a 31 de diciembre de 2012 con la base de datos de fallecidos de la RNEC y una vez depurado el resultado, 47.161 registros de posibles afiliados fallecidos del RS y 42.032 del RC con estado activo,<sup>419</sup> reflejando esto, entre otras cosas, la falta de actualizaciones tempranas y oportunas de las bases.

71. Del mismo modo, observó inconsistencias en la información entregada por las ERP<sup>420</sup> y los prestadores del servicio, debido a que las primeras reportaban cuentas por pagar por montos inferiores a los que tenían registrados los prestadores<sup>421</sup>, con ocasión de lo cual la Contraloría calificó el sistema de información como deficiente respecto al acceso a las bases de datos.<sup>422</sup>

72. También se hallaron reportes de los entes de control en relación con el proceso de giro y compensación, indicando que la BDUA ha presentado inconsistencias y falta de depuración que ha derivado en el deterioro de la calidad y confianza de la información y deficiencias en los controles para asegurar la estructura y consistencia de los datos, lo que afecta los recursos de la UPC, toda vez que el soporte para el giro son los datos contenidos en dicha base<sup>423</sup>.

---

<sup>414</sup> La cartera de salud no expuso datos concretos sobre la depuración (ídem.).

<sup>415</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folio 8.

<sup>416</sup> *Ibidem*, 27.

<sup>417</sup> *Ibidem*, 23.

<sup>418</sup> *Ibidem* 25.

<sup>419</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folios 52-76. La Contraloría recapituló en este informe del 13 de marzo de 2014 las actuaciones desplegadas desde 2010 a diciembre de 2013.

<sup>420</sup> Entidades responsables de pago.

<sup>421</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV, folios 306-327. Contraloría. Información que también fue reportada en el informe de la Superintendencia Nacional de Salud del 30 de abril de 2015.

<sup>422</sup> Cfr. AZ I, orden XXIV, folios 63-167. Contraloría.

<sup>423</sup> Contraloría. Cfr. AZ L, orden XXIV, folios 327-370.

73. Así mismo, la Sala ha encontrado falencias en los reportes y cruces de información entre entidades que deriva en resultados inexactos en relación con diferentes aspectos. Así por ejemplo, se evidenció que en algunos casos la consulta a la BDUA arrojaba un número de afiliados activos en condición de desplazamiento diferente a los datos reportados por el Ministerio, generándose brechas de hasta 12.140 afiliados de una base de datos a otra<sup>424</sup>.

74. En un punto, alcanzó a identificar una diferencia de 86.878 personas, entre la información de afiliados activos en la BDUA y las estadísticas señaladas por el Ministerio, la cual tuvo su explicación en el hecho de no haberse tenido en cuenta para efectuar estos cálculos, la información de la población INPEC, toda vez que no fue suministrada.<sup>425</sup>

75. También observó que un gran número de registros presuntamente repetidos en la BDUA surgieron en algunos casos por el cambio de documento de identidad y que la EPS los reportó como nuevos afiliados. Adicionalmente, los mismos pudieron tener datos errados en relación con la fecha de nacimiento y no haber sido actualizados con la RNEC. De igual manera, se encontró ingreso de afiliados a la base sin la totalidad de sus nombres o sus datos y que a causa de la falta de depuración no permitió en su momento, establecer si consistía en registros repetidos de la misma persona o afiliados distintos cuya información completa no fue ingresada.<sup>426</sup>

76. Por ejemplo, para diciembre 31 de 2012 en el cruce de la BDUA con la base de datos de fallecidos de la RNEC y una vez depurado el resultado, se pusieron en evidencia 47.161 registros de posibles afiliados fallecidos del RS y 42.302 del contributivo, con estado activo<sup>427</sup>.

77. De igual forma, de acuerdo con los datos suministrados por la Adres<sup>428</sup>, que relacionó los reconocimientos de UPC identificados como hallazgo en las auditorías realizadas a los RC y RS, por las causales de “fallecidos” y “pagos de UPC dobles”, éstos últimos adelantados por afiliaciones simultáneas entre ambos regímenes, la Sala pudo establecer que a diciembre de 2018 estas situaciones seguían presentándose, lo que deriva en la necesidad de fortalecer la regularidad y consistencia de la información reportada, entre otras, por la RNEC.

78. En efecto, del reporte de información y la solidez de la BDUA dependen procesos importantes para la sostenibilidad financiera del sistema de salud como el de liquidación de la UPC de los dos regímenes, por ello es relevante mejorar la calidad de los datos entregados por los actores de la salud y así reducir, entre otros, el riesgo de que se efectúen pago sin justa causa.<sup>429</sup>

79. También siguen reportándose inconsistencias en la BDUA frente a los datos básicos de los afiliados que entrega la RNEC y que afectan directamente el cálculo de la

---

<sup>424</sup> *Ibidem*, 332.

<sup>425</sup> *Ibidem*, 332.

<sup>426</sup> *Ibidem*, 327-370.

<sup>427</sup> *Ibidem*, 333.

<sup>428</sup> *Cfr.* AZ Q, orden XXIV, folio 147. Según cita el MSPS en la página 24 del informe de fecha 11 de diciembre de 2018.

<sup>429</sup> AZ R orden XXIV, folio 55. Página 5 del documento de la Adres de marzo 18 de 2019. La Adres también reconoció la importancia de la BDUA en los procesos de liquidación de la Unidad de Pago por Capitación de los dos regímenes y por ello manifestó su interés en la mejora permanente de la calidad de los datos reportados en la referida base como medio para fortalecer el proceso de liquidación y reducir el riesgo de pagos sin justa causa.

UPC y la sostenibilidad financiera del sistema con ocasión de los problemas que representa tener afiliados en RS que presuntamente cuentan con capacidad de pago.<sup>430</sup>

80. Estas inconsistencias en las bases de datos repercuten en la relación entre las EPS y el sistema de salud cuando son requeridas para reembolsar dineros que les fueron pagados equivocadamente con ocasión de información errada reportada sobre los afiliados<sup>431</sup>.

81. Adicionalmente, esta Sala evidencia que continúa el incumplimiento de los obligados a reportar información, toda vez que omiten entregarla, o no lo hacen de forma oportuna o completa, lo que ha derivado en investigaciones administrativas y la imposición de sanciones. Por ejemplo, en documento de fecha 19 de febrero de 2018 la Supersalud relacionó las secretarías de salud de los departamentos que para la vigencia de 2017 no efectuaron el reporte de información diseñado por la SNS en relación con las mesas de saneamiento, razón por la cual no pudo establecer el impacto de la Circular en dichas regiones para ese periodo.<sup>432</sup>

82. Por esta misma línea, muestra de las falencias que siguen teniendo las bases de datos al interior del sistema de salud, es la afiliación de “colados” en el RS, que cuentan con capacidad de pago y sin embargo no cotizan al régimen contributivo, lo cual cuesta al sistema anualmente, aproximadamente 155.420 millones de pesos<sup>433</sup>.

83. Por ejemplo, en el cruce de base de datos realizado con la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), se evidenciaron 176.876 usuarios afiliados al RS con capacidad de pago para aportar mensualmente al RC, de los cuales 74.195 devengaban entre uno y dos salarios; 48.188 entre 1.5 y 3.9 millones de pesos; 31.414 con ingresos entre 3.9 y 7.8 millones y más de 8000 afiliados al RS con ingresos de alrededor de 20 millones de pesos, lo que también pone en duda la eficacia de los controles automáticos y la política de seguridad implementados en el proceso de auditoría para prevenir este tipo de fraudes de manera temprana<sup>434</sup>.

84. Tampoco se evidencia que el SGSSS tenga acceso a una base de datos que contenga información sobre las personas que no se encuentran cubiertas por el sistema de salud.

85. De este modo, a pesar de que a partir de la reforma al sistema de salud introducida con la Ley 100 de 1993 se estableció que el mismo brindaría atención en salud integral en diferentes campos, como el de la información, este objetivo no se ha cumplido

---

<sup>430</sup> La administradora informó que ha notificado a las EPS las presuntas inconsistencias en la información de la BDUA frente a los datos básicos del afiliado reportados por la RNEC y que afectan el cálculo de la UPC. En el mismo sentido, notificó a las ET sobre afiliados beneficiarios de UPC en el RS que incumplen con las metodologías de Sisbén o que presuntamente tienen capacidad de pago (ídem).

<sup>431</sup> Cfr. AZ Q, orden XXIV, folios 344-436. Escrito radicado por Acemi el 11 de mayo de 2018. Expuso que, con ocasión a las auditorías posteriores a los pagos, a las EPS se les ha requerido el reembolso de dineros por inconsistencias con la información del afiliado contenida en la base de datos consultada (BDUA). Al respecto, anotó que ello no debería ocurrir, toda vez que con anterioridad al pago ha sido efectuada una validación de los datos en la misma base por parte del pagador. En este sentido, Acemi indicó que “*si bien podría existir un margen de error explicable en algún problema puntual que se presentó, no debería ser un tema frecuente que [genere] toda una carga operativa para demostrar que el pago sí era correcto*”.

<sup>432</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folio 322 vuelto. Superintendencia Nacional de Salud. Cfr. AZ P orden XXIV, folio 136 vuelto. Folio 186 vuelto. Documento de la Supersalud de fecha 19 de febrero de 2018.

<sup>433</sup> <http://www.eltiempo.com/vida/salud/colados-en-el-regimen-subsidiado-del-sistema-de-salud-247420>. 25 de julio de 2018.

<sup>434</sup> No se aclara en qué fecha (ídem).

plenamente, por cuanto los responsables de reportar lo hacen de manera incompleta, tardía o deficiente o simplemente no cumplen con dicha obligación, los datos no son confiables y no se dispone de los mismos en tiempo real.

86. Adicionalmente, el Gobierno Nacional ha tardado mucho tiempo en integrar adecuadamente sus sistemas de información, especialmente en eliminar las barreras que se generan de la existencia de dos tipos de actores en el sector salud, como son los de carácter público y los privados, ya que estos últimos también manejan sus propias bases de datos.

87. Por lo anterior, la Sala considera que, aun cuando se presentaron avances en relación con este aspecto también se evidenció que todavía existen usuarios afiliados dos veces, colados y fallecidos entre otros aspectos; que el SGSSS no cuenta con una base de datos completa, fiel y actualizada que brinde seguridad, abogue por la sostenibilidad financiera del mismo y permita el cruce de información en tiempo real entre los diferentes actores del sector salud, necesaria para lograr su correcto funcionamiento y un flujo adecuado de recursos.

#### *Procedimiento de recobro por prestación de servicios y tecnologías PBS no UPC*

88. Desde la sentencia T-760 de 2008 la Corte identificó falencias en el trámite de las solicitudes de recobro radicadas por los prestadores de servicios y tecnologías en salud no POS, con ocasión de las cuales se ha hecho necesaria la intervención del Ministerio en relación con el diseño de un procedimiento más ágil y efectivo que permita un oportuno y adecuado flujo de recursos al interior del SGSSS.

89. De acuerdo a lo anterior, en este acápite, se hará alusión a las principales medidas reportadas por el MSPS y que se relacionan directamente con dicho procedimiento.

90. Entre los principales avances encontrados, se halla la unificación normativa del procedimiento de recobro que derivó en la definición de requisitos esenciales que antes no habían sido delineados, la radicación electrónica como se mencionó en el anterior punto y la eliminación legal del trámite ante el CTC que ya no opera en el RC y casi en su totalidad en el RS<sup>435</sup>. También se avanzó en la salvaguarda de los recursos del sistema, ya que con estos ajustes el MSPS controló de mejor manera el proceso de reconocimiento y liquidación de los recursos por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, disminuyendo la interpretación errada de las normas que se derivaban de su proliferación y la aplicación de glosas sin justificación, entre otras cosas.

91. Introdujo *medidas de ajuste al proceso de auditoría de recobros y reclamaciones* dirigidas a garantizar que el reconocimiento de la atención de los servicios no incluidos en los planes de beneficios cumpliera con las condiciones de control, flujo de recursos y sostenibilidad del sistema, a saber:

(i) *Auditoría concurrente a recobros y reclamaciones al Fosyga*: se encontró que el MSPS implementó este tipo de auditorías consistente en visitar las sedes o domicilios de las entidades recobrantes y reclamantes, para revisar los procesos y procedimientos adoptados en la presentación de solicitudes y revisar los soportes documentales de las

---

<sup>435</sup> Con la Resolución 5871 de 2018 se dio plazo a las ET para que el 1 de abril de 2019 implementaran el aplicativo MIPRES, sin embargo, a mayo de 2019, tan solo 26 de 32 ET se encontraban activas. En efecto al primero de agosto entró a operar en Buenaventura faltando su implementación en Antioquia.

cuentas presentadas, con el fin de minimizar el riesgo de tramitar solicitudes contrarias al ordenamiento jurídico<sup>436</sup>.

Se evidenciaron<sup>437</sup> ajustes al proceso de auditoría, partiendo de la Resolución 3099 de 2008 y sus modificaciones, también cambios con la Resolución 3951 de 2016 que retomó la mayor parte de los elementos definidos en un principio en la Resolución 5395 de 2013. La Sala encontró que esta normatividad contiene entre otras, la definición de los requisitos esenciales para demostrar la existencia de la respectiva obligación (de pagar a la EPS lo recobrado), que una vez verificados, permite establecer si procede el reconocimiento y pago de la solicitud de recobro.

Mediante la Resolución 3951 de 2016 la cartera de salud integró los requisitos para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no cubiertas por el PBS, resaltando su importancia en la evaluación técnica, jurídica y financiera, no obstante, no indicó la incidencia de cada uno de ellos en la salvaguarda de los recursos del SGSSS como se solicitó en el requerimiento de fecha 8 de febrero de 2018, lo que no permite identificar el impacto concreto de los cambios introducidos.

Al respecto, cabe destacar que el Ministerio definió las etapas y tiempos expresos en el marco de un proceso de radicación electrónica, ha permitido la retroalimentación en línea y que las entidades recobrantes cuenten con un mecanismo expedito para la presentación de los recobros y haya mayor flujo de recursos. Para garantizar este último reportó la creación del procedimiento de *giro previo de recursos al proceso de auditoría integral*<sup>438</sup>, la *factura sin constancia de cancelación*<sup>439</sup> y los *mecanismos de saneamientos de cuentas*<sup>440</sup>.

(ii) Por otra parte, se encontró que el Ministerio implementó *controles automáticos y la política de seguridad en el proceso de auditoría, con la finalidad de generar alertas tempranas para identificar riesgos*<sup>441</sup>. La Sala evidenció entre otras cosas, que con ocasión de estos controles se evitó el pago indebido en el trámite de solicitudes de recobros en el 2013, de cerca de \$9 mil millones.

(iii) En este mismo sentido, se identificó como una medida para optimizar los recobros, la automatización del proceso<sup>442</sup> que realizan las EPS ante el pagador<sup>443</sup>,

<sup>436</sup> Cabe mencionar que en principio el Ministerio no profundizó en las condiciones en que desarrollaría las auditorías concurrentes a los recobros, los plazos de las mismas y los criterios de selección de las entidades a visitar.

<sup>437</sup> AZ P, orden XXIV, folios 234-262. Documento de fecha 27 de febrero de 2018. Página 3.

<sup>438</sup> Explicado con anterioridad en el pie de página 65.

<sup>439</sup> Consiste en permitir que algunos recobros se presenten sin la constancia de pago de la factura de venta o documento equivalente del respectivo proveedor de la EPS. En principio operó únicamente para los medicamentos entregados de manera ambulatoria y posteriormente a todas las tecnologías en salud no POS suministradas por un conjunto de proveedores identificados por su participación en el total del valor aprobado por concepto de recobros durante un periodo de tiempo determinado. Cfr. AZ P, orden XXIV, folio 211 vuelto. MSPS.

<sup>440</sup> Ley 1797 de 2016 de 2016: “ARTÍCULO 9º. Aclaración de Cuentas y Saneamiento Contable. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y del Contributivo, independientemente de su naturaleza jurídica, el Fosyga o la entidad que haga sus veces y las entidades territoriales, cuando corresponda, deberán depurar y conciliar permanentemente las cuentas por cobrar y por pagar entre ellas, y efectuar el respectivo saneamiento contable de sus estados financieros. (...)”

<sup>441</sup> Como (i) extemporaneidad; (ii) pagos dobles sobre una misma prestación; (iii) identificación de usuarios fallecidos para la fecha de prestación del servicio; (iv) control de precios de medicamentos; (v) glosas ilegibles y; (vi) cruce de información con la Fiscalía (solicitudes que hacen parte de los diferentes procesos penales y cruce de información con la Superintendencia Nacional de Salud sobre recobros en investigación administrativa).

<sup>442</sup> Automatización del proceso de recobros y reclamaciones que realizan las EPS ante el entonces Fosyga.

<sup>443</sup> “KPMG es una red global de firmas que presta servicios de Auditoría, Impuestos y Consultoría”. Se encuentra presente en 154 países a través de 189.0000 colaboradores trabajando alrededor del mundo. <https://home.kpmg.com/co/es/home/about/quienes-somos.html>. KPMG emitió 17 Recomendaciones como la

dirigida a permitir la sistematización y parametrización de reglas y decisiones clínicas y administrativas con la finalidad de tramitar las cuentas de recobro en línea, lo que permite inferir como resultado un flujo de recursos ágil.<sup>444</sup>

(iv) Por esta misma línea, si bien se percibió que el ente ministerial reportó la adopción de una *guía para medir los riesgos estándar* que se presentaran en todos los procesos del entonces Fosyga, explicando que la misma incluiría (i) políticas y métodos para la identificación y valoración del riesgo, (ii) estructura de gobierno, (iii) rol de los líderes de los procesos, supervisores y auditores y (iv) la creación de un comité de riesgos<sup>445</sup>, no señaló los resultados obtenidos con la misma.

92. Por otro lado, la Corporación encontró como mecanismo para controlar el reconocimiento de recobros no admisibles por tratarse de servicios incluidos en el PBS, la actualización del POS (hoy PBS), debido a que la falta de unificación de criterios para interpretar qué se encontraba excluido y qué no, permitía esta clase de recobros. Así, se evidencia que mediante el Acuerdo 28 de 2011 la CRES<sup>446</sup> definió, aclaró y actualizó integralmente el Plan Obligatorio de Salud dando mayor claridad en este tema y posteriormente expidió otros acuerdos y resoluciones con el propósito de orientar la adecuada aplicación de su alcance por parte de las EPS e IPS<sup>447</sup>.

93. Ante esta problemática de interpretación, la Sala halló que el Ministerio diseñó e implementó un mecanismo para *aclarar de manera permanente las divergencias* que se pudieran presentar en la interpretación del alcance del entonces POS en medicamentos, insumos y procedimientos, por medio de la Resolución 4251 del 13 de diciembre de 2012, expedida “*para adoptar el concepto sobre tecnologías cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud y establecer el criterio que deben tener en cuenta los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para efectos de acogerse a dicho mecanismo*”.<sup>448</sup>

94. También actualizó el Manual de Auditoría de las Solicitudes de Recobros adoptando como criterio las definiciones establecidas para evitar el pago de recobros por prestación de servicios incluidos en el POS y reconocidos a través de la UPC.<sup>449</sup>

95. El MSPS fortaleció las auditorías realizadas a los recobros derivados de la entrega de tecnologías en salud no POS mediante la optimización de algunos criterios, aplicables a partir de marzo de 2013 para suprimir requisitos inocuos, concentrándose en la consistencia de la información, los nombres de los usuarios de las tecnologías en salud no incluidas en el POS, la evidencia de la entrega de la tecnología en salud, el pago de

---

identificación del recobro a través de consecutivos asignados por las EPS, carencias en el conocimiento de los estados del recobro que imposibilitan a la administración generar informes referidos a un recobro en un periodo determinado, limitaciones a los usuarios finales en la generación de reportes propios de sus procesos, carencia de información en línea con las bases de datos del sistema, falta de líderes en soporte a usuarios e incidencias en la generación de rótulos en la radicación, procesos de digitalización, tiempos de respuesta a incidentes que impactan la operación normal y malla validadora entre otros.

<sup>444</sup> El MSPS explicó que esta automatización se dirigía a que el médico tratante prescribiera un medicamento no incluido en el PBS y fuera verificado automáticamente el cumplimiento de los criterios previamente establecidos, el suministro del servicio al paciente y la entrega de la información en línea al Fosyga para la comprobación de requisitos de desembolso al proveedor. Cfr. AZ I, orden XXIV, folio 227. Informe del MSPS del 11 de enero de 2013.

<sup>445</sup> *Ibidem*, 228.

<sup>446</sup> Comisión de Regulación en Salud.

<sup>447</sup> *Ibidem*, 229.

<sup>448</sup> *Ibidem*, 229.

<sup>449</sup> *Ídem*.

la factura de venta o documento equivalente, los integrantes del CTC y los reportes al Sistema de Información de Precios de Medicamentos.

*Giro de recursos semanal.*

96. La Sala halló que se redujeron los costos financieros de las EPS al instituir que el giro de recursos fuera semanal, los cuales con anterioridad eran transferidos a partir de la tercera semana de cada mes<sup>450</sup>, lo que obligaba a dichas entidades a solicitar créditos para financiarse y pagar sus obligaciones. Como ejemplo, cabe citar lo expuesto por el ente ministerial, el cual señaló *“que en las liquidaciones de UPC realizadas hasta el 19 de noviembre de 2013, se observ[ó] que las EPS recibieron recursos por el orden del 96% frente a lo que hubiere sido en el primer proceso bajo el esquema anterior, el cual se hubiera presentado al FOSYGA por las EPS hasta el 19 de noviembre de 2013, sin que en esa fecha hubieran recibido recursos de la UPC”*.<sup>451</sup>

Al respecto, vale resaltar que el Ministerio anotó que la liquidación semanal de la UPC permitiría a las EPS tener importantes ahorros con ocasión de la disminución de costos financieros que representaba el no tener que acudir a créditos para cubrir el pago de sus obligaciones. Señaló como ejemplo que *“una EPS que recib[ía] cerca del 20% de la totalidad de ingresos de UPC, [podría] estar ahorrando en costos financieros cerca de \$133 millones mensuales, es decir \$1.600 millones anuales”*.<sup>452</sup>

La Sala reconoce como avance que con posterioridad al auto 263 de 2012 fue expedida la Resolución 1479 de 2015<sup>453</sup>, relacionada con los mecanismos implementados para la prestación de los servicios y tecnologías en salud no incluidas en el POS y los procedimientos para el cobro y pago de dichas prestaciones suministradas a los afiliados del RS, dirigidas a que las EPS de ese régimen no continuaran asumiendo cargas financieras al prestar estos servicios de salud, las cuales no les permiten cumplir con los parámetros establecidos en el Decreto 2702 de 2014<sup>454</sup> y agilizar el flujo oportuno de los recursos hacia los prestadores de servicios de salud, a través de la modificación del procedimiento de verificación, control y pago.

Mediante el referido acto administrativo se eliminó *“en gran proporción la figura de recobro para estas tecnologías y se asumió como regla general la figura de cobro, es decir, que las EPS dejan de asumir el pago de estas tecnologías y ahora es la ET la que directamente reconoce los valores al prestador.”*<sup>455</sup>

Cabe mencionar que liquidar de manera semanal la UPC representó un fortalecimiento para la situación financiera de las entidades promotoras de salud, toda vez que se redujeron las solicitudes de créditos para cubrir la prestación de los servicios de salud a cargo<sup>456</sup>, obtuvieron un mayor flujo de recursos y disminuyeron los costos operativos<sup>457</sup>. Sin embargo, se observa que la solicitud de créditos siguió teniendo lugar al interior del SGSSS, bajo el argumento de las EPS de que se trata de una de las formas en como

<sup>450</sup> Esta modificación entró a operar a partir del 1 de octubre de 2013.

<sup>451</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folio 8. MSPS.

<sup>452</sup> *Ibíd.*, 9.

<sup>453</sup> *“Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado.”*

<sup>454</sup> *“Por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud y se dictan otras disposiciones.”*

<sup>455</sup> Cfr. AZ-P, orden XXIV, folio 232. Página 53 del documento de fecha 27 de febrero de 2018.

<sup>456</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folio 9. Documento del MSPS de fecha 11 de diciembre de 2013.

<sup>457</sup> *Ídem.*

dichas entidades se refinancian para cumplir con la prestación de servicios de salud no incluidos en el PBS ante la falta de recursos para girar a tiempo los valores correspondientes a las EPS.

97. Adicionalmente, en las respuestas remitidas por las EPS con ocasión del auto de fecha 29 de octubre de 2018<sup>458</sup>, se puso en evidencia que algunas entidades siguen empleando recursos propios o acudiendo a préstamos para cumplir con la prestación de los servicios de salud y otras incluso, no recuperaron el 100% de esos dineros.

Ahora bien, esta Sala no soslaya que el actual PND consagró en el artículo 240 que la Adres entregará a las EPS la administración de los dineros dirigidos a cubrir los costos de los servicios y tecnologías en salud PBS no UPC, no obstante, debido a su reciente promulgación y falta de reglamentación e implementación, se desconoce el impacto que tendrá esta medida en el flujo adecuado de los recursos al interior del sistema. Por lo mismo, cabe advertir que dicha reglamentación deberá atender a lo dispuesto por la Ley Estatutaria en Salud y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, de manera que las EPS no puedan faltar a su obligación de prestar los servicios en salud de manera oportuna eficiente y con calidad en todo el territorio nacional, bajo el argumento de que los recursos girados no son suficientes.

98. Pese a los controles automáticos y las políticas de seguridad implementadas al interior de los procesos de auditoría, se evidenció una reiterada radicación de solicitudes de recobros relacionadas con la prestación de servicios a usuarios fallecidos o con doble afiliación, radicaciones extemporáneas, pagos dobles e incluso defraudaciones al sistema por parte de usuarios con capacidad de pago en el RS<sup>459</sup>.

99. En efecto, continúan las prácticas defraudatorias al interior del SGSSS<sup>460</sup> como lo puso de presente la Fiscalía mediante la descripción de procesos por enriquecimiento ilícito; recobros realizados al entonces Fosyga de facturas que no se habían pagado y donde los cheques fueron anulados; “por parafiscales”; recobros y solicitudes de pago de UPC con datos de personas afiliadas en el Magisterio Nacional, Policía Nacional y Fuerzas Militares; doble afiliación de personas que se encuentran en regímenes especiales; por “IPS de papel”; recobros con enmendaduras; por servicios que no se prestaron a tiempo y el paciente falleció y; fallos de tutela falsos, entre otros<sup>461</sup>.

100. También las actividades irregulares con los recursos de la salud con ocasión de la actividad de intermediación que se presenta en beneficio propio por parte de las EPS y/o de sus accionistas y entidades vinculadas; en el manejo poco transparente en formación de precios de servicios de la salud generándose integraciones verticales y prácticas contrarias a la libre competencia; en la recuperación de recursos públicos del sistema<sup>462</sup>;

---

<sup>458</sup> En el que se pidió a las EPS responder las preguntas descritas en el acápite I de antecedentes de esta providencia.

<sup>459</sup> Cfr. AZ I, orden XXIV, folios 63-167. Informe de la Contraloría de fecha 13 de diciembre de 2012.

<sup>460</sup> En un estudio efectuado por la firma auditora KPMG (<https://www.dinero.com/pais/articulo/transparencia-en-los-sistemas-de-salud-del-mundo-kpmg/247073>) se reveló recientemente que los países con mayores niveles de transparencia son Suecia, Dinamarca y Finlandia al tener más del 70% de esta, y que el promedio de transparencia de los países analizados es del 55%, lo que muestra una cifra bastante baja en la que aún no entra Colombia.

Afirmó el gerente de la compañía en Colombia, que lo primero que debe asumir el país y reconocer, es que la corrupción “es un fenómeno sociopolítico identificado en las encuestas de transparencia y sentido por el público en general”, y que debe crearse una política pública de transparencia dirigida a identificar prácticas fraudulentas para aplicar correctivos. (ver cuadro relacionado en <https://www.dinero.com/pais/articulo/transparencia-en-los-sistemas-de-salud-del-mundo-kpmg/247073>).

<sup>461</sup> Cfr. AZ M, orden XXIV, folios 1-83.

<sup>462</sup> Sentencia C-655 de 2003; SU-480 de 1997; C-577 de 1997; T-569 de 1999 y C-179 de 1999.

en la administración de los dineros de la salud por las EPS que consideran que son de su propiedad y que pueden disponer libremente de ellos<sup>463</sup>.

101. De igual forma, siguen presentándose actividades fraudulentas al interior de los hospitales mediante la presentación de facturas y autorizaciones falsas dirigidas a la ejecución de cobros engañosos ante el administrador de los dineros del sistema de salud. Así por ejemplo, en enero de 2018 fue descubierta una red de corrupción que durante los últimos 3 años logró realizar 307 cobros irregulares que representaron al SGSSS 3.000 millones de pesos.<sup>464</sup>

102. Persisten los cobros por servicios no prestados y los contratos de adquisición de equipos básicos que nunca fueron entregados. Al respecto, cabe mencionar como ejemplo que la Fiscalía investigó un contrato en el departamento del Meta entre la ESE Solución Salud y la Firma Global Environment and Health Solutions por 37.142 millones de pesos que al parecer nunca llegaron a su destino, es decir, al SGSSS.<sup>465</sup>

103. Se evidenció una “*gran actividad de intermediación de recursos*” muchas veces en beneficio propio de las EPS y/o de sus accionistas y entidades vinculadas. Las EPS no han cumplido con su objeto social exclusivo y el régimen de inversiones restrictivo<sup>466</sup>, trasladando el riesgo financiero a la entidad administradora de los recursos y el riesgo de la atención en salud a las IPS con las que contratan, según indicó, de manera indebida en un esquema conocido como “*capitación*”.<sup>467</sup>

104. Así mismo el “*manejo poco transparente en formación de precios de servicios de la salud [lo que permite] una especie de integración vertical y prácticas que podrían estar en contravía de la libre competencia*”. Aunado a esto, reconoció que la UPC ha sufrido toda clase de “*manipulaciones y distorsiones*” y no tiene su función propia de prima o precio del aseguramiento ya que corresponde a una “*actualización ficticia que está basada en costos inflados*”<sup>468</sup>.

105. También subsiste la práctica irregular de las EPS de registrar dos veces un mismo gasto de administración.<sup>469</sup>

106. Según la Contraloría a 2015 seguían presentándose indagaciones por corrupción, algunas con ocasión de denuncias de ciudadanos en relación con los siguientes hechos:<sup>470</sup>

- “*Desvío de los recursos parafiscales de la Salud para fines distintos a la prestación del servicio. Inversión de dichos recursos en infraestructura, arrendamiento de nuevas sedes, participaciones en empresas, y en otros activos que incrementaron ostensiblemente su patrimonio, todo ello en territorio nacional y en el exterior.*”

<sup>463</sup> CGR.

<sup>464</sup> <http://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/formas-en-que-se-roban-la-plata-de-la-salud-en-colombia-175982>.

<sup>465</sup> *Ibidem*.

<sup>466</sup> Además, porque han incurrido en prácticas como operaciones de préstamo, leasing e inversión que han sido financiadas con los ingresos derivados de UPC, aportes, cuotas moderadoras, pagos compartidos, copagos, tarifas deducibles o bonificaciones u otros recursos parafiscales que son cobrados a los afiliados.

<sup>467</sup> *Cfr.* AZ I, orden XXIV, folio 65. CGR.

<sup>468</sup> Señaló que la Superintendencia de Industria y comercio (SIC) encontró y sancionó una actividad coludida para elevar el costo de la UPC (*informe motivado con radicación No. 09-021413 “Investigación por prácticas comerciales restrictivas desplegadas por algunas EPS agremiadas en ACEMI” y la Resolución 46111 de 2011 “Por la cual se imponen unas sanciones”*). *Cfr.* AZ I, orden XXIV, folio 65. CGR.

<sup>469</sup> *Cfr.* AZ J, orden XXIV, folios 316-326. Documento de 7 de octubre de 2013 remitido por la CGR.

<sup>470</sup> *Cfr.* AZ N, orden XXIV, folios 247 y 248. Informe de la Contraloría de 2 de marzo de 2015.

- *Contratación de Cooperativas de Trabajo Asociado que al parecer realizaban una intermediación laboral prohibida, así como el pago de demandas laborales de trabajadores de dichas Cooperativas de Trabajo Asociado.*
- *Presunto desvío de recursos parafiscales de la salud para fines distintos a la prestación del servicio., a través de presunta Intermediación, sin aporte de la EPS al procedimiento médico asistencial.*
- *Presunto desvío de recursos parafiscales de la salud para fines distintos a la prestación del servicio, como pago de asesorías.*
- *Se pagaron con cargo al Fosyga por concepto de factores de coagulación VIII y IX, recursos que no debieron salir del sistema por cuanto estaban incluidos en el POS. Debieron ser pagados por las EPS.*
- *Sobrecostos en medicamentos de alto costo. Se está investigando por los precios de los 21 medicamentos de alto costo más recobrados al Fosyga.*
- *Se realizaron pagos equivocados de recobros por medicamentos, servicios y prestaciones no incluidos en el POS autorizados por CTC, del régimen subsidiado que debieron ser recobrados a las Entidades Territoriales y no al FOSYGA.*
- *Recobros glosados por el Consorcio Fidufosyga levantados irregularmente en mesas de trabajo.*
- *Pagos a IPS por hechos no cubiertos por la subcuenta ECAT.*
- *Irregularidades en recobros de medicamentos, para determinar sobrecostos.*
- *Recobros glosados por el Consorcio Fidufosyga levantados irregularmente en mesas de trabajo.*
- *Irregularidades en el alquiler de equipos biomédicos.*
- *Abandono de activos en sótanos y parqueaderos de diferentes clínicas del país.*
- *Inversiones en el exterior.”*

107. Así mismo, otros actores del SGSSS siguen denunciando la falta de actuación por parte del Gobierno Nacional en relación con la investigación y sanción de empresas que realizan afiliaciones irregulares al sistema de salud, fraudes en incapacidades y prestaciones económicas (adulteraciones o invenciones de los documentos relacionados con incapacidades) y venta o destinación indebida de insumos y/o medicamentos entregados por las EPS a los usuarios.<sup>471</sup>

108. De igual forma, la Sala encontró que a la fecha no existen mecanismos conducentes para prevenir que los recursos de la UPC sean destinados a cubrir servicios PBS no UPC y que persiste la preocupación en relación con la destinación de estos dineros para sufragar las deudas generadas por los mismos <sup>472</sup>.

109. De igual modo, halló en materia de recobros que las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional, no han disminuido la cantidad de los mismos<sup>473</sup>, lo que pone en riesgo el flujo de recursos y la sostenibilidad financiera. Así, por ejemplo, los pasivos de las EPS mostraron una tendencia creciente para los años 2010 a 2013 y el patrimonio de las EPS en dichas vigencias disminuyó, lo que respondió a la absorción de pérdidas de estas entidades.

110. Lo anterior, conduce a concluir la necesidad de mayores controles sobre los dineros entregados a las regiones del país para cubrir la prestación de los servicios de salud, evitando de manera efectiva la malversación de los mismos, toda vez que persiste el recobro de servicios que no fueron prestados, la falsa contratación de personal en

<sup>471</sup> Concepto solicitado en providencia de 24 de abril respecto de los informes requeridos el 8 de febrero de 2018 a diferentes entidades. AZ P orden XXIV, folios 344-429. Escrito radicado el 11 de mayo de 2018. Acemi.

<sup>472</sup> *Ibidem*, 347.

<sup>473</sup> Cfr. AZ L, orden XXIV, folio 288. Superintendencia Nacional de Salud.

hospitales, la suscripción de contratos para suministrar uniformes a los médicos que en realidad no son entregados, entre otras actuaciones delictivas expuestas por la Contraloría y la Fiscalía que desangran al SGSSS.

111. Esto pone de presente las deficiencias de los controles automáticos y de la política de seguridad en el proceso de auditoría, de igual forma en las bases de datos como se mencionó con anterioridad y el cruce de información entre entidades.

112. En relación con la automatización del proceso de recobro, el MSPS explicó que esta se dirigía a que el médico tratante prescribiera un medicamento no incluido en el PBS y fuera verificado automáticamente el cumplimiento de los criterios previamente establecidos, el suministro del servicio al paciente y la entrega de la información en línea al Fosyga para la comprobación de requisitos de desembolso al proveedor.

113. No obstante, si bien el Ministerio no se refirió en su momento a un mecanismo en particular, la Sala considera que el proceso explicado coincide con el diseño e implementación del Mipres<sup>474</sup>.

114. Cabe resaltar que el ente ministerial profirió la Resolución 2438 de 2018 por medio de la cual estableció el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del RS y servicios complementarios e indicó que esperaba que a diciembre de 2018 dicha normatividad entrara a regir en la totalidad del territorio nacional, sin embargo, por su reciente entrada en funcionamiento no pueden verificarse resultados para evaluar objetivamente su aplicación en el RS ni un análisis completo de su implementación.<sup>475</sup>

115. En concreto, sobre la implementación de la herramienta tecnológica de prescripción para el RS de tecnologías en salud no cubiertas por el PBS, atendiendo a que la misma requiere el desarrollo de capacidades técnicas, administrativas y financieras en las ET, en febrero de 2018 el Ministerio explicó que se estaba elaborando un acto administrativo dirigido a contemplar los requisitos para el acceso al aplicativo de prescripción, teniendo en cuenta que dicho procedimiento es en línea y en tiempo real, motivo por el cual debía garantizarse la conectividad de los prestadores, proveedores, EPS y la entidad territorial.

116. Un año después, la Corte encontró que ante esta problemática, en el RS no se había implementado un mecanismo de prescripción adecuado y adicionalmente que el Gobierno seguía señalando que ello se debía al respeto de la autonomía de las ET, lo cual afecta directamente la prestación de los servicios de salud a la población, el flujo de recursos y la sostenibilidad financiera del SGSSS, razón por la que eran necesarias directrices para que las ET efectivamente contribuyeran al mejoramiento de los procesos al interior del RS.

117. Respecto de Mipres, cabe resaltar que su implementación a nivel nacional fue tardía, toda vez que la fecha en la que debía implementarse en todo el territorio era el 1 de enero de 2019, pero en diciembre del 2018 se profirió la Resolución 5871 mediante

---

<sup>474</sup> Cfr. AZ I, orden XXIV folio 227. Informe del 11 de enero de 2013.

<sup>475</sup> Página 14 del documento remitido por el Ministerio de Salud el 12 de julio de 2018. Cfr. AZ – P orden XXIV. Esta resolución fue expedida en cumplimiento de la orden vigésima tercera, por lo cual se desarrollará en la valoración de dicho mandato, lo cual no es óbice para que más adelante cuando se obtengan resultados de su implementación, se haga mención a los aspectos que tocan directamente con la orden vigésimo cuarta y vigésima séptima.

la cual modificó dicho plazo indicado en la Resolución 2438, para establecer la activación de las entidades territoriales en el aplicativo MIPRES tendría como límite el 1 de abril de 2019.

118. Posteriormente<sup>476</sup>, el MSPS reportó que el Mipres se hallaba funcionando para 34 de 37 ET y que se esperaba que en la segunda semana de julio de 2019 se encontrara activo en todas ellas. A la fecha, se encuentra activo en todo el territorio nacional, no obstante, la reciente implementación no permite estudiar los avances en la materia ni los resultados arrojados por la medida.

119. En lo atinente a la aclaración de divergencias recurrentes que se puedan presentar en la interpretación del contenido del PBS, vale mencionar que siguen teniendo lugar confusiones entre los usuarios del SGSSS<sup>477</sup>. Así, la Sala observa que, a la fecha de la presente valoración, se halla vigente un listado de servicios y tecnologías cubiertas con cargo a la UPC, pero se ha dejado a cargo de la Adres o los Entes Territoriales la financiación de lo que no se encuentra mencionado en este, pero sí está cubierto por el PBS, lo cual debe ser prescrito a través de Mipres. En efecto, los entes de control siguen informando entre sus hallazgos, recobros al sistema por parte de las EPS, de servicios, tratamientos o prestaciones cubiertas por el PBS con cargo a la UPC<sup>478</sup>.

#### *Flujo de recursos*

120. Por otra parte, en relación con el flujo de recursos se evidenció que el Ministerio de Salud implementó el *giro previo* a la auditoría integral de las solicitudes de recobros y el giro directo<sup>479</sup> a los proveedores de tecnologías en salud “no POS”, junto con el saneamiento de cuentas por recobros.<sup>480</sup>

121. Fue diseñado con la finalidad de garantizar el flujo de recursos al interior del SGSSS<sup>481</sup>. En un inicio se consagró que se entregaría el 30% del valor de las solicitudes de recobro presentadas que se giraba directamente a las EPS. Posteriormente dicho porcentaje fue sustituido por uno variable que se calculaba de acuerdo con el valor total de los recobros radicados, considerando la glosa promedio, una desviación estándar y la información de cada EPS<sup>482</sup>. Luego se señaló que del monto autorizado mínimo el 50% debía girarse a favor de las IPS.<sup>483</sup>

---

<sup>476</sup> Documento de 26 de junio de 2018 del MSPS.

<sup>477</sup> Sentencia SU 124 de 2018.

<sup>478</sup> Cfr. AZ I, orden XXIV folio 72. Informe de la Contraloría número 86110 del 13 de diciembre de 2012, mediante el cual reportó recobros de servicios y tecnologías incluidos en el entonces POS.

<sup>479</sup> [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace\\_MinSalud\\_24.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace_MinSalud_24.pdf).

<sup>480</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV folio 27. Documento de fecha 11 de diciembre de 2013. Página 25. También mencionó las medidas con posterioridad.

<sup>481</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV folio 211. Documento de fecha 27 de febrero de 2018.

<sup>482</sup> Resolución 5395 de 2013, artículo 37.

<sup>483</sup> Cfr. Resolución 5395 de 2013 “Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones”. Cfr. En materia de reclamaciones la Resolución 849 de 2019 “Por la cual se Establecen los Criterios y la metodología con sujeción a los cuales la Adres podrá realizar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud giros previos a surtir la auditoría integral de las reclamaciones que le sean presentadas”. Ahora las IPS podrán acceder a giros previos por atención de accidentes, eventos catastróficos o actos terroristas.

122. A través del Decreto 971 de 2011<sup>484</sup> se estableció el *giro directo*<sup>485</sup> a las EPS e IPS de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado. De este modo, se busca evitar que el dinero pase por las entidades territoriales, agilizar el flujo de recursos hacia las IPS y garantizar la continuidad en la prestación de los servicios y tecnologías en salud a los usuarios del SGSSS.

123. Vale mencionar, que de conformidad con el artículo 7° del referido estatuto, el MSPS generará la liquidación mensual de afiliados con base en la información suministrada por las EPS y validada por las entidades territoriales de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). La liquidación mensual de afiliados determina el número de afiliados por los que se liquida la UPC y el monto a girar a cada EPS por fuente de financiación para cada ET.

124. El ente ministerial indicó que de este modo obtuvo control unificado de la información para el reconocimiento de las UPC a las EPS, “*así como la conformación de una base de datos única sobre los pagos realizados a las EPS por concepto de afiliados al régimen subsidiado.*”<sup>486</sup>

125. En relación con esta medida, se han girado alrededor de 9.3 billones de pesos, y un 71% de ese valor, es decir \$6.6 billones, se pagó directamente a la red prestadora de servicios y tecnologías con cobertura en el PBS con cargo a la UPC, beneficiándose 625 prestadores “*de los cuales aproximadamente el 90% son Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS*”<sup>487</sup>.

126. Por otro lado, se encontró que, debido a que no todas las cuentas son objeto de aprobación en la auditoría integral, se han realizado procesos de *saneamiento de cuentas*, para lo cual se adelanta una revisión de los valores no aprobados efectuando el cruce de información reportada por las EPS con la contenida en las bases de datos de recobros, de donde surgen diferencias que permiten corregir las cuentas y sanear las mismas. De este modo las entidades recobrantes han obtenido el reconocimiento y pago de los recobros que en el pasado no les fueron aprobados en el proceso de auditoría integral<sup>488</sup>.

127. En relación con esta medida, durante la vigencia de 2016, la Supersalud acompañó a las secretarías departamentales y distritales de salud en el desarrollo de 23 mesas de saneamiento de cartera convocadas por 14 departamentos, con el propósito de verificar el cumplimiento de las obligaciones de cada actor en la depuración de cartera y la formulación de acuerdos de pago en procura de un mejor flujo de recursos para las IPS<sup>489</sup>, lo que pone en evidencia que la medida implementada por el Ministerio fue ejecutada. Para esa época se reportaron alrededor de 4145 acuerdos de pago por un monto equivalente a \$409.405.011.591.

---

<sup>484</sup> “*Por medio del cual se define el instrumento a través del cual el Ministerio de la Protección Social girará los recursos del RS a las entidades promotoras de salud, se establecen medidas para agilizar el flujo de recursos entre EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones*”. Ver también Resolución 2320 de 2011 por medio se estableció el mecanismo mediante el cual las IPS deben reportar la información de las cuentas bancarias al MSPS y la obligación de las EPS de reportar el monto a girar a los prestadores de su red.

<sup>485</sup> <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/AlcancesdelDecretoDegirodirectoflujom%C3%A1s%C3%A1gilderecursosparaEPSehospitales.aspx>.

<sup>486</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV folio 26. Documento de fecha 11 de diciembre de 2013. Página 24.

<sup>487</sup> Resultado de la medida desde el año 2011 hasta el 31 de diciembre de 2017. Cfr. AZ P, orden XXIV, folio 211. Escrito del MSPS del 27 de febrero de 2018.

<sup>488</sup> *Ibidem*, 211 vuelto.

<sup>489</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 132-189. Documento de fecha 19 de febrero de 2018 de la Supersalud.

128. La Sala evidenció que el saneamiento de cuentas mejoró el “*flujo de recursos al SGSSS por valor de \$989 mil millones, por tanto, el giro de los recursos se efectuó directamente a favor de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud*” y que a las entidades reclamantes les fueron reconocidos y pagados los recobros que en el pasado no les habían sido aprobados en el proceso de auditoría integral, “*por lo que correspondió a un saneamiento de cuentas, que impactó en la sostenibilidad financiera del sistema, por tanto, se dispusieron recursos adicionales al sector.*”<sup>490</sup>

129. Por otro lado, el ente ministerial diseñó un proceso<sup>491</sup> para adelantar las actividades tendientes a determinar si dentro de los recursos aprobados por el entonces Fosyga, algunos habían sido apropiados o reconocidos sin justa causa<sup>492</sup>, fijando así el procedimiento para *reintegro de recursos pagados injustificadamente*.

130. Este mecanismo sirvió para identificar recobros duplicados, pagos dobles, tecnologías en salud incluidas en el PBS, licencias de maternidad y de paternidad, incapacidades por enfermedad general, valores máximos de medicamentos, porcentaje de pago de fallos de tutela, actas de CTC ordenando tecnologías para usuarios del régimen subsidiado, regímenes de excepción y especiales, con el propósito de establecer si alguno fue objeto de aprobación contraviniendo los requisitos y generando de esta forma apropiación de recursos sin justa causa.<sup>493</sup>

131. Ahora, en relación con el flujo de recursos, la Sala encontró que los entes de control siguen adelantando investigaciones por el presunto desconocimiento del compromiso de girar oportunamente a las IPS las obligaciones causadas por actividades o medicamentos. Al respecto, la Superintendencia de Salud concluyó que de la información financiera reportada en cumplimiento de la Circular Única emitida por esa entidad, los investigados presuntamente tienen cuentas por pagar con mora mayor a 30, 60 y 90 días, con la red prestadora de servicios de salud.<sup>494</sup>

132. Finalmente, cabe resaltar la valiosa labor de *conciliación de cuentas* en la cual interviene la Supersalud, que ha sido reportada en los informes sobre las jornadas masivas de conciliación, la cantidad de solicitudes de conciliación radicadas, acuerdos suscritos y los montos de los mismos principalmente, no obstante, algunos actores del sistema de salud han manifestado que su situación financiera los ha conducido a aceptar pagos de porcentajes de la deuda total para mejorar el flujo de caja<sup>495</sup> pero que afectan su sostenibilidad financiera. También han reportado que el impacto de la depuración y conciliación permanente de las cuentas no ha sido positivo por cuanto no se han logrado depuraciones efectivas<sup>496</sup>.

133. Ahora bien, aun cuando la Sala reconoce la labor del Ministerio y las entidades que ejercen vigilancia y control, concretadas en la expedición de medidas que han influido notoriamente en el mejoramiento de los procesos al interior del sistema de salud, encuentra por ejemplo, que la herramienta de *giro previo* a la auditoría, aun cuando mejoró el flujo de recursos al interior del sector, fue eficiente durante el tiempo en que la Adres como administradora de los recursos del sector salud contó con el presupuesto

---

<sup>490</sup> AZ-P orden XXIV, folios 240 vuelto- 241 vuelto. Documento de fecha 27 de febrero de 2018. MSPS.

<sup>491</sup> Resolución 3361 de 2013.

<sup>492</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folios 1-37. Documento del MSPS de fecha 11 de diciembre de 2013.

<sup>493</sup> Ídem.

<sup>494</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folio 318 vuelto. Documento remitido por la Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>495</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 198-200. Acasi.

<sup>496</sup> Respuesta obtenida del documento radicado por Gestarsalud el 11 de diciembre de 2018. Página 18.

suficiente para pagar los montos correspondientes a tiempo. En este sentido, aunque se trata de un mecanismo efectivo, indefectiblemente requiere de la disponibilidad del dinero para cubrir estas operaciones<sup>497</sup>.

134. En efecto, la medida de giro previo a la auditoría integral busca dotar al sistema de salud de mayor flujo de recursos al desembolsar de manera anticipada a dicho proceso el 50% de los montos recobrados, sin embargo, se evidenció que además de la falta de disponibilidad presupuestal, se ha visto afectada por otros inconvenientes como la transición entre los Contratos 043 de 2013<sup>498</sup> y 080 de 2018<sup>499</sup> y los problemas de la Unión Temporal Auditores de Salud<sup>500</sup> para ejecutar el contrato 080 de 2018.

El tránsito entre firmas auditoras ha perjudicado directamente a los actores del sector salud, IPS y EPS, que, si bien pueden haber recibido el pago anticipado de un porcentaje recobrado en virtud de esta medida, a mayo de 2019 tan solo habían obtenido pagos por solicitudes auditadas, correspondientes al paquete del primer trimestre de 2018, lo que deriva en que a la fecha existe más de un año de atraso en la aprobación y cancelación de dineros recobrados en los periodos siguientes.

135. En efecto, en mayo de 2019 la Unión temporal encargada se encontraba auditando las solicitudes de recobro pertenecientes al mes de abril de 2018, en relación con las cuales las EPS no habían recibido el pago restante.<sup>501</sup> También se encontró que el monto pendiente de cancelación de los mismos correspondía a 1.5 billones, lo que pone en evidencia las fallas en el plazo establecido para ejecutarse la medida<sup>502</sup>.

136. Respecto de las herramientas expuestas, cabe mencionar que es ineficiente una medida que adelante un porcentaje del valor total recobrado en procura de un mejor flujo de recursos, si los mismos no son pagados a tiempo y si los montos restantes tampoco se cancelan dentro de los plazos establecidos en la ley. Al respecto, la Sala ha recibido reportes que ponen de presente que en el 2018 el giro previo se demoró en promedio 4 días más que el término legal<sup>503</sup>, aproximadamente un 50% de retraso, con una demora máxima de 10 días en agosto, y en el último año el pago del excedente se retrasó en promedio 5 meses, esto es, cinco veces el plazo máximo autorizado.<sup>504</sup>

137. En este sentido, aun cuando la herramienta es conducente para lograr un flujo oportuno y adecuado de recursos, porque buscó desde su expedición reducir de 97 a 10 días el tiempo promedio para que los dineros administrados por la Nación llegaran a los prestadores, los términos reportados en la ejecución de la misma ponen en evidencia que

<sup>497</sup> Afirmación respaldada por diferentes peritos constitucionales.

<sup>498</sup> Contrato de Consultoría suscrito el 10 de diciembre de 2013, entre la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y la Unión Temporal Fosyga 2014. Información allegada mediante documento de fecha 22 de mayo de 2019. Radicado 000002704800.

<sup>499</sup> Contrato de Consultoría suscrito el 12 de julio de 2018, entre la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - Adres y la Unión Temporal Auditores de Salud. Información allegada mediante documento de fecha 22 de mayo de 2019. Radicado 000002704800.

<sup>500</sup> En adelante Unión Temporal, UT.

<sup>501</sup> Cfr. AZ R, orden XXIV, folios 1-23. Documento de la Adres de fecha

<sup>502</sup> Cfr. AZ Q, orden XXIV, folios 78-94. Audiencia. Acemi. Documento del 11 de diciembre de 2018.

<sup>503</sup> “Artículo 65. Giro previo de recursos al proceso de auditoría integral de los recobros/cobros. La ADRES efectuará a más tardar el octavo (8) día hábil siguiente al vencimiento del periodo de radicación mensual, giros previos a la auditoría integral a favor de las entidades recobrantes de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios. Los cálculos de este valor, se realizarán teniendo en cuenta la información correspondiente a cada entidad recobrante. conforme con la metodología que para el efecto defina la Dirección de

Otras Prestaciones de la ADRES”.

<sup>504</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folio 255. Concepto de Acemi del 11 de mayo de 2018. Pág. 12 del documento.

existen falencias que generan retrasos y constituyen una barrera en el cumplimiento de la orden vigésima cuarta<sup>505</sup>.

138. En relación con esta medida, se observó que la Supersalud desarrolló investigaciones contra EPS por incumplimiento de este mecanismo respecto del pago de los montos girados a favor de los prestadores de servicios de salud<sup>506</sup>, lo que deja al descubierto fallas en el mismo y la falta de controles para que las entidades promotoras de salud efectúen el pago oportuno a las IPS<sup>507</sup>.

139. Respecto al *saneamiento de cuentas*, cabe aclarar que con anterioridad a la expedición del Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018, el Ministerio manifestó haber planteado al Congreso “*la definición de herramientas encaminadas a que, se implementara un mecanismo de saneamiento de cuentas por recobros y reclamaciones que se soportara en la verificación de los requisitos esenciales de la obligación*”<sup>508</sup>.

140. Por esta misma línea, el legislador estableció en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 una herramienta excepcional encaminada al reconocimiento y pago de recobros que resultaron glosados por no cumplir con la totalidad de las condiciones requeridas, siempre y cuando no hubiere operado el fenómeno de la caducidad de la acción legal que correspondiera, estableciendo como requisitos exigibles para su reconocimiento y pago únicamente los esenciales.

141. No obstante, aunque dicho mecanismo fue reglamentado por el Ministerio mediante la Resolución 4244 de 2015<sup>509</sup>, la Sala halló que la dinámica de *los recobros* continuó en crecimiento<sup>510</sup> y con ella el incremento de la cartera a favor de las EPS por este factor. Así mismo, en lo que tiene que ver con el presupuesto de la Adres de la vigencia de 2018<sup>511</sup>, encontró que el mismo no cubre las obligaciones en salud y que la deuda por servicios no incluidos en el PBS aumenta año tras año en ambos regímenes, toda vez que el presupuesto del sector no destina un porcentaje exclusivo para saldar la totalidad de dicha cartera, lo que se espera cambie con la implementación y desarrollo del acuerdo de punto final.

142. En cuanto a las elevadas sumas adeudadas por el sector salud a los prestadores de servicios y tecnologías en el RS del SGSSS, se observa la existencia de una voluminosa *cartera a favor* de las EPS en relación con las ET, que no efectúan los trámites necesarios para garantizar dicho flujo, reduciendo notoriamente los dineros destinados a cubrir la prestación de servicios POS<sup>512</sup> e impidiendo un eficiente flujo de recursos al interior del SGSSS.<sup>513</sup>

---

<sup>505</sup><https://www.minsalud.gov.co/Paginas/AlcancesdelDecretodegirodirectoflujom%C3%A1s%C3%A1gilderecursosparaEPSehospitales.aspx>.

<sup>506</sup> Literal d del artículo 13 de la Ley 1122 de 2011, artículo 6 de la resolución 2320 de 2011 y Circular Externa 14 de 2015.

<sup>507</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 132-189. Documento de fecha 19 de febrero de 2018 de la Supersalud. Folio 143 vuelto.

<sup>508</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV. Folio 241. MSPS.

<sup>509</sup> Por la cual se establecen los términos, formatos y requisitos para el reconocimiento y pago de los recobros y las reclamaciones en virtud de lo dispuesto en el literal c del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015.

<sup>510</sup> <https://www.elespectador.com/noticias/salud/recobros-por-medicamentos-un-fenomeno-imparable-encolombia-articulo-873266>.

<sup>511</sup> Acemi aludió a este mismo punto en escrito radicado el 11 de mayo de 2018. Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 344-429.

<sup>512</sup> Comunicación radicada el 24 de mayo de 2018 por Gestarsalud. El texto se refiere a los servicios POS.

<sup>513</sup> Cfr. AZ Q, orden XXIV, folios 344-429. Escrito radicado por Acemi el 11 de mayo de 2018.

143. Al respecto, es pertinente mencionar que los actores del sector salud han manifestado que la cuantiosa cartera hospitalaria (en ambos regímenes), pone en evidencia la crítica situación del flujo de recursos al interior del SGSSS. De un reporte de 163 IPS, a 31 de diciembre de 2017 se registró una deuda de \$ 8.5 billones aproximadamente y la concentración de cartera en mora (mayor a 60 días) es del 60.8%.<sup>514</sup>

144. En relación con este asunto, la Sala considera que la eliminación de la figura del recobro para efectuar pagos directos que incidan positivamente en el flujo de recursos al interior del SGSSS podría ser una solución a esta crítica situación, para lo cual deberá esperar la reglamentación del artículo 240 del PND como se mencionó con anterioridad<sup>515</sup>, atendiendo a que esta directriz dispuso que los servicios y tecnologías en salud no sufragados con los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS, las cuales los financiarán con cargo al presupuesto máximo que les transfiera para ello la Adres.

145. Sobre la cartera que adeuda el sector salud, se solicitó al Ministerio información sobre el monto al que asciende la *deuda existente* con ocasión de servicios de salud prestados en el RS<sup>516</sup> y no financiados con dineros de la UPC, ante lo cual indicó que no tiene registro de los pagos realizados por las ET por este concepto, toda vez que los datos presentados por los departamentos y distritos en virtud de lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 solo aluden a la facturación radicada y no al resultado de auditoría y pago, lo que no permite evidenciar realmente el estado de los montos adeudados a los prestadores de servicios de salud por los años 2016, 2017 y lo corrido del 2018, como precisaba la Corte, lo que pone en evidencia nuevamente problemas de control sobre los procedimientos ejecutados por las ET y la información reportada por las mismas y las EPS.

146. En efecto, el Ministerio indicó en el 2018 que los recursos para cubrir las necesidades de salud de los colombianos de esa vigencia no eran suficientes para financiar la UPC de ambos regímenes ni los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el PBS, por lo que esperaba que el faltante de 2 billones de pesos fuera cubierto por el Ministerio de Hacienda que se había comprometido a resolver dicha situación<sup>517</sup>, el cual fue apropiado para la vigencia de 2019.

147. Por otra parte, cabe advertir que las cifras que presentan diferentes actores del sector salud no coinciden entre sí, lo que preocupa a la Corte, porque ello no permite

---

<sup>514</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 437-447. Concepto radicado el 17 de mayo de 2018 por la ACHC. Respaldado por Acemi.

<sup>515</sup> Al respecto también hace alusión Acemi en escrito radicado el 11 de mayo de 2018. “*La jurisprudencia ha señalado que los conceptos incluidos en el POS deben ser suministrados de manera ineludible, en razón a que es el médico tratante quien los ordena con base en la valoración médica que ha hecho previamente a su paciente, es decir, que dicho estudio permite al galeno establecer qué tecnología en salud es más eficaz e idónea para prevenir, diagnosticar, tratar, rehabilitar o paliar su enfermedad, de tal suerte que si la promotora de salud niega la prescripción médica realizada, está vulnerando el derecho fundamental a la salud de los afiliados. La Corte ha sostenido que no es constitucionalmente válido que se niegue la prestación de cualquier tecnología en salud que se encuentre incluida en el Plan de Beneficios y haya sido formulada por el médico tratante, ya que tal accionar pone en riesgo la vida e integridad de la persona, máxime cuando el servicio ya se encuentra financiado por la UPC.*” Cfr. sentencia C-313 de 2015.

<sup>516</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 205-262. Fueron archivadas en el expediente dos copias del mismo informe con radicado No. 201811000222731.

<sup>517</sup> Página 8 del documento remitido por el MSPS el 12 de julio de 2018. Cfr. AZ P, orden XXIV. Al respecto, recalco que esa entidad en ningún momento ha manifestado que los recursos que financian la UPC deban destinarse a pagar lo no cubierto por el PBS, por lo cual estos recursos no pueden ser destinados al pago de servicios y tecnologías no especificadas en la norma, “*dado que las mismas no cuentan con el correspondiente cálculo que garantice la suficiencia de la UPC, recordando que para ello existen otras fuentes de financiación*”.

identificar la real situación financiera en la que se encuentra el SGSSS. Como ejemplo, cabe citar que la Supersalud en informe que cubría el periodo de julio a septiembre de 2017 describió el estado de cuentas por cobrar y de cuentas por pagar entre las Entidades Responsables de Pago y las Entidades Beneficiarias de Pago (tanto de naturaleza pública como privada) y, ello permitió evidenciar que efectivamente mientras las primeras reportaban cuentas por pagar por valor de \$18.038.599,7 millones, las segundas registraban cuentas por cobrar por la suma de \$35.974.869,1 millones.<sup>518</sup>

148. Otro ejemplo de esto<sup>519</sup> recae en que algunas entidades del Gobierno reportan que las clínicas y hospitales han tenido utilidades en la prestación de los servicios de salud (por valor de 2 billones de pesos en el 2016)<sup>520</sup>; mientras la ACHC entregó balances en los que expone que el sistema le adeuda a estos últimos, alrededor de \$8,5 billones y por ello la mayoría de sus activos son cuentas por cobrar<sup>521</sup> y una clara evidencia de que los recursos no fluyen en debida forma.

149. Del mismo modo, los medios de comunicación<sup>522</sup> reportan que a los actores del sector se les debe a la fecha \$15,2 billones y que las ET y el SGSSS tienen cuentas por pagar a las EPS de ambos regímenes por valor de \$6.2 billones.

150. La falta de unidad en la información reportada, no solo impide que se apropie el presupuesto adecuado para cancelar las cuentas pendientes en el sector salud, sino que retrasa la puesta en marcha del acuerdo de punto final introducido en la Ley 1955 de 2019 que contiene el PND 2018-2022<sup>523</sup>, establecido con la finalidad de contribuir a la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante el saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del RC. En efecto, no es posible que se paguen las deudas del SGSSS si se desconoce el monto total que se debe a los actores del RC.

151. De igual modo sucede con el RS respecto del acuerdo de punto final que de igual manera lo acoge, en relación con el cual la Sala también evidencia que la información que manejan los actores del mismo no coincide y ello dificultará la ejecución de los planes de saneamiento de deudas en su interior.

152. Por esta misma línea, cabe recordar que, aun cuando el 23 de julio de 2019 tuvo lugar el acto protocolario de inicio de los pagos del acuerdo de punto final, como iniciativa que busca saldar las deudas acumuladas durante años en el SGSSS, se evidenció que su ejecución comenzó con el pago 514 mil millones de pesos que la EPS Caprecom -hoy liquidada- debía a 1.361 IPS y hospitales públicos de todo el país, en su mayoría adeudados por la prestación de tecnologías y servicios en salud por fuera del PBS, por tratarse de una deuda clara y establecida tiempo atrás, pero frente a los demás actores pareciera desconocerse los valores verdaderamente adeudados y ello no permite al día de hoy, concretar los montos que se requieren para saldar esta cartera del sector salud.

---

<sup>518</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folios 132-189. Informe del 19 de febrero de 2018 de la SNS.

<sup>519</sup> <https://www.dinero.com/edicion-impres/pais/articulo/cifras-de-supersalud-sobre-gremio-de-hospitalesyclinicas/253344> .

<sup>520</sup> Aunque no aclaran si se trata de una cartera pendiente de cobrar.

<sup>521</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folio 442. Documento de fecha 17 de mayo de 2018.

<sup>522</sup> <https://www.larepublica.co/economia/crisis-financiera-del-sistema-del-sector-salud-2709330> .

<sup>523</sup> Artículo 237.

153. En efecto, cuando el Ministerio alude al pago de estas deudas, señala que podrían estar entre los 5 y 7 billones de pesos, lo que pone en evidencia el desconocimiento por parte de la cartera de salud, de los verdaderos montos adeudados y recursos requeridos para cubrirlos.<sup>524</sup>

154. De todas maneras, como el acuerdo de punto final se encuentra en desarrollo, su ejecución aún no ha arrojado resultados que permitan a la Sala pronunciarse de fondo al respecto, no obstante, es consciente del impacto que el mismo puede tener y estará atenta a efectuar su pronta evaluación.

155. En este sentido, deberá esperarse a que las normas referidas sean reglamentadas y su aplicación arroje resultados definitivos que permitan erradicar de raíz la problemática que representa para el SGSSS el actual procedimiento de recobros.

156. En consecuencia, lo descrito refleja que aun cuando el Gobierno ha garantizado un mayor flujo de recursos e intentado conseguir la sostenibilidad financiera del SGSSS<sup>525</sup>, las dificultades que se presentan en la fuente de estos dineros, en su distribución, en el flujo de estos entre las entidades involucradas y en el uso de ellos, siguen afectando al SGSSS.<sup>526</sup>

#### *Otras medidas*

157. Además de las medidas referidas, el MSPS también diseñó otras dirigidas a reducir las prácticas irregulares al interior del SGSSS y mejorar el flujo de recursos.

158. *Articulación de acciones con organismos y entidades de investigación y control.* Se evidenció que en aras de erradicar la corrupción y la malversación de recursos, el MSPS llevó a cabo reuniones con organismos como la Dirección de Investigación Criminal<sup>527</sup> y la Supersalud, con el fin de evaluar y valorar el esquema de trabajo conjunto. Así, por ejemplo, con la primera entidad articuló actividades dirigidas a recolectar información sobre presuntos actos de corrupción al interior del SGSSS.

159. Por otro lado, el ente ministerial adoptó *medidas para la transparencia y lucha contra la corrupción*<sup>528</sup> en conjunto con la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, como el proyecto de “*fortalecimiento institucional de la capacidad colombiana para aumentar la integridad y transparencia*”, dirigido a contribuir con la prevención y lucha contra la corrupción en Colombia, especialmente a la implementación y monitoreo del Estatuto Anticorrupción.<sup>529</sup> Sin embargo, no se informaron los resultados alcanzados.

160. A parte de los temas expuestos<sup>530</sup>, se halló que para salvaguardar los recursos del SGSSS, desde mayo de 2012 las cotizaciones en salud comenzaron a recaudarse por el

---

<sup>524</sup> <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Acuerdo-de-Punto-Final-medida-para-mejores-servicios-de-salud-presid-ente-Duque.aspx>.

<sup>525</sup> Cfr. AZ L, orden XXIV, folios 194.

<sup>526</sup> Cfr. AZ L, orden XXIV, folios 188-227. La procuraduría también se refirió al tema en estos términos. Documento de 9 de mayo de 2014.

<sup>527</sup> DIJIN.

<sup>528</sup> Cfr. AZ I, orden XXIV, folio 231.

<sup>529</sup> Ley 1474 de junio de 2011.

<sup>530</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folios 1-37. Documento de fecha 11 de diciembre de 2013 del MSPS.

mecanismo de la PILA<sup>531</sup> y no de forma directa por las EPS.

161. Ahora, si bien es cierto que con la creación de la PILA se facilitó, entre otras cosas, el pago de todos los servicios de la seguridad social a las empresas y a los trabajadores independientes al agruparlos en uno solo y eliminar la multiplicidad de transacciones para este fin, reduciendo a su vez la elusión y la evasión fiscal, no lo es menos que en el 2018 con ocasión de esta herramienta siguieron registrándose quejas por parte de los usuarios, alusivas a las dificultades en su uso, especialmente a la hora de efectuar el pago de la afiliación a través de medios virtuales, por cuanto la plataforma en muchas ocasiones no se encontraba operando o se presentaban problemas con la conexión a internet, convirtiéndose en un obstáculo para efectuar el pago de los aportes a la seguridad social.<sup>532</sup>

162. En relación con las referidas *prácticas de evasión y elusión* en el pago de las cotizaciones a que por ley se encuentran obligados los particulares directamente o a través de sus empleadores, vale mencionar que con la Ley 1151 de 2007 se creó la UGPP adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para que se hiciera cargo de la determinación y cobro de las obligaciones asociadas a las contribuciones parafiscales de la protección social, en este sentido, se estableció entre sus funciones adelantar tareas de seguimiento, colaboración y determinación de la adecuada, completa y oportuna liquidación y pago de los referidos aportes.

163. Con ocasión de la labor de la UGPP, se observa que en el 2016, en relación con la evasión en el sector salud en el pago de aportes al Sistema de Protección Social<sup>533</sup>, se encontraron, entre otras cosas, 500 mil trabajadores omisos; 10 mil aportantes que usaron el CREE como mecanismo de evasión en el pago de las contribuciones a salud; Sena e ICBF; 94.849 cotizantes posiblemente trabajadores de alto riesgo sin el pago del 10% adicional en pensión y; que todas las agremiadoras a nivel nacional y 137 comunidades religiosas presentaron indicios de evasión con sus afiliados desde 2013 hasta 2015.

164. También se llevaron a cabo *jornadas de sensibilización* por la UGPP en el 2017 y se desplegaron acciones persuasivas al respecto. Sobre las actuaciones de fiscalización la Sala encontró que fueron recaudados 94 mil millones de pesos producto de los pagos que realizan los aportantes durante el proceso de fiscalización (desde la etapa del requerimiento de información hasta la liquidación oficial en firme) y de 120 mil millones de pesos en las distintas etapas de cobro. De igual forma, que hubo disminución en la evasión al SPS desde el 2012 en el que registró un 27.7%, toda vez que en el 2016 esta se posicionó en un estimado de 7 billones de pesos anuales equivalente a una tasa de evasión del 12.3% .<sup>534</sup>

165. Por lo anterior, la Sala reconoce la importante labor realizada por la UGPP sobre la calidad de las fuentes de información y los pagos realizados luego de los trámites persuasivos, que al parecer han disminuido el número de aportantes y cotizantes con

---

<sup>531</sup> “La Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) es una ventanilla virtual que permite el pago integrado de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales en la cual los aportantes reportan la información para cada uno de los subsistemas en los que el cotizante está obligado a aportar. Es responsabilidad del aportante suministrar la información para la liquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.” <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx> .

<sup>532</sup> <http://www.portafolio.co/mis-finanzas/problemas-en-pago-de-salud-para-trabajadores-independientes-503894> .

<sup>533</sup> SPS.

<sup>534</sup> Informe de la UGPP del 6 de marzo de 2018 con radicado No. 201815000712241. Cfr. AZ P, orden XXIV, folio 265. Pág. 3 del documento.

indicios de evasión<sup>535</sup>, no obstante, se evidencia que continúan estas prácticas, como en efecto ha ocurrido al identificar alrededor de 176.876 “colados” en RS cuando deberían encontrarse cotizando al SGSSS por tener capacidad de pago para ello<sup>536</sup>.

**Adoptar las medidas necesarias para controlar, recuperar y reinvertir los recursos malversados y dilapidados en el SGSSS.**

166. Respecto al numeral quinto del auto 263 de 2012, mediante el cual esta Corporación solicitó al MSPS que en conjunto con la Contraloría General de la República, “*en el término improrrogable de veinte (20) días siguientes a la comunicación de [esa] providencia, [adoptara] las medidas necesarias para controlar y recuperar los recursos malversados y dilapidados en el SGSSS, conminado a reinvertir tales dineros en la atención en salud de los colombianos*”, la Sala Especial de Seguimiento encontró que en el informe de fecha 11 de enero de 2013<sup>537</sup> remitido por el ente ministerial, se aludió por primera vez a las medidas que implementó en cumplimiento de la orden impartida.

167. De igual manera, se observa que la CGR también cumplió con la orden impartida en el numeral quinto antes referido, mediante la remisión de informe de fecha 13 de diciembre de 2012 en el que efectivamente expuso sobre la responsabilidad de la entidad en la materia, las actuaciones desplegadas, las consideraciones relevantes frente al SGSSS, los procesos adelantados, los casos relevantes y la recuperación de recursos por esa entidad, los hallazgos históricos de auditoría efectuados y las conclusiones del tema.

*Procedimiento administrativo de reintegro de recursos*

168. En concreto, una medida implementada desde el 2002 para la recuperación de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa al interior del SGSSS, se estableció en el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002<sup>538</sup>, de conformidad con el cual el Fosyga o la entidad a cargo de los recursos del sistema de salud, que detectara apropiación sin justa causa de recursos del sector salud, que puede afectar el flujo de caja, debía solicitar las aclaraciones respectivas o su reintegro a la entidad involucrada.

169. Actualmente, esta medida se encuentra contenida en la Resolución 1716 de 2019 mediante la cual se estableció el procedimiento de reintegro de los recursos del SGSSS apropiados o reconocidos sin justa causa.

170. En concreto, la Adres realiza auditoría sobre los resultados de los procesos de compensación, LMA, y de la auditoría integral de recobros, tendientes a evitar apropiaciones o reconocimientos sin justa causa, que tienen origen en el dinamismo de las bases de datos y novedades presentadas por las EPS y ET, que son el insumo principal de este proceso<sup>539</sup>.

171. De este modo, cuando se identifican presuntas apropiaciones o reconocimientos

<sup>535</sup> A principios de 2016 se identificaron 1.010.395 aportantes con 7.887.056 cotizantes con indicios de evasión y al cierre del año la cifra se redujo a 789 226 aportantes con 4.158.031 cotizantes. AZ P, orden XXIV, folio 215. MSPS.

<sup>536</sup> “Entre ellos, 6.096 [...] que ganan más de 19 millones de pesos y siguen afiliados al subsidiado”. <http://www.el tiempo.com/vida/salud/colados-en-el-regimen-subsidiado-del-sistema-de-salud-247420>.

<sup>537</sup> Cfr. AZ I, orden XXIV, folios 232 – 236.

<sup>538</sup> “Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”. Modificada por la Ley 1949 de 2019.

<sup>539</sup> Documento de fecha 28 de junio de 2019 de la Adres. Pág. 9. AZ U, orden XXIV, folios 105-111.

injustificados, tiene lugar el procedimiento administrativo de reintegro de recursos del sector salud creado por el Legislador en el artículo antes referido y modificado recientemente por el artículo 7 de la Ley 1949 de 2019<sup>540</sup>.

172. Si la situación no se aclara en el tiempo indicado, informará con las pruebas que correspondan a la SNS, que a su vez ordenará el reintegro inmediato de los recursos y adelantará las acciones que considere pertinentes.<sup>541</sup>

173. La primera etapa de este proceso se desarrolla entre los participantes en el flujo de caja -hoy la Adres y el destinatario de los recursos- y la segunda, corresponde a la orden de reintegro de los recursos que emite la Supersalud, cuando la situación no sea subsanada o aclarada en el plazo indicado.<sup>542</sup>

174. Sobre el procedimiento de reintegro, se ha señalado que la primera de las dos etapas en la que se surte el mismo ha presentado problemas, por cuanto las EPS se esfuerzan para explicar al Fosyga -hoy Adres- el fundamento de apropiación de los recursos, y sin embargo, en muchas ocasiones sin analizar los casos, dicha entidad simplemente los remite ante la Superintendencia de Salud para que defina la situación.<sup>543</sup>

*Causales de reintegro de recursos pagados sin justa causa con ocasión de solicitudes de recobro por tecnologías en salud PBS NO UPC*

175. Entre otras, se encuentran las siguientes como causales objeto de reintegro de recursos en este campo<sup>544</sup>:

a. *“Base de Datos Única de Afiliados (BDUA): corresponde a la verificación si el usuario no estaba afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la entidad recobrante para la fecha de prestación del servicio, el régimen al que pertenece y la correspondencia de la identificación del mismo.*

b. *Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC): consiste en establecer si el usuario había fallecido para la fecha de prestación del servicio.*

c. *Duplicados: se basa en la verificación de los soportes físicos de aquellos recobros en los que existe coincidencia en diferentes variables para establecer si se trata de duplicados o que se hayan realizado dos o más pagos sobre una misma prestación.*

d. *Tecnologías en salud incluidas en el plan de beneficios: se constata si para la fecha de prestación del servicio, el medicamento, actividad, intervención, insumo, dispositivo, procedimiento o sistema organizativo y de soporte con el que se presta la atención en salud está*

<sup>540</sup> “Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones”.

<sup>541</sup> Documento de fecha 28 de junio de 2019 de la Adres. Pág. 9.

<sup>542</sup> Ídem.

<sup>543</sup> Al respecto Acemi anotó: “Por su parte, la Supersalud ha considerado de manera reiterada, que su función se limita a realizar el cobro de los recursos presuntamente apropiados sin justa causa, sin aceptar ningún tipo de explicación sobre la debida apropiación. De esta manera, el esfuerzo que realiza la EPS para justificar la apropiación resulta en muchas ocasiones frustrado, a pesar de que los recursos hayan sido apropiados con justa causa.” Acemi anotó que lo descrito podría vulnerar durante esta segunda etapa, el derecho al debido proceso y los derechos de contradicción y defensa. Documento radicado el 11 de mayo de 2018 por Acemi. Pág. 9 del escrito de 11 de diciembre de 2018 de Acemi. No se reportaron casos concretos o cifras que permitan efectuar un análisis de fondo de esta situación, no obstante, se tendré en cuenta para indagar al respecto.

<sup>544</sup> Vale aclarar que el MSPS habla de causales de reintegro de recursos pagados sin justa causa con ocasión de solicitudes de recobro por tecnologías en salud no incluidas, autorizadas por el CTC u ordenadas por fallo de tutela, cuando a la fecha de presentación del informe se suponía que los CTC han sido eliminados. Documento de 28 de febrero de 2018 del MSPS. Folio 249.

*incluido en el plan de beneficios vigente para esa fecha.*

e. *Licencias de maternidad y de paternidad, incapacidades por enfermedad general: consiste en verificar si existen pagos de recobros por estos conceptos sin que medie orden judicial.*

f. *Valores máximos de medicamentos: corresponde a la validación de si existen recobros pagados por un mayor valor al establecido en las normas de regulación de precios vigentes para la fecha de prestación del servicio.*

g. *Porcentaje de pago de fallos de tutela: se verifica la correcta aplicación de los porcentajes para pago según norma vigente u orden judicial.*

h. *CTC Subsidiado: se valida si existen pagos de recobros de prestaciones de salud autorizadas por Comité Técnico Científico en el régimen subsidiado, dado que la Adres no reconoce recobros de usuarios del régimen subsidiado sin que exista orden judicial.*

i. *Regímenes de excepción y especiales: Consiste en verificar recobros pagados a usuarios del régimen de excepción sin que exista una orden judicial.*

j. *Demás casos que correspondan”.*

176. En relación con las causales descritas, si bien la Sala reconoce la ardua tarea del MSPS por identificar los puntos en que pueden generarse pagos injustificados y hacer seguimiento a los mismos, preocupa que la CGR y la Fiscalía sigan reportando investigaciones con ocasión de presuntos actos de corrupción fundamentados en dichas causales.

La Corte encuentra que, en gran parte, estas situaciones se presentan por la tardía y deficiente calidad de la información reportada por las entidades obligadas a ello y que el cruce de información no se haga en tiempo real para impedir, entre otras, el cobro de servicios por usuarios fallecidos o afiliados que cambiaron de régimen, como se mencionó con anterioridad.

#### *Investigaciones por presuntas apropiaciones o pagos sin justa causa*

177. Durante el 2011 el Gobierno Nacional en conjunto con la FGN y la CGR denunciaron presuntos actos de corrupción en el proceso de recobros, dando lugar a investigaciones penales y fiscales en las cuales el MSPS ejerció la debida representación legal con el objetivo de lograr la recuperación económica derivada de la eventual responsabilidad penal de los autores de los actos defraudatorios y la cual se evidencia ha continuado ejerciendo<sup>545</sup>.

178. 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<sup>546</sup>.

179. La Unidad de Investigaciones Especiales Contra la Corrupción de la Contraloría adelantó actuaciones por altas cuantías en diferentes periodos. Como muestra de esto, la

<sup>545</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV, folios 291-305. MSPS.

<sup>546</sup> Audiencia pública del 6 de diciembre de 2018. Adres.

Sala halló que entre el mes de junio de 2012 y el 15 de julio de 2013 se ejecutaron 18 actuaciones en cuantía aproximada de \$3.304.854.519.542, correspondientes a hechos denunciados por la ciudadanía así como resultado de la facultad de vigilancia fiscal, relacionados con el manejo irregular de los recursos parafiscales del SGSSS,<sup>547</sup> lo que afecta el flujo de recursos al interior del sistema.

180. A pesar del transcurso del tiempo y de la implementación de medidas para controlar y salvaguardar los recursos de la salud, estas cifras no han disminuido, si se observa el período de octubre de 2016 a marzo de 2017, se reportó el adelanto de 834 procesos de responsabilidad fiscal relacionados con hechos que afectaron a los recursos de la salud en cuantía inicial estimada de \$5.438.854.176.238, de los cuales señaló que fueron recuperados \$4.372.200.732, cifra que no alcanza a ser si quiera el 1% del valor global y contrario a lo esperado, los montos involucrados han venido aumentando.<sup>548</sup>

181. En el mismo sentido, para el período de octubre a diciembre de 2017, se evidenciaron 124 indagaciones preliminares sobre presuntos detrimentos patrimoniales a los recursos de la salud en una cuantía inicial de \$261.793.563.150,85 y, 713 procesos de responsabilidad fiscal relacionados con hechos que afectaron los dineros del sector en un valor inicial estimado de \$5.105.725.302.165,58 en dicho periodo, respecto del cual la CGR reportó que se presentó una recuperación de \$871.115.307,00 con ocasión de los mismos.

182. Si bien en estos procesos se contó con la participación activa del MSPS mediante su representante legal, de la Fiscalía y la Contraloría como entes investigadores que han venido ejerciendo el control penal y fiscal respectivamente, la Sala debe resaltar que las cifras reportadas son desalentadoras, no solo por las elevadas cuantías involucradas sino porque las mismas no disminuyen en cada periodo.

Adicionalmente no se evidencia un proceso eficaz de recuperación de los mismos, por cuanto se reportan como recuperadas cifras muy bajas en relación con los montos globales involucrados. Vale aclarar al respecto que, aun cuando la CGR ha entregado informes sobre el estado de estos dineros, los datos no han sido suficientes y claros para establecer el paradero de algunos montos en relación con los cuales manifestó que no pudieron ser aclarados o que se encontraban en proceso de recuperación.

183. Con posterioridad a la primera valoración de la orden en estudio, la Contraloría especificó que los esfuerzos *“de recuperación de recursos y aclaraciones denotan poca efectividad en la restitución de los recursos, que tendrán que ser contabilizados a la fecha de restitución real con el rendimiento que señalan las normas aplicables y desde luego, la gestión fiscal ineficiente por los responsables de la administración de los recursos y de los beneficiarios dentro del SGSSS”*<sup>549</sup>.

184. En efecto, la Sala considera que la tramitología para que se reembolsen dineros mal girados no siempre conduce a la recuperación del 100% de los dineros implicados y adicionalmente representa altos costos a la administración, afecta el flujo de recursos del SGSSS y la sostenibilidad financiera del SGSSS.

*Auditorías en el proceso de compensación con el fin de reconocer posibles*

---

<sup>547</sup> Cfr. AZ J, orden XXIV, folios 258-302. Informe trimestral de abril, mayo y junio de 2013 de la CGR.

<sup>548</sup> Contraloría.

<sup>549</sup> Cfr. AZ L, orden XXIV, folio 340.

*apropiaciones sin justa causa*

185. Por otro lado, a parte de las auditorías efectuadas a los recobros, como se mencionó con anterioridad, el MSPS también reportó la implementación de las siguientes auditorías en el proceso de compensación con el fin de reconocer posibles apropiaciones sin justa causa, en virtud de las cuales las EPS deben calificar cada uno de los registros como aclarado o restituido, permitiendo al administrador de los recursos identificar el estado real del proceso, con el objeto de depurar y actualizar las bases de datos de afiliación y pagos de UPC.<sup>550</sup>

- a) Auditoría de afiliados fallecidos y cédulas canceladas actualizadas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
- b) Auditoría de registros con UPC reconocidas por más de 30 días.
- c) Auditoría a la condición de beneficiarios entre 18 y 25 años no identificados con condición de escolaridad o discapacidad.
- d) Fechas de nacimiento posiblemente erradas.
- e) Beneficiarios con reconocimiento de número de días mayor al del cotizante.
- f) Beneficiarios sin cotizante.
- g) Más de un cónyuge simultáneo, activo para un mismo periodo.
- h) Prestaciones económicas, en concreto, licencias de maternidad, paternidad y parto viable que hayan sido reconocidas por el Fosyga sin cumplir el marco legal vigente. Por ejemplo, se verifica si hay días fuera de rango, periodos cerrados y fallecidos para la licencia.

186. Con ocasión de lo descrito, informó que se identificaron alrededor de 23 millones de registros que presuntamente fueron objeto de apropiaciones o reconocimientos sin justa causa por las EPS entre febrero de 2005 y mayo de 2013.<sup>551</sup> Ahora bien, aun cuando la implementación de estas auditorías representó avances en la materia<sup>552</sup> para evitar giros de dinero sin justa causa, la Sala observa que siguen teniendo lugar estos pagos, en atención a las causales de investigación reportadas por los entes de control.

187. Como ejemplo, cabe mencionar que a abril de 2015 fueron recuperados recursos por más de \$1.227 billones<sup>553</sup> y que se encontraba en proceso de reposición una suma similar por valor de \$1.411 billones,<sup>554</sup> no obstante, se desconoce si en concreto estos dineros fueron finalmente recuperados.<sup>555</sup>

---

<sup>550</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV, folio 305. Cifra textual extraída de los datos reportados por el Ministerio. Pág. 29 informe de fecha 9 de da abril de 2015.

<sup>551</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV, folios 291-305. MSPS.

<sup>552</sup> Registros.

<sup>553</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV, folio 305. Cifra textual extraída de los datos reportados por el Ministerio. Pág. 29 del informe de fecha 9 de da abril de 2015.

<sup>554</sup> Cfr. AZ N, orden XXIV, folio 305. Cifra textual extraída de los datos reportados por el Ministerio. Pág. 29 del informe de fecha 9 de da abril de 2015.

<sup>555</sup> Al respecto, el Director de la Política Pública en Salud concluyó: “se evidencia entonces, que con los mecanismos adoptados para la recuperación de recursos girados sin justa causa por el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, se encontraron montos involucrados en cuantía de \$2.638 billones, teniéndose que, de estos,

*Reconocimiento y pago de recursos sin justa causa*

188. A continuación, se ilustran diferentes periodos en los que se reconocieron y aprobaron sin justa causa recursos por diferentes valores. Por ejemplo, entre el 1 de octubre de 2011 y el 31 de mayo de 2013, se reconocieron o aprobaron sin justa causa recursos por valor de \$48.344 millones de pesos de los cuales se aclaró el 59%. Del 1 de junio de 2013 al 31 de octubre de 2013 se identificaron recursos aprobados y reconocidos sin justa causa por valor de \$21.683 millones de los que se aclaró el 60%.<sup>556</sup>

En los procesos de auditoría adelantados por la Unión Temporal Fosyga 2014, se reportó lo siguiente:

Revisión de recobros pagados		
Periodo	Equivalente en meses	Monto a reintegrar Cifras en millones de pesos
1/10/2011 – 31/05/2013	19	\$48.344
1/06/2013 – 31/10/2013	5	\$21.683
1/11/2013- 31/12/2013	2	\$7.494
1/01/2014 – 31/10/2014	10	\$15.598
1/11/2014 – 28/02/2015	4	\$5.321
01/03/2015 – 30/08/2015	6	\$1.685
01/09/2015 – 31/12/2015	4	\$306.88
01-01-2016 – 28-02-2016	2	\$2324
1/03/2016 – 30/06/2016	4	\$10.359.40
1/07/2016 – 31/12/2016	6	\$25656
01/01/2017 – 30/06/2017	6	\$15.79

En total se pusieron en evidencia posibles apropiaciones por un monto de \$177.263 millones de pesos de los cuales el 42% se confirmó como valor a ser restituido al SGSSS.<sup>557</sup>

**Tabla No. 34 Consolidado Reintegro Unión Temporal Fosyga 2014**<sup>558</sup>

Cifras en millones de \$

Observación	Valores \$	ítems
Monto Involucrado Total	177.263,25	294.956
Valor Confirmado Total	75.283,34	113.512
% Confirmación	42%	38%

189. La Sala encontró que se reintegraron valores como “*consecuencia de la realización de las citadas auditorías, así como los valores que están involucrados, los cuales de acuerdo con el desenlace que tengan éstas, deberán ser reintegrados por las EPS al SGSSS*”. Además, que en el marco de las auditorías, las EPS pueden aclarar los registros y valores involucrados, razón por la cual, solo hasta que la Superintendencia Nacional de Salud expida el respectivo acto administrativo y el mismo se encuentre en

*\$1.411 billones se encuentran en proceso de recuperación*”, pero de igual forma, no informó de manera clara y concreta los resultados de estos procesos de recuperación.

<sup>556</sup> Se exponen en el cuadro titulado “*Revisión de recobros pagados*” todos los periodos en los que hubo reconocimiento o aprobación sin justa causa de valores. El Ministerio no es muy claro y preciso en relación con los montos que no se aclaran y lo que ocurre con los mismos. Cfr. AZ P orden XXIV, folios 234-262. Documento de fecha 27 de febrero de 2018.

<sup>557</sup> El Ministerio no afirma en concreto, si efectivamente los valores a ser restituidos se recuperaron, ni lo ocurrido con los demás montos pendientes.

<sup>558</sup> Tabla extraída del documento del 27 de febrero de 2018 del MSPS. Cfr. AZ P, orden XXIV, folio 224. Se indica a su vez que la información proviene de la Unión Temporal Fosyga 2014 comunicación UTF2014-RNG-9856. SGD: E11510190218035942E000004609900.

firme, es posible señalar que dichos recursos se encuentran en proceso de recuperación<sup>559</sup>.

**Tabla No. 36. Auditorías del régimen subsidiado y contributivo<sup>560</sup>**

Año	AUDITORÍAS SUBSIDIADO		AUDITORÍAS CONTRIBUTIVO		TOTAL	
	Recursos reintegrados (\$)	Recursos involucrados (\$) *	Recursos reintegrados (\$)	Recursos involucrados (\$) *	Recursos reintegrados (\$)	Valores involucrados (\$) *
2012	32.999,51	0,00	940,06	0,00	33.939,57	0,00
2013	41.319,67	154.241,85	6.569,68	9.066,68	47.889,35	163.308,53
2014	80.074,07	347.501,00	16.878,59	70.863,69	96.952,66	418.364,69
2015	28.675,18	295.649,26	50.632,97	36.700,72	79.308,15	332.349,98
2016	10.139,02	156.965,95	22.093,22	32.722,53	32.232,25	189.688,49
2017	162,46	1.458,59	64.034,46	129,79	64.196,91	1.588,38
<b>TOTAL</b>	<b>193.369,91</b>	<b>955.816,65</b>	<b>161.148,99</b>	<b>149.483,42</b>	<b>354.518,90</b>	<b>1.105.300,07</b>

Nota: Cifras presentadas en millones de pesos.

\*Estos Recursos pueden presentar variaciones en las etapas previas a la expedición del acto administrativo definitivo de la SNS.

\*\*El valor de recursos reintegrados incluye el valor aceptado por la EPS CAPRECOM en el proceso de liquidación

190. Aun cuando se reconocen los resultados positivos de las auditorías mediante las cuales se ha logrado el reintegro de elevadas sumas involucradas en diferentes hallazgos, también preocupa que estas no correspondan a la mitad de los montos involucrados. Adicionalmente, se evidencian algunos reportes contradictorios donde el valor reintegrado es mayor que el involucrado y dudas respecto de los dineros que finalmente no son reembolsados.

191. Y aunque la Corte califica como un avance lograr la individualización de recursos reconocidos y aprobados sin justa causa, ha encontrado, por ejemplo<sup>561</sup>, que en un periodo de hasta 19 meses<sup>562</sup> han sido identificados como recursos mal aprobados o reconocidos sin justa causa, \$48.344 millones de pesos, y posteriormente, en menos de 5 meses<sup>563</sup>, \$21.683 millones de pesos, lo que evidencia incremento en los dineros mal reconocidos.

192. En un término inferior, del 1 de noviembre al 31 de diciembre de 2013 se hallaron dineros reconocidos sin justa causa por valor de \$7.494 millones, es decir, un monto superior al equivalente por cada periodo referido.

193. Es necesario mencionar que, en total, en su momento, la Unión Temporal Fosyga 2014 encontró posibles apropiaciones sin justa causa por valor de \$177.263 millones de pesos de los cuales confirmó el 42% como valores a ser restituidos al SGSSS. Ahora, no se evidencia de manera clara qué ocurrió con el 58 % restante, lo que no permite realizar un análisis completo, como se mencionó anteriormente.

194. En relación con este asunto, cabe citar que el MSPS manifestó que para la reinversión de los recursos eventualmente recuperados el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 establece que *"los recursos administrados por la Entidad harán unidad de caja,*

<sup>559</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folio 225. MSPS.

<sup>560</sup> Ibídem, 225 vuelto.

<sup>561</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folio 220 vuelto. Página 30 del documento de fecha 27 de febrero de 2018.

<sup>562</sup> Del 1º de octubre de 2011 al 31 de mayo de 2013.

<sup>563</sup> Del 1º de junio de 2013 al 31 de octubre de la misma anualidad.

*excepto los recursos de propiedad de las Entidades Territoriales, los cuales conservarán su destinación específica y se manejarán en contabilidad separada. La estructuración del presupuesto de gastos se hará por conceptos, dando prioridad al aseguramiento obligatorio en salud. La presupuestación y contabilización de los recursos administrados no se hará por subcuentas.*"<sup>564</sup>

195. Así mismo, indicó que los recursos que ingresan a la Adres con destino al SGSSS, se designan a garantizar el aseguramiento en salud, la prestación de los servicios incluidos en los Planes de Beneficios, las prestaciones económicas del RC y programas de promoción y prevención, entre otros, aunque no explicó de manera detallada la forma en cómo ello ocurre.<sup>565</sup>

196. Finalmente, respecto de las estrategias planteadas para combatir la corrupción, la Sala encuentra positivo la modificación, por parte del Gobierno Nacional, de la estructura de la Fiscalía y la creación de la Dirección de Fiscalía Nacional Especializada contra la Corrupción.<sup>566</sup>

#### *Reinversión de los dineros en la atención en salud de la población*

197. El MSPS indicó que el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 creó la Adres como una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado, con el objeto administrar los recursos del Fosyga, los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el PBS del RC, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la UGPP; los cuales confluirán en la entidad<sup>567</sup>.

198. Manifestó que, de acuerdo con lo anterior, todos los recursos serían administrados con el fin de garantizar el aseguramiento en salud, la prestación de los servicios incluidos en el PBS, prestaciones económicas del RC, programas de promoción y prevención, entre otros. En este sentido, los recursos del SGSSS que hubieren sido malversados y posteriormente recuperados deben destinarse al financiamiento del sistema en razón a su origen, en los términos del artículo 48 de la Constitución, el cual establece que “*no se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.*”

199. En lo que concierne específicamente a la reinversión de los recursos eventualmente recuperados el MSPS explicó que debe atenderse a lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015: “*Los recursos administrados por la Entidad harán unidad de caja, excepto los recursos de propiedad de las entidades territoriales, los cuales conservarán su destinación específica y se manejarán en contabilidad separada. La estructuración del presupuesto de gastos se hará por conceptos, dando prioridad al aseguramiento obligatorio en salud. La presupuestación y contabilización de los recursos administrados no se hará por subcuentas.*”<sup>568</sup>

<sup>564</sup> Cfr. AZ-P, orden XXIV, folio 254. Documento del MSPS de fecha 27 de febrero de 2018.

<sup>565</sup> *Ibidem* 225.

<sup>566</sup> No obstante, no se encuentran relacionados los resultados obtenidos con su creación y la gestión desarrollada por la FGN. Cfr. AZ-M, orden XXIV, folios 110-177. Informe de fecha 29 de julio de 2014 remitido por la Fiscalía.

<sup>567</sup> Cfr. AZ-P orden XXIV folios 234-262. Documento de 28 de febrero de 2018.

<sup>568</sup> Cfr. AZ P orden XXIV folios 234-262.

200. La Sala observa que el MSPS se limitó a enunciar la normatividad que rige la administración de los recursos de la salud y la reinversión de los mismos, no obstante, omitió informar sobre la destinación específica que se ha dado a los montos recuperados en los últimos años. En este sentido la Corte entiende que los dineros deben ser reinvertidos en la salud de la población, pero desconoce con exactitud la forma en que ello se ha hecho y los montos involucrados.

**Procedimiento de recobro ágil que asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al interior del sistema de salud para financiar los servicios de salud al interior del mismo.**

201. Para evitar repeticiones, en este acápite, tan solo se enumerarán las medidas que fueron reportadas por el Ministerio de Salud para lograr un procedimiento de recobro ágil que asegurara el flujo oportuno y suficiente de recursos al interior sistema de salud y que efectivamente la Sala encontró como conducentes para lograr dicho fin, a saber:

- a. Definición de requisitos esenciales para el reconocimiento de las solicitudes de recobros
- b. Definición de las etapas y tiempos expresos en el marco de un proceso de radicación electrónica y la eliminación del trámite ante el CTC
- c. Giro previo de recursos al proceso de auditoría integral
- d. Giro directo
- e. La factura sin constancia de cancelación
- f. Saneamiento de cuentas
- g. La conciliación de cuentas
- h. Etapas de revisión de recobros presentados y negados
- i. La liquidación semanal de la UPC
- j. El acuerdo de punto final

202. No obstante, lo anterior, cabe mencionar algunos aspectos que afectan el flujo de recursos al interior del sistema de salud. En primer lugar, la Sala halló respecto de los excedentes de los municipios, que estos no reportan planes de aplicación de los mismos.<sup>569</sup>

En efecto, evidenció que hasta el 2019 difícilmente lograba controlarse todos los procesos que se surten al tramitar los recobros en el RC, al igual que en el RS en el que ello se torna más complicado, toda vez que en virtud de la autonomía de las ET estas son las que ejercen dicho control<sup>570</sup>, afectándose las EPS a las cuales no se les cancelan los valores recobrados por la entrega de servicios PBS no UPC.

203. Ahora, aun cuando la Resolución 1479 de 2015 modificó el procedimiento de verificación, control y pago de las tecnologías en salud no cubiertas por el PBS con cargo a la UPC del RS y eliminó la figura de recobro para hablar de cobro directo por parte de los prestadores de los servicios a las ET sin que mediara la participación en el pago de las EPS, los recursos asignados a las ET siguen siendo insuficientes para cubrir el valor de los servicios PBS no UPC que prestan las EPS.

204. El acto administrativo en mención solo estableció las validaciones mínimas de

---

<sup>569</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folio 318 vuelto. Documento remitido por la Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>570</sup> <http://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/formas-en-que-se-roban-la-plata-de-la-salud-en-colombia-175982> . Entrevista al Ministro Alejandro Gaviria. Noticia del 27 de enero de 2018.

auditoría a tener en cuenta para el reconocimiento y pago de las tecnologías en salud no financiadas por el PBS con cargo a la UPC del RS, por lo que dejó la responsabilidad de fijar los procedimientos a los territorios y con ello la posibilidad de que se generara inseguridad jurídica y abusos frente a los prestadores.

205. El MSPS no había considerado la posibilidad de unificar el procedimiento para el reconocimiento y pago de estas tecnologías no incluidas en el PBS, basado en las diferencias en capacidades técnicas, administrativas y financieras de los departamentos y distritos, afirmando además que ello podría generar traumatismos que afecten la prestación del servicio de salud.<sup>571</sup>

206. Posteriormente, en relación con la definición de un único mecanismo de radicación, auditoría y pago de los recobros para los entes territoriales, la Sala encontró que el ente ministerial reportó que efectivamente los pagos se realizarán a través un único pagador, la Adres, tanto para el RS como para el contributivo, no obstante, estas disposiciones aún no se encuentran implementadas por cuanto no han sido reglamentadas ni puestas en marcha, por lo que no podrá pronunciarse al respecto y solo valorará la forma cómo se desarrolló hasta la fecha en cada régimen el procedimiento.

#### **Valoración del nivel de cumplimiento de los componentes de la orden vigésimo cuarta de la sentencia T-760 de 2008 descritos inicialmente**

207. Aun cuando el país ha evidenciado avances significativos en diferentes áreas del sector salud desde la promulgación de la sentencia T-760 de 2008, subsisten dificultades en materia de sostenibilidad financiera y de liquidez al interior del SGSSS, que afectan el correcto flujo de recursos requerido para respaldar la prestación real de los servicios de salud en óptimas condiciones a toda la población. Desde ese momento, la Sala ha sido enfática en que los planes de acción que tienen como prioridad garantizar el goce efectivo de un derecho no pueden derivar únicamente en políticas públicas formales en detrimento del bienestar de los asociados por falta de materialización.

208. Por lo anterior, se tiene que la misión del Estado no se reduce únicamente a emitir normas que reconozcan en el papel la titularidad de derechos, sino a desplegar actuaciones dirigidas a la concreción y goce cierto de los mismos. De manera que no se trata de una mera intervención formal sin ejecución que atienda a las verdaderas angustias poblacionales o que se prolongue indefinidamente en el tiempo.

209. En este sentido, la Sala considera que la expedición de los preceptos legales y de los actos administrativos enunciados, la ejecución parcial de las políticas públicas reportadas<sup>572</sup>, el diseño de medidas y herramientas para lograr un adecuado flujo de recursos y la sostenibilidad financiera del SGSSS y la sola demostración de ajustes presupuestales, no constituyen en modo alguno un motivo suficiente o una razón determinante para dar por superada la falla estructural declarada en la sentencia o considerar que dichas medidas derivarán en su superación.

210. De manera que, acorde con la metodología de las matrices de evaluación fijadas paulatinamente a partir del auto 411 de 2015<sup>573</sup> y los hechos expuestos, la Sala verificó la adopción de medidas conducentes toda vez que abordaron acciones relacionadas con

<sup>571</sup> Página 14 del documento remitido por el Ministerio de Salud el 12 de julio de 2018. Cfr. AZ – P orden XXIV.

<sup>572</sup> Atendiendo a que la fecha algunas medidas y planes de trabajo no han sido ejecutados o su reciente ejecución no permiten emitir una conclusión definitiva en relación con los resultados arrojados.

<sup>573</sup> Cfr. Auto 411 de 2015, supra considerando 3.3.

los requerimientos de la orden y además dieron lugar a la obtención de resultados, sin embargo estos últimos no derivan en avances significativos en el campo material que permitan considerar que se superará la falla o que la misma fue erradicada.

211. En efecto, la Sala evidenció a grandes rasgos, que el MSPS, entre otras:

a. Profirió normatividad mediante la cual integró los requisitos y condiciones para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no cubiertas por el PBS con cargo a la UPC, definió los requisitos esenciales para la demostración de la existencia de la respectiva obligación y en consecuencia lograr establecer que resulta procedente el reconocimiento y pago de la solicitud de recobro. Concretó las etapas y los trámites del procedimiento y efectuó ajustes al proceso de auditoría de recobros y reclamaciones mediante la expedición de normas unificadas.<sup>574</sup>

b. Creó el modelo de radicación web mediante Resolución 458 de 2013;

c. Eliminó los CTC para garantizar el acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el PBS con cargo a la UPC de los afiliados del RC y creó las juntas de profesionales de la salud para ser conformadas en las IPS habilitadas, con la finalidad de ejercer un mejor control sobre el proceso de reconocimiento y liquidación de los recursos por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, evitando la interpretación errada de las normas, la aplicación de glosas sin justificación, los pagos indebidos, la ausencia de trazabilidad en la información y el rol no definido claramente de los actores del sistema.

d. Creó los mecanismos de giro previo de recursos al proceso de auditoría integral y de giro directo a las IPS y proveedores de medicamentos, para obtener un flujo de recursos más efectivo como se explicó con anterioridad.

e. Estableció la factura sin constancia de cancelación<sup>575</sup>;

f. Desarrolló mecanismos de saneamiento de cuentas<sup>576</sup>;

g. Implementó el control directo del valor de más de 1025 medicamentos;

h. Creó y reguló recientemente el procedimiento administrativo de reintegro de recursos reconocidos y pagados sin justa causa;

i. Fortaleció la calidad de la información mediante la implementación del SAT, de la PILA y la tabla de evolución del documento de identidad, entre otros;

j. Creó un mecanismo de divergencias ante diferentes interpretaciones sobre el contenido del POS, posteriormente PBS, y ha venido actualizando este último;

k. Definió formalmente los requisitos y causales de glosa que el auditor puede imponer en el proceso de verificación, que permite el conocimiento previo de las mismas

---

<sup>574</sup> Expedió la Resolución 3951 de 2016 con el fin de establecer el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías no cubiertas por el PBS con cargo a la UPC.

<sup>575</sup> Resolución 2851 de 2012 y Resolución 2729 de 2013.

<sup>576</sup> Leyes 1608 de 2013, 1737 de 2014, 1753 de 2015 y Decreto Ley 019 de 2012.

por parte de las entidades recobrantes y así evitar desgastes presentando solicitudes incompletas o improcedentes;

l. Con el Decreto 2280 de 2004 a las EPS se les entregaba dineros a partir de los días 11 y 18 hábiles de cada mes, y con los procesos de compensación implementados en el Decreto 4023 de 2011 que entró a operar el 1 de octubre de 2013, comenzaron a recibir recursos en forma semanal.<sup>577</sup>

m. Implementó la liquidación mensual de afiliados en el RS<sup>578</sup>.

212. En relación con la CGR, se observa que la entidad en el marco de sus funciones desplegó diferentes acciones respecto de las presuntas faltas fiscales que afectan actualmente al sector salud, no obstante, se considera que las mismas no responden propiamente a la directriz impartida expresamente por la Corte en el numeral quinto de la parte resolutive del auto 263 de 2012, con ocasión de la cual se le requirió para que adoptara las medidas necesarias para controlar y recuperar los recursos malversados y dilapidados con la finalidad de reinvertir los mismos en la salud de la población, por lo que la CGR deberá realizar actividades dirigidas directamente a corregir la problemática en cuestión.

Lo anterior, no es óbice para reconocer la importante labor efectuada por la entidad y el compromiso permanente con la Sala de Especial de Seguimiento a la que ha reportado periódicamente desde la expedición de la sentencia T-760 de 2019 las diferentes actuaciones en materia de control fiscal relacionadas con el SGSSS.

213. No obstante, aunque lo descrito pone en evidencia el diseño e implementación de múltiples medidas en procura de la sostenibilidad financiera del sistema de salud y de un adecuado flujo de recursos como se estudió en el anterior acápite, y que las mismas se dirigen a lograr dicho objetivo, en relación con algunas no se informaron resultados y frente a otras se determinó que solo atendieron al aspecto formal y no material de la orden. En consecuencia, siguen presentándose inconvenientes en algunas materias en los que es necesario seguir trabajando, como los que se exponen a continuación:

#### *Falencias en las bases de datos*

214. La Sala concluye en virtud de los reportes entregados por la Adres, la Contraloría y la Fiscalía General de la Nación, que el SGSSS no cuenta con información veraz, oportuna y de calidad, lo que ha dado lugar, entre otras cosas, a prácticas irregulares por parte de los actores del sector salud que afectan la sostenibilidad financiera del sistema. En concreto, la CGR y la FGN pusieron de presente que parte de las investigaciones iniciadas en materia de salud tuvieron origen en la evidencia de pagos dobles de UPC, duplicidad de registros<sup>579</sup>, pagos del valor de la UPC por fallecidos o usuarios inexistentes, recobros de servicios prestados a personas fallecidas o incluso que no fueron entregados, recobros presentados por IPS fantasma y, pagos de UPC por personas

<sup>577</sup> Cfr. AZ K, orden XXIV, folios 11 – 37. Documento de fecha 11 de diciembre de 2013.

<sup>578</sup> “Este proceso actualmente está enmarcado en los artículos 29 y 31 de la Ley 1438 de 2011, así como en los decretos 971, 1700, 3830 y 4962 de 2011, 780 de 2016 y Decreto de Operaciones - ADRES. Tiene como finalidad el giro directo desde la Nación de los recursos que financian y cofinancian el aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado, a las EPS y su red Prestadora con el fin de lograr un mejor flujo de los recursos”. <https://www.adres.gov.co/R-Subsidiado/Procesos-y-procedimientos/Procesos/Proceso-Liquidaci%C3%B3n-Mensual-de-Afiliados-LMA> .

<sup>579</sup> El delegado de la Contraloría (minuto 3:35:25 de la grabación de la audiencia), señaló que uno de los ítems de mayor reincidencia para emitir fallos con responsabilidad fiscal es la duplicidad de registros en bases de datos.

pertenecientes a regímenes especiales<sup>580</sup>, entre otras causales.

215. Estas prácticas se facilitan con el inadecuado y tardío cruce de datos, para lo cual se requiere que las entidades a cargo cumplan con su obligación de reporte oportuno de información, mayor tecnología, avances en la implementación de las bases y plataformas que la soportan para lograr el registro y cruce de información en tiempo real, de manera confiable, arrojando las alarmas necesarias para impedir el pago de dineros no debidos.

216. En consecuencia, se tiene que la información al interior del sistema no es confiable y las bases de datos continúan presentando falencias que derivan en la pérdida y desviación de los recursos de la salud por parte de algunos actores del sector, como ocurre con los “colados”<sup>581</sup> en el RS, que le cuestan al país alrededor de 155.420 millones de pesos al año.

217. En relación con lo anterior, vale mencionar que gracias a la gestión realizada por la UGPP sobre la calidad de las fuentes de información y los pagos realizados, ha disminuido el número de aportantes y cotizantes con indicios de evasión, no obstante, estos informes ponen en evidencia que persisten las fallas en los sistemas de información que permiten estas prácticas evasivas, como en efecto ha ocurrido al identificar alrededor de 176.876 “colados” en RS que deberían cotizar al SGSSS por tener capacidad de pago para ello.

218. En consecuencia, los resultados arrojados por las medidas implementadas en relación con el mejoramiento de la calidad de las bases de datos del SGSSS no permiten evidenciar avances, o que se hayan eliminado los problemas que hacen que la información no sea precisa.

219. En este sentido, se hace relevante fortalecer la calidad de la información con la que cuenta el sistema de salud, como insumo vital y principal de todas las entidades para la ejecución de un sinnúmero de procedimientos que afectan directamente la sostenibilidad financiera del sistema.

### *Prácticas irregulares*

220. En atención a los reportes entregados por los entes de control y vigilancia se evidenció que continúan las prácticas irregulares al interior del sistema de salud, como las expuestas por la Fiscalía<sup>582</sup> en relación con hechos de enriquecimiento ilícito; recobros realizados al entonces Fosyga de facturas que no se habían pagado y donde los cheques fueron anulados; “por parafiscales”; por recobros y solicitudes de pago de UPC con datos de personas afiliadas en el Magisterio Nacional, Policía Nacional y Fuerzas Militares, y por doble afiliación de personas que se encuentran en regímenes especiales; recobros con enmendaduras; por servicios que no se prestaron a tiempo y el paciente falleció y; fallos de tutela falsos, entre otros.

221. En conjunto con la CGR la FGN reportó procesos relacionados con la creación de

---

<sup>580</sup> Ministro de Salud. Minuto 2:55:20 de la grabación de la audiencia. 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.

<sup>581</sup> Personas con capacidad de pago que se encuentran en el RS.

<sup>582</sup> Cfr. AZ M, orden XXIV, folios 1-83.

IPS que son una fachada<sup>583</sup>, a través de las cuales se hacen recobros fraudulentos a la administradora de los recursos por servicios inexistentes respecto de usuarios falsos, lo que deriva en la presunta comisión de delitos como enriquecimiento ilícito de particulares, fraude procesal, estafa agravada, tentativa de estafa, uso de documento público falso, falsedad material en documento privado y concierto para delinquir.<sup>584</sup>

222. La Contraloría también informó sobre la malversación de recursos con ocasión de intereses particulares, adquisiciones de bienes o elementos no relacionados directamente con la prestación del servicio<sup>585</sup> y gastos de administración no justificados por parte de las EPS e IPS<sup>586</sup>.

223. Desmanteló, 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 millones<sup>587</sup>; 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 Caquetá<sup>588</sup>.

224. En consecuencia, siguen evidenciándose actividades fraudulentas al interior de los hospitales mediante la presentación de facturas y autorizaciones falsas dirigidas a la ejecución de recobros engañosos ante el administrador de los dineros del sistema de salud<sup>589</sup> y persisten los cobros por servicios no prestados y los contratos de adquisición de equipos básicos que nunca fueron entregados<sup>590</sup>.

#### *Suficiencia del presupuesto y elevada cartera del SGSSS*

225. Por otra parte, la Sala no encuentra claridad sobre la suficiencia<sup>591</sup> y disponibilidad<sup>592</sup> del presupuesto destinado a cubrir la prestación de los servicios en

<sup>583</sup> Por “IPS de papel”.

<sup>584</sup> Cfr. AZ P, orden XXIV, folio 229. Página 47 del documento del MSPS de fecha 27 de febrero de 2018.

<sup>585</sup> La Contraloría (minuto 3:35:25 de la grabación de la audiencia), señaló que este es uno de los ítems por los cuales se ha fallado con responsabilidad fiscal.

<sup>586</sup> La CGR puso de presente que las más recientes auditorías han evidenciado que dineros públicos, en concreto recursos de las UPC, se vienen destinando para gastos de administración no relacionados con la prestación del servicio.

<sup>587</sup> [https://www.contraloria.gov.co/contraloria/planeacion-gestion-ycontrol/gestionestrategica/planeestrategico?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](https://www.contraloria.gov.co/contraloria/planeacion-gestion-ycontrol/gestionestrategica/planeestrategico?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.

<sup>588</sup> Intervención de la Contraloría en la audiencia. Minuto 3:35:25 de la grabación de la audiencia.

<sup>589</sup> <http://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/formas-en-que-se-roban-la-plata-de-la-salud-en-colombia175982>. En enero de 2018 fue descubierta una red de corrupción que durante los últimos 3 años logró realizar 307 cobros irregulares que representaron al SGSSS 3.000 millones de pesos.

<sup>590</sup> <http://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/formas-en-que-se-roban-la-plata-de-la-salud-en-colombia175982>. Como se mencionó anteriormente la Fiscalía investigó un contrato en el departamento del Meta entre la ESE Solución Salud y la Firma Global Environment and Health Solutions por 37.142 millones de pesos que al parecer nunca llegaron a su destino, es decir, al SGSSS.

<sup>591</sup> El Ministerio de Hacienda explicó que el presupuesto de la Adres para el año 2018 inicialmente fue apropiado en 42.7 billones de pesos. En relación con este monto aprobado para el año 2018 dijo que había claridad de que no era suficiente para cumplir lo requerido tanto por la UPC del RC como del RS por los llamados recobros. Resaltó que siempre se vio la necesidad por parte del Gobierno de conseguir recursos adicionales por valor aproximado de 2.18 billones de pesos. Cfr. AZ-Q orden XXIV folios 70-77. Página 2 del escrito radicado el 7 de diciembre de 2018 como complemento de la audiencia.

<sup>592</sup> En sesión técnica del 24 de abril de 2019 la Adres manifestó su preocupación por encontrarse congelados algunos recursos necesarios para la operación. De este modo, carece de sentido que exista un presupuesto pero que el mismo no se encuentre disponible.

salud de la población en Colombia. Así, por ejemplo, mediante reporte de fecha 12 de julio de 2018 el Ministerio de Salud informó que los ingresos que se esperaban percibir para la vigencia de 2018 no eran suficientes para financiar las tecnologías en salud no cubiertas por el PBS con cargo a la UPC del RC y que existía un faltante de \$2 billones que el Ministerio de Hacienda se comprometió a resolver.

226. Tampoco se observa la recuperación total de los dineros pagados sin justa causa y los montos que se reportan como rescatados no son significativos en relación con los valores involucrados en dichos procesos.

227. En sus conceptos, los peritos constitucionales se refirieron a la insuficiencia de recursos para cubrir la prestación de los servicios en salud demandados por los usuarios<sup>593</sup> y la falta de claridad de la información al interior del sistema, con ocasión de los reportes entregados por algunos actores del mismo que señalan de manera contradictoria ganancias para los prestadores de servicios mientras estos a su vez anuncian pérdidas de billones de pesos, lo que no permite establecer con exactitud la real situación del SGSSS.

228. Lo descrito, según lo informado por algunos actores del sector salud, afecta las plantas de personal de los hospitales que se ven obligados a la reducción de la misma<sup>594</sup>, el flujo de recursos<sup>595</sup>, la inversión en infraestructura<sup>596</sup> y la adquisición de tecnología en hospitales por falta de capital<sup>597</sup>, entre otros aspectos.<sup>598</sup>

229. Respecto de las medidas de saneamiento introducidas por la Ley 1797 de 2016 y el impacto de la depuración y conciliación permanente de las cuentas, se evidencia que el problema radica en la disponibilidad de recursos para el pago, toda vez que no hay suficiencia de estos para poder cubrir las deudas acumuladas y garantizar la sostenibilidad financiera<sup>599</sup>.

230. Por lo anterior, esta Sala concluye que se presenta un retroceso en materia presupuestal, toda vez que después de afirmar mediante auto 263 de 2012 que la problemática del sector salud, en términos de sostenibilidad financiera, recaía sobre el hecho de que los dineros del sector a pesar de ser suficientes no se empleaban correctamente con ocasión de las prácticas de malversación y corrupción mediante las cuales se dilapidaban los mismos y se desviaba su uso, hoy no existe certeza sobre la suficiencia de los recursos destinados al sector salud y en particular para cubrir los valores pendientes de cancelar derivados de la prestación de servicios PBS NO UPC.

---

<sup>593</sup> Sesión técnica del 24 de abril de 2019. Gestarsalud. Cfr. AZ-Q orden XXIV folios 127-146. Pág. 3 del documento radicado por Gestarsalud el 11 de diciembre de 2018 con ocasión de la audiencia pública del 6 de diciembre de 2018. Audiencia pública del 6 de diciembre de 2018: Acemi explicó que las medidas de giro directo y pago previo si bien han sido idóneas, al menos desde un punto de vista formal para mejorar el flujo de los recursos hacia las EPS e IPS, ello tan solo ocurrió mientras los recursos de la Adres fueron suficientes, porque luego con los problemas presupuestales y de caja así como las fallas operativas relacionadas en los conflictos con la auditoría, las medidas en ese último año perdieron eficacia.

<sup>594</sup> Intervención de la ACHC en la audiencia. Minuto 4:34:20.

<sup>595</sup> ACHC.

<sup>596</sup> Acemi.

<sup>597</sup> 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.

<sup>598</sup> En el primer eje temático de la audiencia 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.

<sup>599</sup> Cfr. AZ-Q orden XXIV folios 78-94. Cfr. Audiencia pública del 6 de diciembre de 2018, Acemi.

231. Lo descrito, atendiendo a que el SGSSS evolucionó de un modelo explícito a uno implícito en el que se encuentra incluido, excepto lo excluido expresamente, lo que implica disponer de más recursos para lograr su sostenibilidad financiera, toda vez que se ofrece una mayor cobertura; las tecnologías en salud han evolucionado y evidentemente al incluirse en el PBS incrementan los gastos del sistema; las dificultades respecto del control y la regulación sobre los dineros de la salud que son entregados a las EPS, han dado lugar al uso indebido de estos dineros en gastos no propios para la prestación del servicio; y los precios de los medicamentos que, aun cuando entre 2012 a 2018 se han venido controlando, siguen implicando a la fecha elevados costos para el Estado, entre otras cosas.

232. En consecuencia, por una parte, el acuerdo de punto final deberá saldar la elevada cartera existente por concepto de servicios PBS NO UPC y por otra, con ocasión de lo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, los techos tendrán que identificar los montos aproximados para cubrir la prestación de los servicios y tecnologías en salud PBS NO UPC, con la finalidad de superar esta problemática que aqueja el SGSSS, afecta directamente el flujo oportuno y adecuado de recursos y por ende, el derecho fundamental a la salud de la población.

*Falencias en el procedimiento de recobro y cartera pendiente de pago por este concepto*

233. De la información expuesta en la audiencia y los documentos allegados, se hace evidente el incremento del número de usuarios de servicios PBS NO UPC<sup>600</sup>; la falta de recursos para pagar los valores recobrados por la prestación de servicios que no se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud<sup>601</sup>; que los tiempos en que se surten las etapas del procedimiento de recobros no son los establecidos en la ley<sup>602</sup>, lo que a su vez afecta el cumplimiento de los plazos de pago, además de la persistencia de un rezago<sup>603</sup> que debe eliminarse para saldar las deudas del SGSSS y permear al sector salud de un flujo adecuado de recursos.<sup>604</sup>

234. También se observaron obstáculos en el trámite de las solicitudes de recobros al interior del RS, al no existir un procedimiento único frente a todos los entes

---

<sup>600</sup> Ministerio de Hacienda. Minuto 3:09:55 de la grabación de RTVC de la audiencia pública del 6 de diciembre de 2018. Cfr. AZ-Q orden XXIV folios 70-77. Documento de fecha 7 de diciembre de 2018, página 3.

<sup>601</sup> 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.

<sup>602</sup> La Resolución 1885 de 2018 contempla el actual procedimiento de recobros. Acemi manifestó en la audiencia, 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.

<sup>603</sup> 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.

<sup>604</sup> En desarrollo del tercer eje temático, en la audiencia, 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.

territoriales<sup>605</sup>, generándose moras en las cancelaciones de los valores reclamados de hasta 3 años<sup>606</sup>, teniendo en cuenta como se manifestó con anterioridad, que a la fecha aún no ha entrado en vigencia la disposición de conformidad con la cual el pagador de los montos recobrados tanto en el RC como en RS será la Adres.

235. 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 sector<sup>607</sup>, atendiendo a que no existe consenso entre los mismos en relación con los montos que se adeudan.

236. Además, la cartera derivada de la prestación de servicios PBS NO UPC<sup>608</sup>, fue calificada como irrecuperable<sup>609</sup> y deteriorada con el paso del tiempo<sup>610</sup>.

237. Por otro lado, observa la Sala en relación con la cartera pendiente de pago a las EPS, que ha contribuido en el deterioro de esta, la transición entre los contratos 043 de 2013 y 080 de 2018 dirigidos a realizar la auditoría de las solicitudes de recobro y los problemas de la UT para ejecutar este último.

238. En efecto, se ha generado un rezago por el tránsito entre firmas auditoras y el incremento en la radicación de recobros y reclamaciones, lo que afecta directamente las auditorías a estos últimos y por ende los desembolsos de dinero en la materia, que derivan en que a mayo del 2019 se estuvieran pagando tardíamente, los paquetes correspondientes a abril y mayo de 2018<sup>611</sup>, perjudicando el flujo de caja de las EPS, por esto, se hace menester, como ha señalado la Procuraduría General de la Nación, el desbloquear los giros por parte de la Adres con compromisos a corto y mediano plazo<sup>612</sup>.

#### *Falencias en las medidas implementadas para garantizar las condiciones financieras de las EPS*

239. La Contraloría indicó que los resultados de estas son insuficientes y poco efectivas<sup>613</sup> y que ello pone en tela de juicio la labor que desarrolla la Superintendencia

<sup>605</sup> 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. Cfr. minuto 4:11:38 de la grabación de la audiencia. AZ-Q orden XXIV.

<sup>606</sup> 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 de 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.

<sup>607</sup> Por ejemplo, la Adres manifestó que lo glosado no lo registra como deuda. Las EPS indican que deben un monto a las IPS y estas a su vez señalan otro valor. En sus intervenciones en la audiencia, Acemi (minuto 4:00:00) y la Adres (minuto 3:18:11) aludieron a esta problemática.

<sup>608</sup> 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.

<sup>609</sup> Acési expuso sobre el tema. Gestarsalud se refirió a los recobros aprobados que se convierten en cartera mayor a 181 días.

<sup>610</sup> ACHC.

<sup>611</sup> Situación expuesta por la Adres en documento de fecha 22 de mayo de 2019.

<sup>612</sup> [https://www.procuraduria.gov.co/portal/La-salud\\_de\\_Colombia\\_necesita\\_que\\_el\\_Estado\\_paguesus\\_\\_deudas](https://www.procuraduria.gov.co/portal/La-salud_de_Colombia_necesita_que_el_Estado_paguesus__deudas) Procurador.news.

<sup>613</sup> Intervención del Contralor Delegado para el Sector Social en la audiencia pública.

de Salud en el cumplimiento de sus funciones de inspección y vigilancia<sup>614</sup>. En relación con las entidades que ameritan una intervención directa y entran bajo estas medidas especiales, 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 inocuos<sup>615</sup>.

240. En concreto, sobre las medidas de giro previo y giro directo se tiene 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.<sup>616</sup>

241. Adicionalmente, al parecer, los hospitales públicos del país cuentan con un mejor recaudo en el régimen subsidiado por efecto del giro directo y no en el RC<sup>617</sup>. Y aunque dichas herramientas puedan haber impactado de manera positiva el flujo de los recursos hacia las EPS e IPS, la Sala concluye que estas únicamente son eficientes si se cuenta con los recursos suficientes para realizar los giros por ese concepto. De igual forma, algunos actores del sistema de salud afirmaron que el dinero que debió girarse no llegó en su totalidad al sector prestador<sup>618</sup>.

242. Además, encuentra que con ocasión de la prestación de servicios PBS no UPC, las EPS se han visto en la obligación de financiar los mismos mediante créditos o el uso de los valores de la UPC, afectando la entrega de los servicios PBS UPC. Adicionalmente, reportan que estos montos recobrados no se recuperan en su totalidad y que los procesos para su reembolso son demorados<sup>619</sup>.

243. Finalmente, cabe mencionar que, si bien el Ministerio indicó respecto de los recursos adicionales para el reconocimiento de algunas tecnologías, que la ley permite a las ET la posibilidad de financiar proyectos de inversión que cubran el pago de las no incluidas en el PBS con cargo a la UPC, al encontrarse en etapa de reglamentación no puede asumirse como un avance toda vez que aún no arroja resultados.

### ***Conclusión***

244. En principio, la Sala encontró que no se entregaron resultados en relación con todas las medidas diseñadas y reportadas por el Gobierno, y frente a algunas, los mismos fueron parciales, lo que no permite verificar los avances arrojados por cada una de ellas.

---

<sup>614</sup> En el primer eje temático de la audiencia, 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.

<sup>615</sup> Intervención de Acesi en la audiencia.

<sup>616</sup> Intervención de Acemi en la audiencia, a partir del minuto 3:54:12 de la grabación de la audiencia.

<sup>617</sup> Cfr. AZ-Q orden XXIV folios 193-222. Página 9 del documento radicado por Acesi en la Corte Constitucional el día 12 de diciembre de 2018.

<sup>618</sup> Cfr. AZ-Q orden XXIV. Conceptos de Acemi (folios 78-94) y de ACHC (folios 95-105) del 11 de diciembre de 2018.

<sup>619</sup> Cfr. AZ-R orden XXIV folios 83-91. Pág. 4 del escrito de Acemi del 22 de marzo de 2019. Cfr. AZ-S y AZ-U orden XXIV que contienen las respuestas emitidas por las EPS con ocasión del auto de fecha 29 de octubre de 2018 mediante el cual la Sala decretó pruebas a dichas entidades para precisar algunos datos relacionados con el mandato en cuestión, con ocasión del cual se allegaron documentos que permiten evidenciar con mayor precisión algunas dificultades que se vienen presentando al interior del SGSSS.

245. No obstante, de la información entregada pudo establecer que no se conjuraron las dificultades que dieron origen al mandato, por cuanto los avances evidenciados no son suficientes para afirmar que se cuenta con sostenibilidad financiera al interior del SGSSS, con un flujo ágil y oportuno de recursos, o que estas circunstancias han mejorado notoriamente. En este sentido, se hace necesario que los datos remitidos por las autoridades involucradas sean más completos y expongan los resultados obtenidos frente a la implementación de cada una de las herramientas diseñadas.

246. Ahora, en relación con las medidas creadas y reportadas por el Gobierno, la Sala especial identificó que persisten fallas que no permiten obtener avances significativos. Como ejemplo, vale enunciar que permanece la elevada cartera a favor de los actores del sector salud con ocasión de la prestación de servicios y tecnologías en salud PBS NO UPC<sup>620</sup>; la ineficiencia del gasto en materia de recobros<sup>621</sup>; que la deuda no disminuye y por el contrario aumenta junto con los gastos de la salud; que continúan los problemas en la actualización y funcionamiento de las bases de datos; las dificultades en el trámite de las solicitudes de recobro; que los pagos no se efectúan en los plazos indicados por la normatividad que regula los procesos al interior del sistema de salud y; los inconvenientes para ejecutar las auditorías a las solicitudes de recobro, reconocer y pagar oportunamente los mismos, entre otras situaciones que afectan directamente el flujo de recursos al interior del SGSSS.

247. Igualmente, encontró que la problemática se circunscribe, en parte, a la indebida destinación de recursos y la malversación de fondos, prácticas que tienen lugar en la ejecución de diferentes procedimientos que se ejecutan al interior del SGSSS en relación con el trámite de los recobros, además de falencias en la inspección, vigilancia y control del sistema de salud como se señaló en el auto 263 de 2012.

248. Sin embargo, a pesar de estas falencias que impactan negativamente en la obtención de un flujo oportuno y ágil de recursos, la Sala no soslaya que se reportaron medidas conducentes para progresar en la superación de la falla estructural en estudio y que se reflejaron avances con ocasión de su implementación, toda vez que el Gobierno expidió normatividad en la materia y desplegó acciones dirigidas al cumplimiento exclusivo de la orden, los cuales paulatinamente han influido de forma positiva en la disminución y erradicación de las fallas referidas, como se evidenció en el numeral 211 de la parte considerativa de esta providencia.

249. Lo descrito, sumado a los notorios avances registrados en las órdenes 25<sup>622</sup> y 26<sup>623</sup> que permitieron declarar su nivel de cumplimiento general y alto, respectivamente, las cuales influyen en esta orden que tiene el carácter de global y por ende deben ser consideradas en esta oportunidad, así como el progreso registrado en materia de sobrecostos de los medicamentos<sup>624</sup>, componente que hace parte del mandato en estudio,

---

<sup>620</sup> “El jefe del Ministerio Público señaló que es crítica la acumulación de cartera existente a la fecha, por lo que es urgente materializar los artículos de la Ley del Plan que aseguran la fuente de recursos para garantizar el derecho a la salud de los usuarios en el país, afectados en la prestación de los servicios por la falta de flujo de capital.” [https://www.procuraduria.gov.co/portal/Lasalud\\_de\\_Colombia\\_necesita\\_que\\_el\\_Estado\\_paguesudeuda\\_s\\_Procurador\\_news\\_Bogotá\\_16\\_de\\_junio\\_de\\_2019](https://www.procuraduria.gov.co/portal/Lasalud_de_Colombia_necesita_que_el_Estado_paguesudeuda_s_Procurador_news_Bogotá_16_de_junio_de_2019).

<sup>621</sup> Cfr. minuto 3:09:55 de la grabación de RTVC, intervención del Ministerio de Hacienda.

<sup>622</sup> Auto 186 de 2018.

<sup>623</sup> Auto 112 de 2016.

<sup>624</sup> Las medidas normativas y las acciones desplegadas fueron adecuadas para el acatamiento de la disposición examinada; reportaron resultados y estos se reflejaron en avances que permitieron establecer que los medicamentos han sido analizados y regulados y han contribuido en el ahorro de recursos al país sobre la base de comparaciones internacionales. Finalmente, se encontró que esta regulación redujo el recobro por valores más altos de los

corresponde reconocerse la existencia de resultados y avances en la superación de la problemática general en estudio.

250. Por lo anterior, la Corte declarará el **NIVEL DE CUMPLIMIENTO MEDIO** del mandato en estudio.

**251. *Reiteración de cumplimiento de las órdenes impartidas en relación con la orden vigésima cuarta***<sup>625</sup>

251.1. Vale recordar que desde la sentencia T-760 de 2008 y el auto 263 de 2012 se solicitó a las autoridades gubernamentales desplegar las acciones correspondientes para lograr el cumplimiento de las directrices impartidas en dicha providencia y se les ordenó entregar información periódica con la finalidad de comparar los resultados y avances, no obstante, los datos recibidos no fueron periódicos, ni uniformes en su información, lo que ha obstaculizado la labor de seguimiento.

251.2. En efecto, el reporte de medidas y resultados a través de la entrega de reportes y documentación periódica y uniforme, permite a la Sala desplegar su trabajo de seguimiento y acompañamiento en la erradicación de las falencias identificadas al interior del SGSSS, por esta razón, se establecerá la estructura mínima a partir de la cual las entidades obligadas deberán reportar dichos datos a partir de este auto. Ahora, es pertinente aclarar que esta delimitación y precisión de información no comporta nuevas directrices, sino unos parámetros para que las entidades organicen de mejor forma la información que de antaño vienen remitiendo, para facilitar la referida labor, toda vez que se requiere que la misma contenga datos cuantitativos y uniformes que permitan analizar en diferentes periodos los avances obtenidos.

251.3. Lo anterior, teniendo en cuenta que el auto 411 de 2015 consideró como avance, el efecto medible a partir de indicadores cuantitativos, que permitan comparar en un periodo de tiempo determinado, la situación existente antes de la adopción de las medidas acreditadas y después de su implementación, siempre que reflejen cambios favorables en la superación de la falla estructural en el sistema de salud.

251.4. Por lo descrito, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá dar cumplimiento al numeral cuarto de la parte resolutive del auto 263 de 2012 e implementar las medidas necesarias, de conformidad con lo expuesto<sup>626</sup>.

---

establecidos, lo que permite considerar como superada la falla estructural evidenciada en la orden vigésima cuarta en relación con los sobrecostos de los medicamentos.

Además, la Sala verificó que en esta materia se establecieron metodologías dirigidas a la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional, se incluyeron disposiciones sobre transparencia y divulgación pública de información relacionada con medicamentos, fueron incorporados varios medicamentos al régimen de control directo, se intervino el mercado de dispositivos médicos, se estableció un régimen de libertad vigilada de estos productos, se sometieron estents coronarios a control directo y autorizó el ajuste por IPC para los precios de los medicamentos regulados. Auto 140 de 2019.

<sup>625</sup> Para dar cumplimiento a las órdenes impartidas en esta providencia y atendiendo al principio de buena fe y colaboración, no será necesario que las autoridades requeridas remitan expedientes de las posibles investigaciones que tengan a su cargo o excesiva documentación que soporte lo manifestado, por lo que será suficiente la remisión de datos consolidados y que permitan compara periódicamente una misma situación para establecer los avances.

<sup>626</sup> “Para salvaguardar los recursos asignados al sector salud y que tiendan eficazmente a proscribir los actos de corrupción y las prácticas defraudatorias que aquejan el sistema, con la única finalidad de optimizar el flujo de recursos al interior del SGSSS y obtener la sostenibilidad financiera del mismo, para la atención de las necesidades en salud de la población colombiana” e informar cada 4 meses sobre las mismas y sus resultados.”

251.5. Así mismo, el ente ministerial y la Contraloría General de la República deberán acatar a cabalidad el numeral quinto de la parte resolutive del auto 263 de 2012 y adoptar “*las medidas necesarias para controlar y recuperar los recursos malversados y dilapidados en el SGSSS, conminado[s] a reinvertir tales dineros en la atención en salud de los colombianos*” e informar cada 4 meses sobre las mismas y sus resultados.

251.6. De igual forma la Superintendencia Nacional de Salud, la Superintendencia de Industria y Comercio, la Procuraduría Nación, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación deberán dar cumplimiento al numeral séptimo del auto 263 de 2012. General de la

251.7. En este sentido, los informes que las entidades remiten cada cuatro meses , a partir del año 2020 habrán de contener siempre la misma estructura, en los que expongan las medidas implementadas y los resultados obtenidos con cada una de ellas, con las cifras que sean necesarias para evidenciar los cambios (de haber lugar a ellas), sin perjuicio de que puedan reportar la información adicional que consideren pertinente; de manera que faciliten la comparación de los datos entregados por cada periodo para dar cumplimiento a lo ordenado en la sentencia T-760 de 2008 y el auto 263 de 2012, atendiendo a los siguientes parámetros:

#### ***Ministerio de Salud y Protección Social***

251.8 Los informes del Ministerio de Salud y Protección Social deberán contener como mínimo, en relación con los numerales cuarto y quinto del auto 263 de 2012, información que permita evidenciar claramente, (i) las medidas diseñadas para salvaguardar los recursos asignados al sector salud, creadas para proscribir eficazmente los actos de corrupción y las prácticas defraudatorias que aquejan el sistema con la finalidad de optimizar el flujo de recursos al interior del SGSSS y obtener la sostenibilidad financiera, (ii) las herramientas implementadas para controlar y recuperar los recursos malversados y dilapidados en el SGSSS; (iii) la forma en cómo se reinvirtieron los recursos recuperados y; (iv) los resultados obtenidos con cada una de ellas.

251.9 Los puntos anteriores, deberán referirse, según corresponda, a los resultados y avances obtenidos (i) con el funcionamiento de los procedimientos de giro previo y directo; (ii) dirigidos a mejorar el procedimiento de reintegro de recursos; (iii) tendientes a eliminar los pagos injustificados al interior del SGSSS; (iv) para controlar los precios de los servicios, las tecnologías en salud y los medicamentos.

251.10 Adicionalmente, deberá aludir a (i) la evolución de la cartera adeudada a los prestadores de servicios de salud; (ii) los resultados obtenidos con ocasión de lo dispuesto en los artículos 237 y 238 de la Ley 1955 de 2019; (iii) las principales causales que se presentan para el reintegro de recursos pagados sin justa causa y; (iv) el histórico de los montos involucrados en pagos sin justa causa, valores recuperados y las razones que dieron lugar a ello periódicamente.

251.11 En general, el Ministerio de Salud reportará las acciones que ejecute para la consecución de un flujo ágil, oportuno y suficiente de recursos y los resultados que arrojen su implementación.

#### ***Contraloría General de la República***

251.9. La Contraloría remitirá en sus reportes relacionados con el numeral quinto del auto 263 de 2012, información en la que se evidencie sobre; (i) las herramientas implementadas para controlar y recuperar los recursos malversados y dilapidados en el SGSSS y; (ii) la forma en cómo se reinvirtieron dichos dineros. Adicionalmente, en la que se evidencia sobre: (iii) las deficiencias en las bases de datos; (iv) los controles automáticos y la política de seguridad en el proceso de auditoría, relacionados con alertas como extemporaneidad, pagos dobles, fallecidos, control de precios en medicamentos y glosas ilegibles; (v) avances en relación con la plataforma tecnológica integrada que permita la sistematización integral y parametrización de reglas de decisiones clínicas y administrativas; (vi) trabajos conjuntos desplegados con otras entidades gubernamentales y los resultados obtenidos; (vii) funciones de advertencia y; (viii) el presunto desvío de recursos parafiscales de la salud para fines distintos a la prestación del servicio.

251.10. En relación con el numeral séptimo del auto 263 de 2012 deberá indicar sobre las actuaciones iniciadas por presuntas faltas fiscales por las irregularidades y prácticas defraudatorias, malversación de recursos, dilapidación de fondos, sobrecostos en medicamentos y corrupción que afectan al sector salud, informando como mínimo sobre (i) la cantidad de procesos vigentes, (ii) los iniciados en cada periodo, (iii) los montos involucrados en la totalidad de los procesos (iv) el total recuperado en cada periodo (v) las principales causales que originan investigaciones en materia fiscal con ocasión de actividades irregulares cometidas al interior del SGSSS.

#### ***Superintendencia Nacional de Salud***

251.11. La Supersalud allegará informes que como mínimo expongan sobre: (i) los montos pagados sin justa causa y los valores recobrados con ocasión del proceso de reintegro; (ii) las principales causales por las que se pagan dineros sin justa causa; (iii) las principales razones que originan investigaciones en materia administrativa con ocasión de actividades irregulares cometidas al interior del SGSSS; (iv) la cantidad de conciliaciones efectuadas entre los actores del sistema de salud, los montos involucrados y los montos sobre los cuales se concilió; (v) las principales razones de quejas, peticiones y reclamos (PQR) en relación con la prestación de los servicios de salud.

#### ***Procuraduría General de la Nación***

251.12. La Procuraduría deberá informar sobre: (i) las actuaciones de vigilancia permanente que ejerza para proteger la salud de los colombianos y los usuarios del SGSSS (ii) y las iniciadas por presuntas faltas disciplinarias por las irregularidades y prácticas defraudatorias, malversación de recursos, dilapidación de fondos, sobrecostos en medicamentos y corrupción que afectan al sector salud y; (iii) las principales razones que originan investigaciones en materia disciplinaria con ocasión de actividades irregulares cometidas al interior del SGSSS.

#### ***Fiscalía General de la Nación***

251.13. La Fiscalía deberá remitir información respecto de: (i) las presuntas faltas penales por las irregularidades y prácticas defraudatorias, malversación de recursos, dilapidación de fondos, sobrecostos en medicamentos y corrupción que afectan al sector salud; (ii) los casos que se adelanta por defraudación a los recursos parafiscales en salud y; (iii) las estrategias investigativas y de análisis más relevantes implementadas respecto a los delitos que atentan contra el SGSSS.

251.14. Además, informar sobre: (i) actos fraudulentos en el proceso de otorgamiento de incapacidades médicas y prestaciones económicas dentro del SGSSS, adelantadas por el grupo de trabajo para la investigación de delitos que afectan el SGSSS (ii) venta o indebida destinación de insumos y/o medicamentos entregados por la EPS a los usuarios a partir del año 2016, (iii) las investigaciones relacionadas con afiliaciones fraudulentas o irregulares en el procedimiento de afiliación al sistema de salud y; (iv) las derivadas de irregularidades o actos fraudulentos atinentes al proceso de recobro del SGSSS.

En mérito de lo expuesto, la Sala Especial de Seguimiento

### **III. RESUELVE:**

**Primero:** Declarar el **NIVEL DE CUMPLIMIENTO MEDIO** de la orden vigésima cuarta de la sentencia T-760 de 2008 y de los numerales cuarto y quinto del auto 263 de 2012, por las razones expuestas en la parte considerativa de esta providencia.

**Segundo:** **ORDENAR** al Ministerio de Salud y Protección Social que adopte las medidas necesarias para dar cumplimiento a lo dispuesto en el numeral vigésimo cuarto de la parte resolutive de la sentencia T-760 de 2008 y en consecuencia de los numerales cuarto y quinto de la parte resolutive del auto 263 de 2012, y continúe remitiendo los informes requeridos de conformidad con lo establecido en el acápite 251 de la parte considerativa de esta providencia.

**Tercero:** **ORDENAR** a la Contraloría General de la República que adopte las medidas necesarias para dar cumplimiento a lo dispuesto en los numerales quinto y séptimo de la parte resolutive del auto 263 de 2012, y continúe remitiendo los informes requeridos de conformidad con lo establecido en el acápite 251 de la parte considerativa de esta providencia.

**Cuarto:** **INSTAR** a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Superintendencia de Industria y Comercio, a la Procuraduría General de la Nación y a la Fiscalía General de la Nación para que den cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 7° de la parte resolutive del auto 263 de 2012 y continúen remitiendo los informes requeridos de conformidad con lo establecido en el acápite 251 de la parte considerativa de esta providencia.

**Quinto:** Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones correspondientes, remitiendo copia integral de este proveído.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

**JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS**  
**Magistrado Sustanciador**

**ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO**  
**Magistrado**

**ALEJANDRO LINARES CANTILLO**  
**Magistrado**

**MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ**  
**Secretaria General**