

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento en Salud

AUTO 439 de 2021

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

Asunto: Registro de servicios negados.

Magistrado Sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D.C., dos (02) de agosto de dos mil veintiuno (2021).

La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 designada por la Sala Plena de la Corte Constitucional, para llevar a cabo la verificación del cumplimiento de las órdenes generales establecidas en el fallo estructural, integrada por los magistrados Alejandro Linares Cantillo, Antonio José Lizarazo Ocampo y José Fernando Reyes Cuartas, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente auto, con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación impartió una serie de mandatos dirigidos a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud¹, con el fin de que se tomaran acciones pertinentes para corregir las fallas de regulación identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados. Entre los problemas evidenciados, encontró que la mayoría de las acciones de tutelas interpuestas en materia de salud tenían como finalidad acceder a servicios incluidos en los entonces planes obligatorios de salud², por lo que para contrarrestar esta problemática profirió la decisión decima novena en la que dispuso:

“Ordenar al Ministerio de la Protección Social³ que adopte medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la

¹ En adelante SGSSS.

² Hoy Plan de Beneficios en Salud (PBS).

³ Actualmente Ministerio de Salud y Protección Social, que en el transcurso de esta providencia se puede llamar Ministerio, MSPS, la cartera de salud, el rector de la política pública en salud, el ente ministerial, Minsalud.

Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad; (iii) indicando en cada caso las razones de la negativa, y, en el primero, indicando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico.

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

2. En virtud del seguimiento, las autoridades obligadas, los peritos constitucionales voluntarios⁴ y entes de control, aportaron información relacionada con el cumplimiento de la directriz décima novena de la sentencia T-760 de 2008.

3. A través de auto 411 de 2015, la Sala Especial valoró la orden décima novena con nivel de cumplimiento bajo, luego de examinar la estructura del registro de servicios negados, el acatamiento de la obligación de entregar los informes por parte de las EPS⁵, el deber de garantizar el flujo de información a los destinatarios de los reportes y el contenido de ésta. En dicha providencia encontró que la regulación sobre servicios negados no era suficiente para acatar tal mandato. Advirtió que las EPS continuaban con la práctica irregular de abstenerse de prestar servicios, procedimientos y medicamentos que hacían parte del entonces POS, hoy PBS, sin que se realizaran acciones por parte de las autoridades competentes para impedir dicho obstáculo, así como tampoco, tendientes a sancionar esa conducta contraria al Estado Constitucional de Derecho.

4. Mediante auto 122 de 2019 se valoró en una segunda oportunidad el acatamiento de la decisión décima novena, ratificando el grado de observancia bajo, después de verificar los siguientes aspectos del registro de negaciones: (i) estructura del registro; (ii) motivos de no autorización; (iii) disminución del porcentaje de negaciones; (iv) validación de datos del registro; (v) garantía del reporte al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las EPS; (vi) entrega del informe a la Procuraduría General, Contraloría General, Defensoría del Pueblo y a la Corte Constitucional sobre las tecnologías de salud negadas; (vii) publicación en diferentes medios de comunicación y la página web del Ministerio el registro consolidado de servicios negados; (viii) recuperación de los dineros pagados sin justa causa a las EPS que hubieren negado servicios incluidos en el POS y, (ix) actuaciones efectuadas con los reportes de servicios negados.

4.1. *Estructura del registro:* la Corte analizó su cumplimiento estudiando por separado los regímenes subsidiado y contributivo, y encontró que:

4.1.1. En el régimen subsidiado el Ministerio tomó medidas al expedir la Resolución 2064 de 2017 mediante la cual adoptó un nuevo registro de negaciones para dicho régimen, así como la Resolución 1486 de 2018 que modificó algunos artículos y sustituyó los anexos técnicos de aquella resolución. No obstante,

⁴ Grupo de expertos integrado por la Corte Constitucional mediante autos 120 de 2011, 147 de 2011, 386 de 2014 y 119 de 2015 para servir de apoyo en el trámite de valoración.

⁵ En adelante Empresa Promotora de Salud, EPS o promotora.

persistían las falencias en el formato de envío de los registros y en la falta de un dispositivo de alerta. Así mismo, no había un reporte que permitiera determinar los servicios autorizados y no entregados o suministrados oportunamente.

4.1.2. El régimen contributivo carecía de un registro de negaciones, lo que hacía imposible determinar las tecnologías en salud no autorizadas por las EPS y las EOC, toda vez que la normatividad que regulaba el registro de servicios negados había sido derogada por la Resolución 2064 de 2017 y si bien, se expidieron las resoluciones 1328 de 2016, 2158 de 2016, 3951 de 2016, 5884 de 2016, 532 de 2017 y 1885 de 2018 que regularon el Mipres, la Sala concluyó que estas no eran conducentes para cumplir el objeto de la orden décima novena, debido a que no permitían identificar las tecnologías en salud prescritas por el médico tratante y negadas por las EPS.

4.2. *Motivos de negación:*

En cuanto al régimen contributivo detectó que al ser derogada la Resolución 1683 de 2015 las causales de negación desaparecieron, por lo que no se implementaron las medidas tendientes a rediseñar las causas de negación.

En lo atinente al régimen subsidiado halló que se adoptaron medidas tendientes al rediseño y ampliación de las razones de no autorización previa concertación con las EPS; no obstante, evidenció que se eliminó la causal “*otros motivos*” por lo que estimó que esta supresión podría generar un problema para las EPS en aquellos casos en que el fundamento de la negación no se encontraba en el listado, lo que conllevaría a reportes inexactos.

4.3. *Disminución del porcentaje de negaciones de las causales “otros motivos” y “servicio es cobertura del POS”:*

El Ministerio, en ninguno de los regímenes, tomó acciones tendientes a disminuir el porcentaje de negaciones respecto a la causal “*otros motivos*”, toda vez que, en el contributivo no creó el registro de negaciones y en el subsidiado, eliminó dicho motivo de negación.

En cuanto a la causal “*servicio es cobertura del POS*”, en el régimen subsidiado encontró que si bien hubo una disminución en las negaciones esta no fue significativa frente a la meta a la que se debía llegar, de acuerdo con lo ordenado en el auto 411 de 2015⁶; además evidenció que la solicitud de servicios y tecnologías incluidos en el plan de beneficios se constituyó en una de las principales razones de presentación de acciones de tutela durante los años 2016 y 2017. En cuanto al régimen contributivo expresó que no era posible conocer la negación de servicios PBS con el fin de determinar el cumplimiento de la directriz emitida en el anterior auto de valoración; no obstante, al revisar la medición de tutela advirtió que desde el año 2016 el reclamo por servicios POS ocupó la primera causa de acciones de amparo.

⁶ Esto es, que en el primer año no podría exceder del 0,001% (1 en 1000 casos) y a partir del segundo año el 0,00%.

En este orden de ideas, la Sala consideró que el Ministerio no dio cumplimiento en ninguno de los dos regímenes a la orden de disminuir la negación de las tecnologías en salud por las causales “*otros motivos*” y “*servicio es cobertura POS*”.

4.4. *Validación de datos del registro:*

Encontró que en el régimen contributivo se incumplió con este mandato al dejar de efectuar la verificación de los datos reportados como consecuencia de la falta de registro. En cuanto al régimen subsidiado se evidenció que no se estaba cumpliendo con el porcentaje dispuesto en el auto 411 de 2015⁷, debido a que en el informe correspondiente al tercer trimestre de 2018 se presentó como resultado la validación del 75,98% de los datos.

4.5. *Garantizar que las EPS reporten los servicios negados al Ministerio de Salud y Protección Social:*

Encontró que, si bien existía un acatamiento por parte del más del 70% de las entidades habilitadas, también advirtió que había entidades que no cumplieron con dicha obligación.

4.6. *Reporte a la Procuraduría General, la Contraloría General, la Defensoría del Pueblo y la Corte Constitucional de las tecnologías de salud negadas*

Halló que no existía prueba dentro del expediente que permitiera concluir que, a la Procuraduría, Contraloría y la Defensoría del Pueblo se les había remitido el reporte del registro de servicios negados.

4.7. *Publicación en diferentes medios de comunicación y en la página web del Ministerio el reporte consolidado de servicios negados*

La Sala señaló que el Ministerio publicó en forma periódica en su página web, los registros de servicios negados de los dos últimos trimestres de 2015, de los años 2016 y 2017 y los tres primeros trimestres de 2018, los cuales contenían las entidades reportantes, el total de las negaciones, los servicios no autorizados por las EPS, los negados por el CTC y, un análisis cuantitativo y cualitativo de la información reportada; sin embargo, en los informes no se expusieron las acciones correctivas iniciadas, así como tampoco los resultados de tales actuaciones.

Por otra parte, advirtió que a partir del tercer trimestre de 2017 no se reportó información de servicios negados del régimen contributivo.

4.8. *Recuperación de los dineros pagados sin justa causa a las EPS que hubieren negado servicios incluidos en el POS*

⁷ Que en el lapso de seis meses se contara como mínimo con el 90% de los registros validados y el 95% en un año.

Indicó que el Ministerio no había cumplido con esta directriz toda vez que no se advertían trámites de devoluciones de dineros pagados sin justa causa contra las EPS que hubieren negado servicios incluidos en el entonces POS.

Además, encontró que la cartera de salud había alegado una imposibilidad de cumplimiento de esa orden en virtud de un concepto técnico; no obstante, concluyó que contrario a lo afirmado por el ente ministerial, jurídica y materialmente es posible el acatamiento de ese mandato.

4.9. Actuaciones efectuadas con respecto a los reportes de servicios negados

La Corte halló que la actuación del Ministerio fue pasiva frente a los resultados de la medición de servicios denegados, debido a que no evidenció la adopción de medidas conducentes a fin de garantizar el acceso efectivo a la salud por parte de los usuarios.

En consecuencia, a través de dicha providencia se impartieron directrices al Ministerio de Salud y Protección Social, para que:

“a. Emita dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del presente auto, una nueva normativa que regule el registro de negaciones⁸ en los regímenes contributivo y subsidiado, la cual permita generar información acerca de la negación de los servicios cubiertos por el plan de beneficios⁹, así como de aquellos que a pesar de haber sido autorizados no son suministrados en forma oportuna. Este instrumento tendrá que arrojar datos precisos, claros y confiables; deberá ser alimentado mediante una plataforma de ingreso web, con usuario y contraseña privada y entrar en funcionamiento en un término máximo de tres meses contados a partir de la expedición de la normatividad.

El nuevo reporte deberá incluir la causal “otros motivos”, y establecer como obligatorio el registro del fundamento de la no autorización. Así mismo, adecuar los motivos de negación al actual plan de beneficios y actualizarlos periódicamente, con base en el análisis previo de las razones más frecuentes señaladas por las entidades reportantes.

b. Aplique de manera provisional e inmediata, al régimen contributivo, la reglamentación del registro contenida en la Resolución 2064 de 2017, modificada por la 1486 de 2018, hasta tanto no entre en vigencia la regulación a la que hace referencia el numeral anterior.

c. Adopte las medidas necesarias para disminuir en forma considerable el porcentaje de negaciones y dilaciones correspondientes a las causales “otros motivos” y servicios PBS independientemente de su forma de financiación en los términos establecidos en el numeral (ii) del 103.1 de las consideraciones de esta providencia.

d. Efectúe las actuaciones necesarias con el fin que en el término de seis (6) meses el porcentaje de validación de datos supere el 95%, y este sea mantenido en el tiempo.

⁸ La cual además de atender los presupuestos establecidos en el numeral 10.1 de las consideraciones del auto 411 de 2015, debe estar consonancia con la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 y el actual plan de beneficios.

⁹ Independientemente de si se encuentra catalogada como de protección individual o colectiva.

e. Establezca las causas de la reticencia de la EPS que dan lugar a la no presentación del reporte y adoptar medidas eficientes, con el fin de lograr en forma efectiva, que el 100 % de las entidades habilitadas, tanto del régimen subsidiado como del contributivo, remitan la información sobre los servicios negados y no prestados en forma oportuna. En los informes trimestrales deberá incluir las razones por las cuales las EPS no hacen el reporte, indicar mecanismos implementados para que lo hagan, y los resultados obtenidos con estos.

f. Remita a la Procuraduría, la Contraloría, la Defensoría y a esta Corporación, la información de registro servicios negados en los regímenes contributivo y subsidiado, bajo los parámetros establecidos en el acápite 10.7 de la parte considerativa del auto 411 de 2015 y en el presente auto. Adicionalmente allegar a esta corporación las constancias de entrega del referido informe a las demás entidades, dentro de los 5 días siguientes a ésta.

g. Incluya en el contenido de los informes que publica en la página web las acciones correctivas iniciadas tendientes a disminuir el número de tecnologías no autorizadas a los usuarios y los resultados de dichas actuaciones.

h. Obtenga la devolución del dinero correspondiente a la prima pagada por usuario (UPC), durante el mes en que haya sufrido la barrera en la prestación servicios POS en el periodo establecido en el auto 411 de 2015; así como también de aquellas negaciones de servicios POS o PBS financiadas por la UPC, de conformidad con la información contenida en el registro de negaciones a partir de abril de 2015. Los informes trimestrales enviados a esta Corporación deberán incluir las medidas adoptadas al respecto y los resultados obtenidos.

i. Adopte acciones y medidas conducentes tendientes a desestimular la negación y demora en la prestación de tecnologías en salud incluidas en el PBS.”

Así mismo, la Sala dispuso que la Superintendencia Nacional de Salud debía allegar:

“a. Informe dentro de los siguientes treinta (30) días de comunicado el presente auto las acciones adoptadas en relación con las EPS que desde el tercer trimestre de 2015 han omitido la obligación de reportar servicios negados.

b. Informe trimestralmente las acciones adoptadas frente a las EPS que omitan la obligación de reportar los servicios negados, así como las adelantadas a aquellas que niegan o dilatan el suministro de tecnologías en salud cubiertas por el PBS. El primer informe deberá ser presentado dentro de los 15 días hábiles siguientes a la finalización del primer trimestre transcurrido con posterioridad a la comunicación del presente auto.”

5. Con ocasión del auto de valoración, el Ministerio de Salud solicitó a la Sala Especial, entre otras cosas (i) modular la disposición contenida en el literal h del numeral segundo de la parte resolutoria del auto 122 de 2019 y (ii) prorrogar el término para la expedición del acto administrativo que regulaba el reporte de servicios negados.

Debido a la anterior solicitud, la Sala Especial emitió el auto 093A de 2020, mediante el cual consideró los siguiente:

(i) Con respecto a la primera petición estimó que sí era procedente modificar la decisión, por cuanto, al proferirse el auto 122 de 2019, en relación con los servicios POS negados, que fueron girados y compensados en el periodo comprendido entre el 2013 y 2015 ya había transcurrido más de dos años, por lo que había operado el fenómeno de la caducidad con fundamento en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, no obstante se enfatizó que esto se debió a la omisión del Ministerio por no iniciar el trámite para recuperar dineros apropiados presuntamente sin justa causa.

(ii) En relación con la segunda, puntualizó que el término de 15 días hábiles podría resultar corto, dada las etapas posteriores que se debían surtir a la finalización del trimestre por lo que, para obtener unos datos completos y confiables, el plazo para la presentación de informe trimestral de servicios negados debía ampliarse.

Teniendo en cuenta lo anterior decidió lo siguiente:

*“**Primero:** Modular la orden contenida en el literal h numeral segundo de la parte resolutive del auto 122 de 2019 la cual quedará de la siguiente manera:
Iniciar el trámite respectivo para obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario UPC durante el mes en que haya sufrido la barrera en la prestación de servicios POS o PBS UPC, de conformidad con la información contenida en el registro de negaciones con relación a dineros girados y compensados a partir de los dos años anteriores al mes siguiente de la notificación de la presente providencia, garantizando derecho a la defensa, el debido proceso, y los principios de proporcionalidad y razonabilidad. Los informes trimestrales enviados a esta Corporación deberán incluir las medidas adoptadas al respecto y los resultados obtenidos.*

***Segundo:** Oficiar a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación para que inicien las investigaciones correspondientes respecto de la presuntas faltas disciplinarias, fiscales y penales que se puedan derivar de la omisión por parte del Ministerio de realizar el proceso para obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario, durante el mes en que haya sufrido la barrera en la prestación de servicios POS, respecto de los dineros girados y compensados entre septiembre de 2013 a marzo de 2015.*

(...)

***Cuarto.** Modificar el término conferido al Ministerio de Salud para la entrega del informe trimestral de servicios negados. Los reportes deberán ser allegados dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario contados a partir de la finalización del respectivo trimestre. (...).”*

6. Con posterioridad, el Ministerio allegó los reportes de servicios negados los cuatro trimestres de 2020, consolidados en el marco de la Resolución 3539 de 2019¹⁰, en los cuales se puede evidenciar lo siguiente:

¹⁰ “Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016”. Resolución que, conforme a su exposición de motivos y a lo señalado por el Ministerio de Salud en sus informes, acoge los lineamientos impartidos por la Corte en los autos 411 de 2015 y 122 de 2019.

I trimestre de 2020

6.1. En este periodo se presentaron 11.105 (85.1%) negaciones de servicios y tecnologías en salud en el régimen contributivo, 1.710 (13,1%) en el subsidiado y 237 (1.81%) por movilidad entre regímenes.

Las principales causas de negaciones fueron las siguientes:

Tabla No. 1.

Motivo	Número	Porcentaje
<i>“servicio duplicado y/o ya tramitado”.</i>	5.877	(45.03%)
<i>“otras razones”.</i>	3.281	(25.14%)
<i>“es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente”.</i>	2.462	(18.9%)
<i>“La prescripción del medicamento no tenía el nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica”.</i>	304	(2,3%)
<i>“Nombre del medicamento estaba expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico)”.</i>	263	2,0%
<i>“El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales”.</i>	258	2,0%
<i>“Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas”.</i>	251	1,9%
<i>“Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica”.</i>	139	1,1%
<i>“La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”.</i>	116	0,9%
<i>“Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica”.</i>	81	0,6%
<i>“Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”</i>	14	0,1%
<i>“Es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación”.</i>	3	0,0%
<i>“La prescripción del medicamento no tenía el tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro)”.</i>	2	0,0%
<i>“La prescripción del medicamento no tenía la dosis y frecuencia de administración”.</i>	1	0,0%
Total	13.052	100%

II Trimestre de 2020

6.2. En este tiempo se presentaron 44.191 negaciones en el régimen contributivo, lo que se traduce en el 88,7%, y 7.002 registros en el subsidiado, esto es el 11,3%, representado en las siguientes causas:

Tabla No. 2.

Motivo	Número	Porcentaje
<i>“servicio duplicado y/o ya tramitado”.</i>	20.375	32,8%
<i>“otras razones”.</i>	11.195	18,0%
<i>“Nombre del medicamento estaba expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico)”.</i>	8.786	14,1%
<i>“Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica”.</i>	5.137	8,3%
<i>“Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas”.</i>	4.866	7,8%
<i>“es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente”.</i>	4.100	6,6%

“La prescripción del medicamento no tenía el nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica”.	2.818	4,5%
“La prescripción del medicamento no tenía la vía de administración”.	1.455	2,3%
“La prescripción del medicamento no tenía nombre del paciente y documento de identificación”	637	1,0%
“Está contratado el servicio pero está saturado por la demanda (insuficiencia)”	608	1,0%
“Es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación”.	578	0,9%
“La prescripción del medicamento no tenía lugar y fecha de la prescripción”.	429	0,7%
“Problemas de pertinencia en el suministro de las tecnologías que están prescribiendo”.	326	0,5%
“El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales”.	250	0,4%
“La prescripción del medicamento no tenía número de la historia clínica”	194	0,3%
“La prescripción del medicamento no tenía la dosis y frecuencia de administración”.	163	0,3%
“Usuario no ha pagado”	83	0,1%
“La prescripción del medicamento no tenía el tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro)”	58	0,1%
“La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”	56	0,1%
“Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”	33	0,1%
“Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica”	26	0,0%
“La prescripción del medicamento no tenía periodo de duración del tratamiento”.	6	0,0%
“La orden médica está vencida y no refrendada”.	6	0,0%
“Es un servicio o tecnología que tiene que ser prestado en el exterior”.	5	0,0%
“El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades”	3	0,0%
Total	62.193	100%

III Trimestre de 2020:

6.3. En este trimestre se presentaron 221 negaciones en el régimen contributivo, equivalentes a 57,3% de registros y 165 en el régimen subsidiado, lo que se traduce en el 42,7%, por los motivos que se detallan a continuación:

Tabla No.3.

Motivo	Número	Porcentaje
“Usuario no ha pagado”	270	69,9%
“La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”	106	27,5%
“Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”	10	2,6%
Total	386	100%

IV Trimestre de 2020:

6.4. En este periodo se efectuaron 208 negaciones en el régimen subsidiado, esto es el 61,9% y 128 en el contributivo, esto es 38,1%, así:

Tabla No. 4

Motivo	Número	Porcentaje
“La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”	168	50,0%
“Usuario no ha pagado”	123	36,6%
“Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”	44	13,1%
“El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades”	1	0,3%
Total	386	100

Es preciso señalar, que en el informe del cuarto trimestre de 2020, el Ministerio indicó que, en aras de buscar la protección de los pacientes debería modificarse la orden de recuperación del dinero pagado sin justa causa a las EPS que hubieren negado servicios costeados con la UPC, emitida por la Sala Especial, dado que esta directriz no protege el derecho a la salud de los usuarios del Sistema, por lo que presentó una propuesta para remplazar tal mandato, por uno dirigido a que los afiliados a los que la EPS nieguen injustificadamente los servicios requeridos, puedan¹¹ acceder a ellos a través de una IPS habilitada, debiendo las promotoras reconocer y pagar por la prestación de los mismos.

7. A través de auto de 26 de marzo de 2021 la Sala Especial de Seguimiento solicitó a los peritos constitucionales voluntarios pronunciarse con respecto del cumplimiento de la directriz décima novena. En respuesta allegaron los siguientes conceptos con relación a los puntos que se señalan a continuación¹²:

(i) Avances y retrocesos advertidos en la implementación de medidas para la creación de un registro de negaciones y la disminución de las causales “*otros motivos*” y servicios PBS:

La Asociación de Pacientes de Alto Costo¹³ señaló que las mejoras han sido mínimas en razón a la falta de medidas adoptadas por la Supersalud en sus funciones de investigación, vigilancia y control en relación con los reportes; lo cual genera que “*las eps tengan claro que no pasa nada si niegan un servicio*”.

Aseguró que es primordial determinar el listado de las causales de negación mediante una construcción amplia con todos los actores del sistema de salud que refleje la realidad de estas negaciones.

En lo que respecta a las negaciones la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –Acemi-, aceptó que la expedición de la Resolución 3539 de 2019 se constituye en un progreso toda vez que (a) permite reportar a los entes de control “*los tiempos de oportunidad en la prestación de todos los servicios*” e identificar el tipo de negaciones de servicios; (b) se ampliaron las causales de negación; (c) la herramienta arroja datos claros y precisos. No obstante, expresó que no existe claridad bajo qué causal se debe clasificar algunos casos y se dejan por fuera ítems que no hacen parte de la tabulación.

Reconoció como un adelanto la creación de la plataforma Mipres y la definición de techos o presupuestos máximos debido a que inciden favorablemente en el resultado de las negaciones.

El Programa Así Vamos en Salud comentó que el autoreporte es un logro; no obstante, estimó necesario determinar un medio de verificación externo a las EPS, con el fin de garantizar la trazabilidad de cada acción efectuada producto del registro de negaciones.

¹¹ Por medio de una metodología establecida.

¹² La Asociación de Pacientes de Alto Costo, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral-Acemi y el Programa Así Vamos en Salud presentaron respuestas a las preguntas efectuadas.

¹³ Mediante documento de 22 de abril de 2021.

(ii) Suficiencia, precisión, aptitud e idoneidad de los datos obtenidos con ocasión de la Resolución 256 de 2016 para determinar los servicios autorizados, pero no suministrados en forma oportuna:

La Asociación de Pacientes de Alto Costo anotó que los datos obtenidos no son de calidad, en atención a que la información registrada no refleja los tiempos de espera, toda vez que estos se cuentan desde que se asigna la cita hasta cuando es atendido el paciente sin tomar en consideración los meses en que no hubo agenda. Apuntó que (i) los indicadores son insuficientes, dado que la entrega de medicamentos es una de las quejas más frecuentes y no está incluida, así como tampoco la atención en ecografía, RX y otras¹⁴ y, (ii) las ESE no cuentan con sistematización de estos procesos por los que no se registran el “*número de citas solicitadas y no asignadas por no haber agenda*”.

La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –Acemi-, declaró que los indicadores de la Resolución 256 de 2016 permiten determinar los tiempos promedio de autorización de los servicios objeto de las mediciones; sin embargo, no son suficientes para determinar el suministro oportuno de la totalidad de los servicios debido a que ese reporte relaciona las fechas de autorización y de prestación y solo contempla unos servicios. Además, indicó que los datos enviados por las IPS son generales y no se dividen por EPS ni incluyen la totalidad de los servicios PBS.

Expuso que el registro regulado en dicha resolución no permite identificar las causas de la falta de oportunidad en el suministro de los servicios, por lo que, en aras de que se conozcan las razones de las demoras en la prestación, propuso su modificación.

(iii) Las causales diseñadas con ocasión de la Resolución 3359 de 2019:

La Asociación de Pacientes de Alto Costo destacó que las 40 razones del reporte de negaciones son insuficientes. Consideró válidos los conceptos 1, 2, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 16, 18, 19, 20, 23, 32, 34, 37 y 38 y no válidos los motivos 3, 8, 9, 13, 14, 15, 17, 21, 22 y 40 “*por ser minucias de trámite administrativos*” y porque no tiene claro si las EPS tienen un departamento de seguimiento o vigilancia farmacéutica para rechazar por efectos secundarios.

Adicionalmente estimó que son negaciones del derecho a la salud y desconocimiento de la Ley Estatutaria las siguientes: 7, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 35 y 39.

La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –Acemi expuso que a través de la herramienta Mipres se posibilita el suministro de medicamentos y procedimientos que eran negados por causas incluidas en la Resolución 3539 de 2019¹⁵, por lo que ya no son necesarias dichas razones de negación; sin embargo,

¹⁴ Sin que especificara cuáles eran.

¹⁵ Sin que se refiriera particularmente a alguna de ellas.

aseveró que los servicios no aprobados por la junta de profesionales de las IPS no cuentan con una tipificación específica que admita su identificación individual.

Señaló que existe dificultad en el suministro de medicamentos que son prescritos por médicos a sus pacientes para usos diferentes a los aprobados por el Invima y no se encuentran incluidos en Mipres.

(iv) Respecto a si los registros a los que se refieren las resoluciones 3359 de 2019 y 256 de 2016 posibilitan determinar en forma clara y precisa la negación y dilación de los servicios PBS UPC y PBS no UPC:

La Asociación de Pacientes de Alto Costo afirmó que el registro no permite conocer las negaciones de los servicios y tecnologías cubiertos por la UPC y prescritos a través de Mipres.

Planteó que se podía mejorar con un sistema único de información donde todos los actores reporten en línea los servicios de salud, para hacer seguimiento a los indicadores que se establezcan como negaciones.

La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –Acemi aceptó que la información pedida mediante la Resolución 3539 de 2019 permite detallar los motivos que originan la negación y a partir de esos datos realizar el seguimiento requerido para garantizar accesibilidad al servicio. Sin embargo, expresó que¹⁶ se presentan diferencias conceptuales en el alcance de la Resolución 3539 de 2019 para varios servicios especialmente los gestionados por la plataforma Mipres. Agregó que conforme a lo señalado por el Ministerio de Salud en el seguimiento al auto 411 de 2015, los servicios financiados por la UPC y tramitados por la herramienta Mipres tienen sus propias causales y se reportan vía web desde la misma plataforma y los entes de control pueden acceder al aplicativo.

Por otro lado, al referirse a la Resolución 256 de 2016 sostuvo que este registro permite determinar en forma clara el seguimiento a la continuidad y accesibilidad en la prestación de los servicios; sin embargo, no admite reportar causales generadoras de la falta de oportunidad como desabastecimiento de medicamentos o insuficiencia de oferta de prestadores de talento humano en algunas especialidades.

(vi) falencias en el registro de negaciones diseñado mediante la Resolución 3539 de 2019:

La Asociación de Pacientes de Alto Costo consideró como deficiencia en el registro (a) el autoreporte por parte de las EPS; (b) la falta de reporte de las demoras en la atención y, (c) no contener información respecto de los faltantes de los medicamentos y las demoras en la entrega de estos.

¹⁶ De acuerdo con lo informado por varias promotoras, en mesas de trabajo previas entre ellas y el Ministerio de Salud.

La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –Acemi expresó que la resolución no incluye otros actores como los operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos.

(vii) Avances obtenidos en virtud del registro de negaciones implementado por medio de la Resolución 3539 de 2019, así como el impacto de la creación de registro de servicios negados y los indicadores del Sistema de Información para la Calidad en la Prestación Oportuna de las Tecnologías en Salud:

La Asociación de Pacientes de Alto Costo adujo que existe un avance mínimo toda vez que los indicadores corresponden a los filtros administrativos de las EPS que generan unas negaciones, pero no se registran las realidades en la prestación de los servicios y en la entrega de medicamentos.

Añadió que existe un alto número de negaciones por una aparente “duplicidad de solicitud” que conforme a su experiencia *“en muchos casos las mismas eps no bajan de sus sistemas las solicitudes negadas por ejemplo: errores de las fórmulas y el paciente pide una nueva fórmula y al solicitar autorización la eps dice que ya está en trámite la autorización y no permite radicar (...) problemas acentuados ahora por la virtualidad”*.

También expresó que no se reportaron (i) los problemas presentados en los procesos de radicación en los aplicativos virtuales por fórmulas mal subidas a la plataforma y, (ii) el incumplimiento del envío de medicamentos a domicilio a los pacientes mayores de 70 años y de comorbilidad de alto riesgo para Covid 19 *“algo que deja ver claramente que el ministerio no está respondiendo de acuerdo con las realidades del sistema de salud modificando los indicadores a la realidad del país”*.

La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –Acemi recalcó que tanto el registro de servicios negados como el reporte de calidad ha tenido un impacto positivo y le ha permitido identificar mejoras en los procesos para garantizar la gestión del acceso a los servicios de salud y puntualizó como avances los siguientes:

(a) Ampliación de las causales de negación, lo cual permite analizar con más detalles los fundamentos de estas.

(b) Se ha dado una mayor interacción en los procesos internos de las EPS, teniendo en cuenta que una vez se identifican acciones que no permiten el acceso se gestionan en línea y se entrega una respuesta efectiva al usuario.

(c) Ha generado una propensión por un trabajo en línea entre la EPS y los prestadores en materia de herramientas y procesos para garantizar la continuidad en la prestación del servicio.

(d) Favorece el trabajo articulado entre los procesos al interior de las EPS para el desarrollo tecnológico en los sistemas de información.

Reconoció que el reporte permite efectuar un seguimiento a las posibles causales de negación de servicios, lo que resulta adecuado para ajustar el proceso autorización y de esta forma evitar la materialización de una negación de servicios.

8. Además de la información suministrada en relación con los puntos anteriores, el Programa Así Vamos en Salud se pronunció acerca de los informes de los tres primeros trimestres de 2020, efectuando las siguientes apreciaciones:

(i) Primer trimestre de 2020:

Aseveró que el Ministerio cumple con la normatividad y el objetivo del registro de la información y retroalimentación a las EPS. No obstante, considera que debe contener las acciones que realiza el órgano de control.

Advirtió que a las EPS se les tiene que exigir que efectúen el reporte en forma oportuna y con calidad. Consideró que si bien el autoreporte es un gran avance es necesario determinar un medio de verificación externo a las EPS, de tal manera que garantice la trazabilidad de cada acción realizada producto del registro de la negación.

Puntualizó que existen causales que no son estrictamente negaciones, a vía de ejemplo mencionó sobre el “*servicio duplicado y /o ya tramitado*”, que este concepto no es una negación, sino que se trata de un trámite ya realizado y un derecho garantizado.

Anotó que el informe es descriptivo y no permite determinar las causas o razones de las negaciones, así como tampoco las consecuencias sobre el derecho.

(ii) Segundo trimestre de 2020:

Recalcó que se persiste en la no explicación de las causales de las negaciones y el no abordaje de las causas de no reporte. Manifestó que surge la duda del por qué el régimen contributivo tiene más negaciones que el subsidiado.

Añadió, que el problema del bajo reporte se subsana dando más plazo, se avanza con análisis de tasas y justificación de otros motivos, así como en el análisis de lo que es una negación y se evidencian no autorizaciones justificadas. Se advierten razones que son reprochables que se podían resolver en el contexto que establece las EPS e IPS, tales como “*nombre de medicamento expresado en la denominación común internacional*”, “*la prescripción del medicamento no tenía nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe*”, “*la prescripción del paciente no tenía nombre del paciente y documento de identificación*” y “*Está contratado el servicio pero está saturado por la demanda (insuficiencia)*”.

(iii) Tercero trimestre de 2020:

Sostuvo que al igual que los informes anteriores, este reporte carece de la descripción de corresponsabilidades y de causalidad frente a las fallas del Sistema.

Por último, Así Vamos en Salud le sugirió a la Corte solicitar un análisis de causalidad o corresponsabilidad de fallas al Ministerio; también recomienda sugerir un mecanismo de imparcialidad para el control del autoreporte.

9. Mediante auto de 26 de marzo de 2021, la Sala Especial le preguntó a la Superintendencia Nacional si (i) había iniciado investigación por la negación a los servicios y tecnologías en salud por “*nombre de medicamento expresado en la denominación común internacional*”, “*la prescripción del paciente no tenía nombre del paciente y documento de identificación*”, “*está contratado el servicio pero está saturado por la demanda*”, “*tecnología incluida en el pos*”; (ii) había desplegado actuaciones en contra de las Promotoras que conforme a la información recopilada producto de las resoluciones 3359 de 2019 y 256 de 2016 hubieren negado o suministrado en forma inoportuna las tecnologías en salud.

En relación con el primer aspecto la SNS indicó que el nivel de especificidad solicitado no se encuentra en los parámetros establecidas en la Superintendencia dentro de las herramientas tecnológicas y aplicativos usados para el manejo de las PQRD y posterior inicio de las actuaciones administrativas de investigación vigilancia y control.

Expresó que los principales motivos para el inicio de las investigaciones administrativas sancionatorias responden a incumplimiento de las EPS respecto a la obligación de entregar los registros trimestrales sobre negación de servicios y negaciones injustificadas de servicios de salud PBS determinadas luego del análisis de la información remitida por las EPS de acuerdo con las órdenes 19 y 20 de la sentencia T-760 de 2008.

Aseguró que para el tercer trimestre de 2020 impuso multas por un valor de 3.335'651.400,00.

Adujo que para el cuarto trimestre de 2020 la Delegada de Procesos reportó multas por valor de 2.962'585.125,00, que varió a 2.782'024.525,00 en virtud de una modificación en sede de reposición.

Afirmó que durante el primer trimestre de 2021 impuso multas por valor total de \$1.521'781.050,00, también expresó que para el periodo mencionado inició investigaciones por presuntas infracciones en materia de negación de medicamentos y tecnologías en salud respecto de pacientes de especial protección constitucional y por negación de autorización de cirugías y entrega de medicamentos PBS, no PBS y alto costo.

En relación con el segundo aspecto de la pregunta realizada por esta Corporación, apuntó que para el tercer trimestre las entidades que registraron el más alto número de negaciones fueron la Nueva EPS, Comfahuila y Aliansalud por las siguientes causales (a) usuario no ha pagado; (b) la cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada y, (c) usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio. Aseguró que debido a ello requirió a la Nueva EPS régimen subsidiado por la

causal no ha pagado, con el fin de que brindara las explicaciones del caso; con respecto a las otras entidades encontró que dicha conducta estaba justificada.

10. Igualmente, en el auto de 26 de marzo de 2021 la Sala Especial le hizo preguntas la Ministerio de Salud y Protección Social respecto del cumplimiento de la directriz décima novena. En razón de ello, expuso que actualmente el instrumento que utiliza para la recolección de información relacionada con el componente de oportunidad en la prestación de los servicios de salud por parte de los agentes del sistema es el reporte realizado en virtud de la Resolución 256 de 2016 debido a que los indicadores adoptados dan cuenta de tiempos promedio para la prestación de servicios como ayudas diagnósticas, consulta por medicina especializada y realización de procedimientos quirúrgicos seleccionados.

Profundizó que la Resolución 256 de 2016 no contempla punto de corte a nivel de mínimos o metas frente a los indicadores establecidos debido a la asimetría que se presenta dentro del territorio nacional tales como diversidad poblacional, heterogeneidad territorial zonas con densidad poblacional y otras con dispersión geográfica, infraestructura y limitaciones en la oferta y disponibilidad de talento humano en salud, particularmente de médicos especialistas. Debido a ello y a que cada paciente cuenta con condiciones particulares según su patología, pronóstico y estado clínico, resaltó que no se cuenta con parámetros que definan los tiempos de acceso a servicios de medicina especializada, exámenes de laboratorio, imagenología.

Comentó que las causales establecidas en la Resolución 3539 de 2019 se aplican a los servicios que actualmente vienen reportando las EPS de los regímenes y contributivo y subsidiado, pero no están diseñadas para el reporte de servicios no autorizados o no suministrados oportunamente.

Por otra parte, añadió que las posibles demoras que se presentan en la prestación de servicios no pueden calificarse necesariamente como ineficiencias administrativas de las EPS, debido a que en la atención intervienen, además otros agentes como los prestadores de los servicios de salud y proveedores.

Aclaró que en el marco de las validaciones a la información enviada para el cumplimiento de la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008 observó que las EPS estaban remitiendo los servicios y tecnologías que pese a ser ordenados por el profesional de la salud tratante en la herramienta Mipres, no se tramitaban por esta vía y por tanto no eran objeto de suministro por incursionar en alguna causal de no entrega y que *“por tanto, no debían haberse reportado en el registro de negaciones, por no corresponder en estricto sentido a la negación de un servicio de salud ordenado por el médico tratante”*. Añadió que la finalidad del registro de negaciones es *“recaudar información respecto de servicios de salud negados, que como tal, privan al usuario sin justificación alguna de acceder a ellos, lo que no es propio de las causas de no entrega, contempladas en la normatividad regente en materia de Mipres”*.

Resaltó que, en virtud de lo anterior, después del tercer trimestre de 2020, se mantuvo la baja de servicios no autorizados.

11. Luego del concepto rendido por los peritos, la cartera de salud allegó el informe correspondiente al primer trimestre de 2021. En este, se presentaron 128 negaciones, equivalente al 38.1% de registros, en el régimen contributivo; y, 208 en el régimen subsidiado, lo que se traduce en el 61.9%. Por las causas que se detallan a continuación:

Tabla No. 5.

Motivo	Número	Porcentaje
“La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”	116	61,1%
“Usuario no ha pagado”	49	25,8%
“Usuario no afiliado a las EPS al momento de la solicitud del servicio”	25	13,2%
Total	190	100%

II. CONSIDERACIONES

Competencia

1. En virtud de 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 1991¹⁷, esta Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir el presente auto.

Metodología de la Valoración y niveles de cumplimiento

2. La Corte evaluará el grado de acatamiento de la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008, en atención a los niveles de cumplimiento que se han establecido paulatinamente, a partir del auto 411 de 2015¹⁸ y lo mencionado por esta Sala en diferentes ocasiones, en relación con la intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas¹⁹, con fundamento en el acervo documental que reposa en el expediente, en las intervenciones y páginas web de las entidades gubernamentales y los conceptos de los peritos constitucionales voluntarios.

Para estos efectos, la Sala debe verificar si se adoptaron directrices, normas, planes y herramientas de políticas públicas que tengan como fin dar cumplimiento a la orden 19.

¹⁷ “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. 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.”

¹⁸ 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. Reiterado en los autos 186 de 2018, reiterados entre otros en los autos 186 y 549 de 2018, 122, 122A, 140, 470A de 2019, 077A, 092A y 094A de 2020, entre otros.

¹⁹ Cfr. autos 140, 470 A de 2019, 077A, 092A y 094A de 2020, entre otros.

3. La Corte efectuará la valoración conforme a los niveles de cumplimiento que ha desarrollado, prescindiendo del empleo de indicadores cuya ausencia no imposibilita la verificación del goce efectivo de los derechos, como lo ha establecido la jurisprudencia constitucional.²⁰

4. Respecto de la metodología para determinar la observancia de las órdenes en el desarrollo de las labores de seguimiento, esta Corte ha indicado que es válida la utilización de niveles que permitan valorar los avances, rezagos o retrocesos en la ejecución y el seguimiento de las políticas públicas.²¹

5. El cumplimiento se analizará partiendo principalmente de tres puntos: las medidas, los resultados y los avances atendiendo la metodología fijada en el auto 411 de 2015²².

6. 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 cumplimiento²³, que puede ser bajo, medio, alto, general o incluso incumplimiento general.

7. 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.

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

(i) que sean inconducentes para cumplir con el mandato estructural, toda vez que no son compatibles con los elementos del mandato, (ii) que sean conducentes para la observancia de la disposición que se examine, por cuanto abordan acciones en relación con los requerimientos de la orden, pese a que la autoridad encargada no acreditó resultados²⁴, (iii) aunque sean conducentes y los resultados hayan sido informados a la Sala, no se advierte que existan avances reales²⁵, 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.

9. El nivel de cumplimiento medio será declarado cuando a pesar de haber ejecutado acciones²⁶, las mejoras no sean suficientes sino parciales en la

²⁰ Auto 373 de 2016.

²¹ Sentencia. T-388 de 2013; auto 008 de 2009; auto 373 de 2016.

²² Auto 411 de 2015.

²³ Reiterados entre otros, en los autos 186 y 549 de 2018, 122, 122A y 140 de 2019.

²⁴ Entiéndase por *resultado* la materialización de las medidas formales adoptadas por la autoridad obligada en el ámbito de acatamiento de la orden examinada.

²⁵ 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.

²⁶ Aunque el obligado haya implementado medidas conducentes, reportado los resultados y aquellos muestren avances en la ejecución de la política.

superación de la falla estructural que dio origen a la orden. En estos casos la Sala otorgará un plazo razonable para que la autoridad encargada trabaje en el acatamiento de la orden, al final del cual se verificarán nuevamente las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos.

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

11. 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.

12. 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.²⁷

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

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

15. 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.

²⁷ Cfr. autos 186 y 549 de 2018, 122, 122A y 140 de 2019.

16. Por último, se resalta que en favor de esta labor se cuenta con la Procuraduría General de la Nación, la cual deberá realizar un acompañamiento con enfoque preventivo²⁸ a las autoridades obligadas en la ejecución de los mandatos, desplegar las actuaciones disciplinarias,²⁹ disponer de la potestad sin perjuicio de las decisiones que continúe profiriendo la Sala Especial mientras se mantenga el incumplimiento de las disposiciones generales.

17. Es preciso señalar que el empleo de niveles en el desarrollo del seguimiento que realiza esta Sala Especial no es óbice para que el Ministerio de Salud diseñe unos indicadores que contribuyan a medir la obediencia y la continuidad de la política pública, particularmente el impacto de esta en el acceso real y efectivo a los servicios de salud.³⁰

Con base en las anteriores precisiones, la estructura del análisis y evaluación se desarrollará de la siguiente manera: (i) se precisará el alcance de la orden décima novena; (ii) se efectuará un análisis del cumplimiento de la orden décima novena y, (iii) se valorará el grado de acatamiento de la decisión.

Alcance de la orden décima novena

18. Como se señaló en el acápite de los antecedentes, en la sentencia T-760 de 2008, la Corte evidenció la existencia de una serie de fallas en el SGSSS³¹ que impedían el goce efectivo del derecho a la salud, entre esas, encontró que había negación de autorizaciones de tecnologías en salud y demora en la prestación de servicios que estaban contemplados en los entonces planes obligatorios de salud, hoy PBS, por lo que estimó que el Estado dejaba de proteger la prerrogativa de la salud al permitir que se obstaculizara el acceso a las tecnologías y servicios a los que las personas tenían derecho.

19. En virtud de lo anterior emitió el mandato décimo noveno, mediante el cual ordenó al Ministerio de Salud tomar acciones tendientes a garantizar que todas las

²⁸ Cfr. Constitución Política art. 277.1: “El Procurador General de la Nación, por sí o por medio de sus delegados y agentes, tendrá las siguientes funciones: 1. Vigilar el cumplimiento de la Constitución, las leyes, las decisiones judiciales y los actos administrativos”. Decreto Ley 262 de 2000 art. 24.1: “Funciones preventivas y de control de gestión. Sin perjuicio de lo dispuesto en la ley, las procuradurías delegadas tienen las siguientes funciones de vigilancia superior, con fines preventivos y de control de gestión: 1. Velar por el cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales, así como de las decisiones judiciales y administrativas”. Y Resolución 490 de 2008 “por medio de la cual se crea el Sistema Integral de Prevención y se establecen los principios y criterios correspondientes al ejercicio de la función preventiva a cargo de la Procuraduría General de la Nación y se dictan otras disposiciones”.

²⁹ 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.

³⁰ Auto 373 de 2016. En el auto 266 de 2017 se lee: *Con relación a este último aspecto, es preciso advertir que la Corte Constitucional desde la misma sentencia T-025 de 2004 ‘señaló la ausencia de indicadores y mecanismos de seguimiento y evaluación como uno de los problemas más protuberantes de la política de atención a la población desplazada’ [Sentencia T-025 de 2004. Fundamento jurídico 6.3.1.]. A pesar de ello, y de las diferentes órdenes dictadas por esta Corporación para superar este vacío [Autos 185 de 2004, 178 de 2005, 218 de 2006, 266 de 2006, 118 de 2008 y 373 de 2016], actualmente no existe una batería de indicadores completa que permita evaluar el cumplimiento y la continuidad de la política pública dispuesta para proteger los derechos de pueblos étnicos ni detectar los errores y obstáculos de su diseño e implementación con el fin de adoptar decisiones encaminadas a superar dichas fallas.*

³¹ Sistema General de Seguridad Social en Salud.

promotoras enviaran a la Comisión de Regulación en Salud³², a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo un informe trimestral que debía contener (i) los servicios médicos ordenados a los pacientes, no autorizados por las promotoras y no tramitados ante el Comité Técnico Científico y, (ii) las tecnologías prescritas por el médico tratante negadas por el CTC.

20. Orden que tenía como propósito identificar las tecnologías mencionadas, en aras a que la SNS, la Defensoría del Pueblo y la entonces Comisión de Regulación en Salud desplegaran las acciones de acuerdo con sus competencias frente a las conductas vulneradoras del derecho a la salud. Por lo que es de suma importancia la información suministrada debido a que permite conocer el grado de acceso de los servicios a los que la población tiene derecho.

21. Razón por la cual esta Corporación mediante el auto 411 de 2015 señaló que era necesario contar con datos precisos, actualizados y confiables que den cuenta de (i) los servicios que más se niegan; (ii) las EPS que con mayor frecuencia se abstienen de autorizar las tecnologías en salud; (iii) las razones de la negación y, (iv) los medicamentos y procedimientos no autorizados que hacen parte del plan de beneficios. También indicó en esa oportunidad que era necesario que las autoridades adoptaran acciones eficaces y sanciones ejemplarizantes en relación con la información reportada.

Con fundamento en lo anterior, en dicho auto de valoración se dispuso rediseñar el registro, conforme a los parámetros que se detallan a continuación: (i) ser alimentado a través de una plataforma de ingreso *web* con usuario y contraseña privada para cada reportante; (ii) ingresar la información en línea; (iii) el formulario debería ubicar el afiliado o beneficiario por documentos de identidad; (iv) contener el listado de tecnologías cuyo uso se encontrara autorizado por la autoridad competente en Colombia para elegir la prestación negada de ese catálogo; (v) reportar cada tecnología negada por separado; (vi) especificar la enfermedad que sufre la persona; (vii) el mes y el año reportado no deberían modificarse y los espacios no ser llenados con comillas; (viii) impedir que se diligencie el siguiente espacio en el evento en que no se ha ingresado correctamente la información del campo anterior y, (ix) incorporar un mecanismo de alarmas que se active ante el registro de una negación de un servicio, antes POS, hoy PBS.

Además determinó que se debía (i) redefinir los motivos de negación para que se incorporaran la mayoría de las causales que se pudieran presentar en la atención en salud, incluir la causal “*otros motivos*” y disminuir considerablemente el porcentaje de negaciones por la causal “*otros motivos*” y “*servicio es cobertura del POS*”; (ii) garantizar que las EPS reportaran la información de las tecnologías negadas de manera completa y en los periodos establecidos y adelantar labores para que se contara en el término de seis meses con el 90% de los registros validados y 95% en un año y, (iii) remitir dentro de los 15 días hábiles siguientes

³² Entidad que actualmente está liquidada. Sin embargo, sus competencias y funciones se trasladaron al Ministerio de Salud.

a la terminación del respectivo trimestre a la Procuraduría, Contraloría, Defensoría del Pueblo y a esta Corporación el número de entidades habilitadas y las que entregaron el informe, el total de negación en el trimestre y por régimen, los servicios de salud formulados por el médico tratante, no autorizados por la EPS y no tramitados ante el CTC y los no autorizados por la EPS y negados por el CTC, así como un análisis cualitativo del semestre comparado con el anterior.

En vista a que no evidenció una estrategia contundente por parte del ente Ministerial y los de control para conjurar la práctica irregular de negar servicios que hacían parte del entonces POS decidió que se debía obtener la devolución del dinero pagada sin justa causa a las EPS que hubieran negado servicios incluidos en el entonces plan obligatorio de salud a partir del segundo trimestre de 2012.

Así mismo, ordenó a la Superintendencia Nacional de Salud iniciar las diligencias en contra de las EPS que no han efectuado el reporte de negaciones o no lo han hecho oportunamente e investigar las razones por las cuales se presentan las negaciones de servicios incluidos en el entonces POS.

22. Ahora bien, como quiera que los informes de registros negados remitidos se circunscribían a las negaciones expresas de servicios dejando al margen las demoras en el suministro de servicios autorizados, esta Corporación, teniendo en cuenta los fundamentos de la directriz señalados en la sentencia T-760 de 2008, en auto 122 de 2019, precisó que la falta de oportunidad en los servicios constituía una negación por lo que se tendrían que reportar tanto las negaciones expresas de los servicios, como las tácitas derivadas de la demora en la dispensación, dado que ambas conductas vulneran la prerrogativa fundamental a la salud.

En ese sentido en dicha providencia, se dispuso que el Ministerio debería emitir una nueva normativa que regulara el registro de negaciones, el cual debería atender los parámetros establecidos en el auto 411 de 2015, estar en consonancia con la Ley Estatutaria en salud y el actual plan de beneficios, y generar información respecto de la negación de servicios que hacen parte del PBS, independientemente de si eran catalogados como protección individual o colectiva y aquellos que a pesar de haber sido autorizados no son suministrados en forma oportuna. Además, dispuso que el registro debe permitir la obtención de datos claros, precisos, confiables y de calidad sobre los servicios negados y no suministrados en forma oportuna por las EAPB, en aras de que las autoridades competentes realicen acciones tendientes a evitar las negaciones expresas y dilaciones de servicios autorizados; y, se ratificaron las demás disposiciones del auto 411 de 2015 señaladas en el numeral noveno de los considerandos.

23. Ahora bien, debido al tiempo transcurrido desde que se profirió la orden³³, la directriz décima novena se vio impactada por los cambios que ha sufrido el Sistema de Salud, entre ellos, la eliminación de los Comités Técnicos Científicos y la creación del Mipres. Razón por la cual, la Sala Especial mediante auto 093A de 2020 al resolver varias solicitudes del Ministerio decidió pronunciarse acerca del vigor de esta directriz y precisó que, pese al no funcionamiento de los CTC, el

³³ Año 2018.

mandato continúa vigente debido a la persistencia de las negaciones. En esa oportunidad, también modificó la decisión respecto a la devolución de los dineros y ordenó al Ministerio iniciar el trámite respectivo para obtener el reintegro del rubro correspondiente a la UPC mensual pagada por usuario durante el mes en que hubiere sufrido la barrera en la prestación de servicios POS o PBS UPC, de conformidad con la información contenida en el registro de negaciones con relación a dineros girados y compensados a partir de los dos años anteriores al mes siguiente de la notificación del auto 093A de 2020.

Así mismo, modificó el término conferido para la entrega del informe trimestral de servicios, el cual debería ser allegado dentro de los 45 días calendarios a partir de la finalización del trimestre.

24. En este orden de ideas, pese a los cambios ocurridos en el sistema, la orden décima novena conserva su vigencia y para verificar su cumplimiento se deben tomar en consideración no solo la directriz impartida en la sentencia T-760 de 2008, sino también las órdenes dadas en los autos de valoración 411 de 2015 y 122 de 2019, y en el auto 093A de 2020. En consecuencia, para el cumplimiento de este mandato se debe verificar si el Ministerio:

(i) Adoptó un registro de negaciones para los regímenes contributivo y subsidiado que además de cumplir con los presupuestos establecidos en el auto 411 2015³⁴ permita generar información de la negación de servicios cubiertos por el plan de beneficios, sean financiados o no por la UPC, o prescritos o no a través de Mipres, así como de los autorizados, pero no suministrados oportunamente.

(ii) Tomó las medidas necesarias para disminuir sustancialmente el porcentaje de negaciones y dilaciones correspondiente a las causales “otros motivos” y “servicio es PBS (PBS UPC y PBS no UPC)”.

(iii) Efectuó actuaciones con el fin de que el porcentaje de validación supere el 95%.

(iv) Logró que el 100% de las entidades habilitadas remitan la información sobre los servicios negados y no prestados en forma oportuna.

(v) Remitió a la Procuraduría, Contraloría, Defensoría y a esta Corporación la información de registros negados dentro de los 45 días calendarios a la finalización del respectivo trimestre.

(vi) Inició el trámite para la obtención de la devolución de los dineros correspondiente a la prima pagada por usuario UPC durante el mes en que hubiere sufrido la barrera en la prestación de servicios PBS UPC.

(vii) Realizó actuaciones tendientes a desestimular la negación y demora de los servicios y tecnologías que hacen parte del plan de beneficios.

³⁴ Mencionados con anterioridad.

Así mismo, se debe examinar si la Superintendencia Nacional de Salud informó las acciones adoptadas frente a las EPS que omitieron la obligación de reportar los servicios negados, así como contra aquellas que niegan o dilatan el suministro de tecnologías en salud cubiertas por el PBS.

Análisis del cumplimiento de la orden décima novena

25. En esta oportunidad, la Sala Especial realizará un examen del acatamiento de la directriz décima novena en el que se estudiarán las medidas y acciones adoptadas, además de otros puntos específicos. En este sentido se verificarán los siguientes aspectos : (i) la regulación del registro de negaciones en los regímenes contributivo y subsidiado; (ii) los motivos de negaciones; (iii) se efectuarán algunas consideraciones previas y particulares sobre la información reportada por el Ministerio a la Corte Constitucional referente al primer y segundo trimestre de 2020; (iv) análisis de la información reportada (v) la disminución del porcentaje de negaciones en relación con las causales de “*otros motivos*” y “*servicios PBS*”; (vi) la validación de datos del registro. (vii) el deber de garantizar la entrega de los informes de servicios negados por parte de las EPS; (viii) las entregas de los informes de negaciones a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo y la Corte Constitucional; (ix) la publicación en la página web del Ministerio del reporte consolidado de servicios negados; (x) la recuperación del dinero pagado sin justa causa a las EPS que hayan negado servicios costeados con la UPC; (xi) el cumplimiento de la órdenes impartidas a la Superintendencia Nacional de Salud referentes a la presentación de un informe sobre las acciones adoptadas frente a las EPS que omiten la obligación de reportar los servicios negados y contra aquellas que nieguen o dilatan el suministro de tecnologías en salud cubiertas por el PBS y, (xii) se valorará el cumplimiento de la orden.

Regulación del registro de negaciones en los regímenes contributivo y subsidiado

26. En el auto 122 de 2019, la Corte dispuso que en el término de dos meses de emitida dicha providencia, el Ministerio de Salud debería expedir una nueva regulación del registro de negaciones en los regímenes contributivo y subsidiado que permitiera generar información acerca de las negaciones expresas y tácitas de los servicios cubiertos por el plan de beneficios, independientemente de la forma de financiación y prescripción, reporte que debería arrojar datos precisos, claros y confiables y entrar en funcionamiento en un término máximo de tres meses.

27. Al revisar el cumplimiento de esta directriz la Sala Especial pudo evidenciar, que luego de emitido el auto 122 de 2019³⁵, la cartera de salud³⁶ solicitó a la Sala Especial una prórroga para la emisión de la resolución, advirtiendo que la misma no afectaría el plazo señalado para su implementación.

Ahora bien cabe destacar que el 31 de diciembre de 2019 el Ministerio profirió la Resolución 3539 de 2019, mediante la cual se adoptó el reporte de negaciones de

³⁵ Notificado al Ministerio el 29 de julio de 2019.

³⁶ El 25 de septiembre de 2019.

los regímenes contributivo y subsidiado. Acto administrativo que empezó a regir a partir del 1 de enero de 2020. Lo anterior, permite a la Sala concluir que, si bien la expedición no se efectuó conforme lo dispuso el auto 122 de 2019, su implementación sí se llevó a cabo en el tiempo previsto en dicha providencia, puesto que tuvo lugar a los cinco (5) meses de la notificación al rector de la política pública del auto 122 de 2019.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Sala considera que la medida adoptada, constituye en sí un avance en relación con lo advertido en el auto 122 de 2019, toda vez que el registro de negaciones estudiado en esa oportunidad, regulado a través de la Resolución 2064 de 2017, solo era aplicable para el régimen subsidiado, por lo que las EPS pertenecientes al contributivo no estaban obligadas a reportar los servicios y tecnologías negados.

En este sentido, es un progreso que en la actualidad se cuente con un registro de negaciones que pueda ser aplicable a ambos regímenes, dado que la información reportada anteriormente era parcial y no permitía: (i) conocer el comportamiento de las EPS que operaban en el contributivo y, (ii) el grado de acceso a los servicios de salud de los afiliados a tal régimen. Lo cual impedía la toma de medidas eficaces para evitar la vulneración del derecho a la salud de dichos pacientes.

Por lo expresado, y teniendo en cuenta el aspecto mencionado la Corte considera positivo el actual registro de negaciones; sin embargo, al examinar su contenido encontró que a través de tal instrumento solo se reportan los servicios negados expresamente, sin que tal plataforma pueda arrojar aquellos que, si bien, fueron autorizados no se han prestado en forma oportuna, punto que se estudiará detalladamente más adelante.

28. Ahora bien, en cuanto a la estructura de registro, la Sala Especial avizora que la Resolución 3539 de 2019 atiende lo dispuesto en los autos 411 de 2015 y 122 de 2019, en cuanto a que el reporte de servicios negados debe hacerse a través de una plataforma de ingreso *web*, toda vez que de acuerdo con el artículo 3º y el anexo técnico de la resolución, las entidades responsables del aseguramiento en salud tienen que registrar³⁷ las tecnologías negadas en la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO).

También se observa que se cumplen los siguientes presupuestos: (i) que el formulario ubique al usuario por documento de identidad; (ii) contenga el listado de las tecnologías cuyo uso esté autorizado por la autoridad competente y, (iii) se consigne la enfermedad del paciente.

Lo anterior por cuanto, de acuerdo con el anexo técnico de la resolución, la entidad reportante debe diligenciar obligatoriamente los registros de control y de detalle. En el primero³⁸ tienen que consignarse los siguientes datos:

³⁷ En forma mensual, dentro de los veinte (20) días calendarios del siguiente mes.

³⁸ Registro de control.

Tabla No. 6.

Campo
0. Tipo de registro.
1. Tipo de identificación de la entidad que reporta.
2. Número de identificación de la entidad que reporta.
3. Código de la EPS.
4. Fecha inicial del periodo de la información reportada.
5. Fecha final del periodo de la información reportada.
6. Número total de registros de detalle contenidos en el archivo.
7. Régimen de la entidad responsable del aseguramiento en salud RC o RS

Y en el segundo³⁹, debe indicarse la información detallada a continuación:

Tabla No. 7.

Campo	Requerido	Campo	Requerido
0. Tipo de registro.	SI	12. Código ámbito de atención.	SI
1. Consecutivo de registro.	SI	13. Código de diagnóstico principal.	SI
2. Código entidad.	SI	14. Código del diagnóstico relacionado 1.	NO
3. Tipo de identificación del prestador donde se solicita el servicio.	SI	15. Código del diagnóstico relacionado 2.	NO
4. Número de identificación del prestador donde se solicita el servicio.	SI	16. Tipo de servicio solicitado.	SI
5. Código de habilitación del prestador.	SI	17. Código del servicio o tecnología.	SI
6. Código del municipio donde se solicita el servicio.	SI	18. Tipo de medicamento.	NO
7. Tipo de documento de identificación del usuario ⁴⁰ .	SI	19. El dispositivo está incluido en un procedimiento.	NO
8. Número de documento de identificación del usuario.	SI	20. Tipo de prestación.	NO
9. Determinar régimen del usuario (contributivo, subsidiado o movilidad)	SI	21. Causa de negación	SI
10. Sexo de usuario.	SI	22. Si no encontró la causa en ninguna de las anteriores, mencione la razón (otros motivos)	NO
11. Fecha de nacimiento.	SI		

29. Por otro lado, también se cumple con el requisito relativo a que los espacios no sean llenados en comillas tal como lo dispone el auto 411 de 2015, teniendo en cuenta que el literal f del capítulo segundo del anexo técnico señala expresamente que: *“ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (“”) ni ningún otro carácter especial.”*

30. Ahora bien, se evidencia que los documentos continúan remitiéndose en archivos planos con extensión txt, por lo tanto, inicialmente se puede pensar que el Ministerio no tuvo en cuenta la crítica realizada en el auto 411 de 2015 y ratificada en el auto 122 de 2019 al momento de expedir la nueva resolución.

³⁹ Registro de detalle

⁴⁰ Descripción y valores permitidos: CN: Certificado de nacido vivo-DANE; MS: Menor sin identificación; RC: Registro Civil; TI: Tarjeta de identidad.

Sin embargo, es importante resaltar que el reproche efectuado en el auto 411 de 2015 surgió porque las entidades destinatarias de los reportes no podían acceder a la información registrada, puesto que sus caracteres no eran de fácil lectura. La mencionada providencia indicó:

“la Sala advierte que el reporte contiene una serie de dígitos y códigos que por sí solos son ininteligibles, dificultando que cualquier institución administrativa, judicial y/o la propia comunidad, que no cuenta con los programas validadores, pueda analizar, extraer y comparar su contenido. Prueba de ello obra en todos los informes remitidos por las EPS a esta Corporación, en los cuales reposa un archivo extensión .txt (...) la Corte considera evidente que los registros allí contenidos son confusos y de difícil entendimiento. Aunado a que no son cuantificables y cualificables sin un soporte informático, lo que implica que al no existir un software público que traduzca esos caracteres, se está impidiendo el acceso a la información e imposibilitando un mejor análisis por parte de los órganos destinatarios de los datos.”

Ahora, cabe destacar que esta situación respecto a la extensión txt ha sido superada, pues si bien los registros remitidos EPS al Ministerio se hacen en dicho formato; el informe consolidado que con base en ellos realiza el MSPS⁴¹ se hace en un archivo inteligible. En consecuencia, no imposibilita el acceso a la información por parte de las entidades destinatarias de los registros de negaciones.

Por lo anterior, dado que las razones que conllevaron a que se criticara la remisión de los informes en el formato txt fueron superadas, la Sala Especial no considera necesario seguir insistiendo en que los reportes se efectúen a través de otro tipo de archivos.

31. Siguiendo con el estudio, la Sala observa que no existe un mecanismo de alarmas que se active ante registro de una negación de un servicio incluido en el plan de beneficios y notifique vía correo electrónico a los órganos de control (Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría General y la Fiscalía General). Falencia evidenciada y puesta de presente el auto 411 de 2015⁴² y reiteradas en el auto 122 de 2019⁴³. En este sentido, tal como se señaló, si bien existe un avance, debido a que en la actualidad el registro de negaciones se aplica a ambos regímenes, también se advierte que el Ministerio no ha cumplido a cabalidad todas las órdenes impartidas en torno al registro, debido a que no ha adoptado medidas tendientes a diseñar un instrumento que permita identificar la negación de tecnologías incluidas en el plan de beneficios y tampoco ha señalado las razones de la omisión.

⁴¹ El cual es remitido a la Procuraduría, la Contraloría, la Defensoría y a esta Corporación, y publicado en la página de Minsalud.

⁴² En esa providencia se señaló: *“la Sala advierte que el reporte contiene una serie de dígitos y códigos que por sí solos son ininteligibles, dificultando que cualquier institución administrativa, judicial y/o la propia comunidad, que no cuenta con los programas validadores, pueda analizar, extraer y comparar su contenido. Prueba de ello obra en todos los informes remitidos por las EPS a esta Corporación, en los cuales reposa un archivo extensión .txt”*

⁴³ “[L]a Corte también observa aspectos negativos, tales como: (...) (ii) Los documentos siguen siendo enviados en archivos planos con extensión txt, hecho que fue reprochado por esta Corporación en el auto 411 de 2015⁴³ en virtud a que no es posible leerlos fácilmente, sino a través de un software especial impidiendo de esta forma el acceso a los datos.-(iii) No existe un mecanismo de alarmas que se active ante registro de una negación de un servicio incluido en el plan de beneficios y notifique vía correo electrónico a la Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría General y la Fiscalía General.”

32. De otra arista, en relación con el reporte de los servicios autorizados y no suministrados en forma oportuna, como se anticipó, pudo advertirse que el instrumento diseñado a través de la Resolución 3539 de 2019 no permite generar dicha información; por consiguiente, los datos consignados en tal reporte no incluyen las negaciones tácitas sino únicamente las expresas. Sin embargo, de acuerdo con aquella normatividad y lo reafirmado por el Ministerio en escrito de 24 de mayo de 2021⁴⁴ estos se obtendrían del registro establecido en la Resolución 256 de 2016.

33. Ahora bien, antes de entrar a analizar este último acto administrativo, es preciso resaltar, que tal resolución regula el Sistema de Información para la Calidad como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y establece indicadores para el monitoreo de calidad⁴⁵. Creado con la finalidad de que los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud puedan contar con información objetiva que le garantice su derecho a la libre elección, mediante los indicadores que den cuenta del desempeño de los agentes del SGSSS.

Cabe resaltar, que dicha normatividad fue expedida y empezó a regir el 5 de febrero de 2016; no obstante, el plazo para el reporte fue modificado de semestral a trimestral por la Resolución 3539 de 2019.

34. Ahora bien, al revisar los anexos técnicos de la Resolución 256 de 2016 la Corte encuentra que tal registro no cumple con los parámetros de estructura establecidos en el auto 411 de 2015, los cuales deben aplicarse para el reporte de las negaciones expresas y tácitas como puede desprenderse del literal a numeral segundo de la parte resolutive del auto 122 de 2019.

35. Lo anterior por cuanto, la resolución consagra dos anexos técnicos. En el anexo técnico No. 1 se presentan los Indicadores para el Monitoreo de Calidad que se aplican a EAPB y a las IPS, entre otras.

En los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad-Prestadores de Servicios de Salud se reportan los tiempos promedio espera para (i) las asignaciones de citas de medicina y odontología general, medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general; (ii) la toma de resonancia magnética nuclear; (iii) la atención del paciente clasificado como triage II y, (iv) la realización de cirugías de cataratas, reemplazo de cadera y revascularización miocárdica.

En los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad-EAPB se registran los tiempos promedios de espera para (i) el inicio de tratamiento en cáncer de cuello uterino, en cáncer de próstata, tratamiento de leucemia aguda pediátrica; (ii) las asignaciones de cita de medicina y odontología General y, (iv) las autorizaciones de cirugías de cataratas, de reemplazo de cadera, de revascularización miocárdica.

⁴⁴ Mencionado en el numeral 10 de los antecedentes.

⁴⁵ En virtud del artículo 45 del Decreto 1011 de 2006 y los artículos 107 y 108 de la Ley 1438 de 2011.

Estos reportes, si bien se hacen a través de plataforma *web*, no permiten ubicar automáticamente al afiliado o beneficiario por documento de identidad. Así como tampoco posibilita la consignación de la enfermedad que sufre la persona y, además no contienen el listado de todos los servicios, medicamentos, procedimientos e insumos autorizados en Colombia para que el reportante elija la prestación, debido a que únicamente se pueden registrar los señalados con anterioridad.

36. A través del anexo técnico No. 2 los prestadores de servicios de salud reportan la información para el monitoreo de la calidad en archivos que contienen registros de (i) control; (ii) detalle de oportunidad en citas; (iii) de satisfacción global; (iv) de programación de procedimientos quirúrgicos realizados en el quirófano; (v) detalle de eventos adversos y, (vi) de urgencia triage II.

Al examinar los reportes de detalle de oportunidad de citas, programación de procedimientos realizados en quirófanos y de urgencia, la Sala evidencia que estos registros si bien permiten ubicar al afiliado o beneficiario por documento de identidad, no obligan a consignar la enfermedad del paciente, ni contienen los listados de todos los servicios, medicamentos, procedimientos e insumos autorizados en Colombia, debido a que el primero, solo posibilita consignar información para consulta por primera vez de medicina general, odontología general, medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general y para procedimientos de ecografía y resonancia magnética nuclear, en el segundo, únicamente a los establecidos a unos códigos Cups que detalla la resolución y en el tercero, a los servicios de urgencia de personas clasificadas con triage II.

37. Por otro lado, la Sala observa que los registros a los que se refiere la Resolución 256 de 2016 no son instrumentos de reportes de negaciones de aquellas tecnologías que si bien fueron autorizadas no se prestaron de manera oportuna, toda vez que en aquellos, se consignan el promedio de espera de los servicios y procedimientos determinados en esa resolución, sin importar si la prestación fue oportuna o inoportuna, lo que obstaculiza a los entes de control para tomar las medidas respectivas contra las entidades que están realizando prácticas vulneradoras del derecho a la salud.

38. Además, esta dificultad es afianzada por la falta de normatividad que determine los tiempos máximos de atención de todos los servicios y tecnologías autorizados por la autoridad competente. Lo anterior, toda vez que tal como lo señaló el auto 130 de 2021⁴⁶, el rector de la política pública en salud no ha definido un término para la asignación de citas de medicina especializada, atención de exámenes de laboratorio, imagenología y otros procedimientos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad distintos a medicamentos.

39. En relación con este punto es necesario señalar que, tal como lo puntualizó Acemi, sí resulta necesario, que se regulen los términos en la prestación debido a que su ausencia, dificulta un “*seguimiento parametrizable de manera objetiva*” y puede generar percepciones subjetivas relativas al concepto de oportunidad, así

⁴⁶ El cual valoró la orden décima sexta.

como a una falta de certeza sobre qué puede entenderse por demora. Lo anterior por cuanto, tal como lo señaló el auto de valoración de la orden décima sexta⁴⁷, es necesario que los usuarios puedan ser atendidos en un tiempo razonable y proporcional a las patologías presentadas, por lo que la Sala en esa oportunidad consideró indispensable que se fijara un término máximo en la atención atendiendo parámetros de eficacia y oportunidad en la prestación del servicio, porque de lo contrario se dificultaría establecer cuándo una promotora está incumpliendo con la obligación de brindar los servicios oportunamente.

Por lo anterior, la Corte estima necesario que la cartera de salud adopte medidas tendientes a definir los términos de atención, acorde con los parámetros de eficacia y oportunidad.

40. En este orden de ideas la Sala considera que el registro de negaciones diseñado por el Gobierno no cumple lo dispuesto en el auto 122 de 2019, dado que no permite conocer los servicios autorizados y no suministrados oportunamente, además que continúan falencias en la estructura que se habían advertido en los autos de valoración anterior.

Motivos de negación

41. El auto 122 de 2019 ordenó al Ministerio adecuar los motivos de negación con el nuevo plan de beneficios y actualizarlos periódicamente. Al revisar la Resolución 3539 de 2019⁴⁸ y la página web de Ministerio⁴⁹ se observa que el rector de la política pública en salud definió las siguientes 40 causales de negaciones⁵⁰:

Tabla No. 8.

Nombre de la causal	Habilitado	Nombre de la causal	Habilitado
“Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas”.	Sí	Problemas para realizar contrarreferencia	Sí
“La prescripción del medicamento no tenía el nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica”.	Sí	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica	Sí
“La prescripción del medicamento no tenía lugar y fecha de la prescripción”.	Sí	Información insuficiente o precaria del prestador de servicios de salud en la contrarreferencia	Sí
“La prescripción del medicamento no tenía nombre del paciente y documento de identificación”	Sí	No tengo contratado el servicio de suministro de tecnología	Sí
“La prescripción del medicamento no tenía número de la historia clínica”.	Sí	Problemas de pertinencia en el suministro de las tecnologías que están prescribiendo	Sí

⁴⁷ Auto 130 de 2021.

⁴⁸ En el anexo técnico se señala que para indicar las razones de la no autorización se deben utilizar los códigos que se encuentran en la tabla de referencia “causa”.

⁴⁹

<https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=RECCausaNegacion>

⁵⁰ Página actualizada el 14 de abril de 2021 a las 09:34:07 AM

“La prescripción del medicamento no tenía el tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro)”	Sí	Falta de suficiencia técnica para la regulación de la demanda y la oferta	Sí
“Nombre del medicamento estaba expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico)”	Sí	La orden médica está vencida y no refrendada	Sí
“La prescripción del medicamento no tenía concentración y forma farmacéutica”	Sí	Dificultades en el control debido a tercerización del suministro de medicamentos e insumos	Sí
“La prescripción del medicamento no tenía la vía de administración”	Sí	Traslado no deja en claro estado de usuario	Sí
“La prescripción del medicamento no tenía la dosis y frecuencia de administración”	Sí	No cumple las condiciones para incapacidades	Sí
“La prescripción del medicamento no tenía periodo de duración del tratamiento”	Sí	No cumple las condiciones para licencia de incapacidad	Sí
“Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica”	Sí	Usuario no ha pagado	Sí
“La prescripción del medicamento no tenía la cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras”	Sí	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	Sí
“La prescripción del medicamento no tenía las indicaciones que a su juicio consideró el prescriptor”	Sí	Otras razones	Sí
“La prescripción del medicamento no tenía vigencia”	Sí	Es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación	Sí
“La prescripción del medicamento no tenía nombre del prescriptor con su respectivo número de registro profesional”	Sí	Es un servicio o tecnología que tiene que ser prestado en el exterior	Sí
“Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”	Sí	El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales	Sí
“El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades	Sí	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	Sí
Está contratado el servicio pero está saturado por la demanda (insuficiencia)	Sí	Servicio duplicado y/o ya tramitado	Sí
Existencia de problemas para contratar servicios por posición dominante del prestador	Sí		

Al analizar los motivos, la Sala observa que el Ministerio hizo ajustes en relación con las razones determinadas en el anterior registro de negaciones⁵¹, eliminando las siguientes:

Tabla No. 9.

Motivos de negación incluidas en la Resolución 2064 de 2017 que fueron suprimidos en la Resolución 3539 de 2019

⁵¹ Resolución 2064 de 2017.

El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC.
Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definidas en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).
Tiene tutela que cubre el servicio solicitado.
Inconsistencias de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 ⁵² Título II Resolución 5395 de 2013).
Fórmula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya
El servicio solicitado es cobertura del POS.
No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país.
La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.
No existe riesgo inminente para la vida del paciente.

También encontró que reiteró las que a continuación se detallan:

Tabla No. 10.

Motivos de negación que continúan
Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio
Servicio duplicado y/o ya tramitado
La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada
Problemas de pertinencia en el suministro de las tecnologías que están prescribiendo ⁵³
El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud.
Es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación ⁵⁴
Es un servicio o tecnología que tiene que ser prestado en el exterior

42. Teniendo en cuenta lo anterior, la Sala Especial observa que la cartera de salud con la Resolución 3539 de 2019 introdujo 33 causales que no eran traídas en la Resolución 2064 de 2017, entre ellas la de “*otras razones*” y suprimió aquellas que se referían a servicios y tecnologías “*POS*”. La Corte también encuentra

⁵² El cual señala: “*Procedimiento para la aprobación y desaprobación de la tecnología en salud NO POS. Para la aprobación o desaprobación de las tecnologías en salud NO POS, se seguirá el siguiente procedimiento: a) El médico tratante presentará por escrito al Comité Técnico-Científico (CTC) la (s) prescripción(es) u orden(es) médica(s) y su justificación, adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica del paciente y si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística, que sustenten su decisión.-En caso que la tecnología en salud NO POS cuya autorización se solicita se trate de un medicamento, el médico tratante lo solicitará en su denominación común internacional e indicará el o los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, incluyendo el nombre en denominación común internacional, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/ día y cantidades equivalentes al medicamento autorizado o negado.-Cuando la tecnología en salud NO POS se trate de procedimientos, el médico deberá utilizar la Codificación Única de Procedimientos (CUPS) tanto para la tecnología NO POS que prescribe, como para la tecnología incluida en el POS que la reemplaza o sustituye;-b) En los dos (2) días siguientes a la presentación de la o las prescripciones u órdenes médicas y justificación por el médico tratante, el Comité Técnico-Científico (CTC) deberá decidir sobre la petición presentada y registrar la decisión en la respectiva acta.-Si se requiere allegar información o documentación adicional, el Comité en la misma sesión la solicitará al médico tratante, quien deberá suministrarla dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud. Así mismo, si el Comité requiere conceptos adicionales al emitido por el médico tratante, los solicitará en la misma sesión a profesionales de la salud de la misma especialidad, que deberán allegarlos dentro del mismo término.”*

⁵³ Textualmente en la Resolución 2064 de 2017 la causal se denominaba “*No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante*”.

⁵⁴ En la Resolución 2064 de 2017 la causal se denominaba “*Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.*”

conceptos como el de Acemi en el que indica que la Resolución abarca la mayoría de las causales de negación.

43. Por esas razones, la Sala destaca el actuar de la cartera de salud al introducir un mayor número de causales de negaciones de servicios, que permitan conocer de manera precisa y determinada los verdaderos motivos por los cuales las EPS niegan las tecnologías en salud y que las mismas estén acorde con el lenguaje técnico que en la actualidad se utiliza en el sistema de salud.

Además, la Sala considera la incorporación de la causal “otras razones” como un avance, dado que con ella se atendió la orden emitida en el auto 122 de 2019, y se evita que se consigne en el registro información inexacta en aquellos eventos en que la causa de la no autorización no estuviera incluida en el listado.

44. No obstante, la Sala también advierte críticas por parte de los peritos constitucionales a las causales introducidas, es así como Acemi indicó que muchas de ellas ya no son necesarias con la implementación del Mipres. Además, expresó que dentro de los motivos de negación no se encuentran las razones por las cuales la Junta de Profesionales no aprueba los servicios, así como tampoco las negaciones presentadas respecto de aquellos medicamentos prescritos por el médico a sus pacientes para usos aprobados por el Invima y no incluidos en Mipres o Unirs.

Por su parte la Asociación de Pacientes de Alto Costo señaló que las causales preestablecidas son insuficientes. Además indicó que una gran cantidad de motivos no son válidos porque obedecen a situaciones pormenorizadas como el caso de la formulación de medicamentos que tienen 13 motivos o *“porque tenemos claro que las eps no tienen un departamento de seguimiento farmacéutico o vigilancia farmacéutica para rechazar por efectos secundarios, o eficacia más aún si el producto tiene registro Invima o formulaciones de pacientes crónicos que por años vienen con la misma formulación y que la eps no revisa el historial de autorizaciones para desconocer el derecho por qué no se escribió en letra o número el tiempo de tratamiento a sabiendas que la dosis y el número de tabletas o capsulas son las mismas que viene tomando por años”*.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Sala comparte la apreciación de que existen razones por las cuales las EPS están negando servicios y no se encuentran contempladas en las causales de negación previamente establecidas, como las referidas a negaciones de servicios prescritos a través de Mipres por estar incurso en causales de no entrega; y los negados por la Junta de Profesionales. Prueba de ello, es que en el informe original del segundo trimestre la causal “otras razones” ocupó el segundo fundamento por el cual las EPS negaban servicios y muchas de ellas obedecían a las mencionadas justificaciones, como se pondrá de presente en el capítulo *“análisis de la información reportada”*⁵⁵, en el que se advierte que 13 de los 23 motivos enmarcados en aquella causal⁵⁶ son fundamento de

⁵⁵ Numeral 71.

⁵⁶ Otras razones.

justificaciones de no entrega determinadas en la Resolución 1885 de 2018, esto es, el 56% del motivo “*otras razones*”.

Sin embargo, con respecto a lo señalado por la Asociación de Pacientes de Alto Costo relacionado con la prescripción de medicamentos, cabe resaltar que en la Resolución 2064 de 2017 estaba la causal “*Fórmula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya*”, motivo de negación que fue desagregado con la Resolución 3539 de 2019 en 14 razones que corresponden a cada uno de los presupuestos que debe contener la prescripción conforme a la norma aludida. En este sentido, para la Sala no es innecesaria esta separación, toda vez que el artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 es muy amplio y tiene muchos requisitos, por lo tanto, la causal referente a no acatar los parámetros establecidos en el artículo 2.5.3.10.16 era muy general y no permitía conocer en forma exacta y precisa la razón de la negación; lo que dificulta la adopción de medidas al respecto.

45. En este orden de ideas, la Sala Especial avizora que si bien el Ministerio incluyó dentro de las causales la de “*otras razones*” tal como lo dispuso el auto 122 de 2019, también encuentra que dejó al margen algunos motivos por los cuales las EPS de manera frecuente no autorizan servicios.

Por lo anterior, la Sala considera indispensable que en el diseño de las razones de negación se incluyan los motivos legítimos e ilegítimos por los cuales las EPS de manera reiterada y continua niegan tecnologías en salud. Además, estima necesario que el Ministerio genere espacios periódicos con los diferentes actores del sistema, con el fin de conocer su opinión y motivación respecto de las negaciones y con base en la información recabada actualizar regularmente las causales.

Consideraciones previas y particulares sobre la información reportada por el Ministerio a la Corte Constitucional referente al primer y segundo trimestre de 2020

46. Es importante resaltar que si bien el rector de la política pública en salud entregó a la Sala el 3 de julio de 2020 y el 3 de febrero de 2021 los informes del primer y segundo trimestre de 2020, los datos ahí consignados sufrieron modificaciones como se pasa a explicar.

47. Como se señaló en el párrafo anterior, el Ministerio de Salud allegó a esta Corporación el 3 de julio de 2020 el informe correspondiente al primer trimestre de esa anualidad. Reporte que tenía un porcentaje de validación del 23, 96 % tal como se detallará más adelante. En razón de ello, y debido al bajo registro por parte de las promotoras de los servicios y tecnologías negados, el Ministerio le otorgó a las EPS un tiempo adicional, entre el 1 y el 10 de julio de esa anualidad, para que allegaran la información requerida⁵⁷; sin embargo, la cartera de salud presentó a la Sala el reporte del primer trimestre el 3 de julio de 2020, esto es,

⁵⁷ Tal como lo indicó la cartera de salud en el informe de primer trimestre de 2020.

antes de que se venciera el plazo otorgado a las EPS y señaló que los datos correspondientes se incorporarían en el informe del segundo trimestre.

48. En este sentido, la Sala evidencia que el rector de la política pública en salud presentó un informe de las negaciones correspondiente al primer trimestre de 2020, que se encontraba incompleto, dado que estaba pendiente de ser alimentado y consolidado con la información que las promotoras todavía no habían allegado, por lo que no reflejaba la realidad de las negaciones y estaba sujeto a modificaciones.

49. Suceso que se evidenció en el dossier del segundo trimestre, toda vez que en este al hacer la correspondiente comparación con el informe anterior⁵⁸, el Ministerio consignó datos referidos al primer trimestre diametralmente distintos de los reportados de manera inicial como se observa en el siguiente cuadro comparativo:

Tabla No. 11.

Motivos de negación	Reporte primer trimestre allegado el 3 de julio de 2020		Reporte del primer trimestre consignado en el informe del segundo trimestre allegado el 3 de febrero de 2021	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
“servicio duplicado y/o ya tramitado”.	5.877	(45.03%)	17.062	28,8%
“otras razones”.	3.281	(25.14%)	11.659	19,7%
“es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente”.	2.462	(18.9%)	8.041	13,6%
“La prescripción del medicamento no tenía el nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica”.	304	(2,3%)	1.257	2,1%
“Nombre del medicamento estaba expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico)”.	263	2,0%	12.321	20,8%
“El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales”.	258	2,0%	301	0,5%
“Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas”.	251	1,9%	3.409	5,8%
“Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica”.	139	1,1%	400	0,7%
“La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”.	116	0,9%	129	0,2%
“Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica”.	81	0,6%	97	0,2%
“Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”	14	0,1%	32	0,1%
“Es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación”.	3	0,0%	651	1,1%
“La prescripción del medicamento no tenía el tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro)”.	2	0,0%	74	0,1%
“La prescripción del medicamento no tenía la dosis y frecuencia de administración”.	1	0,0%	240	0,4
Total	13.052	100%	59.244	100%

⁵⁸ Esto es la del primer trimestre.

50. De acuerdo con la tabla anterior se puede evidenciar que mientras en el informe inicial se reportaron 13.052 negaciones, en el posterior, incorporado en el segundo trimestre, se registraron 59.273 negaciones.

Además, la Sala halla que la cartera de salud no allegó con posterioridad un informe único y consolidado del primer trimestre que diera cuenta de todas las negaciones presentadas en ese periodo.

51. Ahora bien, cabe resaltar que la situación relativa a la modificación de información de los reportes trimestrales no solo se presentó entre los informes del primer y segundo trimestre, sino que tal suceso también ocurrió entre el segundo y tercer trimestre, oportunidad en la que la variación no se debió a la falta de reporte por parte de las EPS, sino a una depuración que hizo el Ministerio de la información proporcionada por las promotoras relativas a los servicios negados, que implicó la eliminación en el registro de negaciones de aquellos servicios prescritos a través de Mipres y que no fueron suministrados porque se encontraban incurso en causales de no entrega definidas en el Anexo Técnico Causas de No Entrega⁵⁹ aplicable a la Resolución 1885 de 2018⁶⁰. Lo anterior, toda vez que para el Ministerio la no dispensación de dichos medicamentos y procedimientos obedecía a una justificación normativa y no podría entenderse como una negación.

52. La situación mencionada implicó que las cifras presentadas en el tercer trimestre fueran mucho menores que las reportadas anteriormente, y que la información entregada correspondiente al primer y segundo trimestre no fuera la definitiva, sino que sufriera modificaciones, debido a que los registros mencionados en el párrafo anterior tendrían que ser suprimidos de los reportes emitidos en esos dos primeros periodos del 2020.

53. Es así como en el reporte consolidado del segundo trimestre allegado a la Sala Especial el 3 de febrero de 2021 se reportaron 62.193 negaciones discriminadas de la siguiente manera:

Tabla No. 12.

Reporte del segundo trimestre allegado inicialmente	
Motivo de negación	Número
<i>“servicio duplicado y/o ya tramitado”.</i>	20.375
<i>“otras razones”.</i>	11.195
<i>“Nombre del medicamento estaba expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico)”.</i>	8.786
<i>“Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica”.</i>	5.137
<i>“Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas”.</i>	4.866
<i>“es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente”.</i>	4.100

⁵⁹ El Ministerio creó un anexo técnico para la Resolución 1885 de 2018 en el que enlistó unas causas de no entrega de servicios y tecnologías prescritos por Mipres

⁶⁰ *“Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”.*

<i>“La prescripción del medicamento no tenía el nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica”.</i>	2.818
<i>“La prescripción del medicamento no tenía la vía de administración”.</i>	1.455
<i>“La prescripción del medicamento no tenía nombre del paciente y documento de identificación”</i>	637
<i>“Está contratado el servicio pero está saturado por la demanda (insuficiencia)”</i>	608
<i>“Es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación”.</i>	578
<i>“La prescripción del medicamento no tenía lugar y fecha de la prescripción”.</i>	429
<i>“Problemas de pertinencia en el suministro de las tecnologías que están prescribiendo”.</i>	326
<i>“El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales”.</i>	250
<i>“La prescripción del medicamento no tenía número de la historia clínica”</i>	194
<i>“La prescripción del medicamento no tenía la dosis y frecuencia de administración”.</i>	163
<i>“Usuario no ha pagado”</i>	83
<i>“La prescripción del medicamento no tenía el tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro)”</i>	58
<i>“La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”</i>	56
<i>“Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”</i>	33
<i>“Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica”</i>	26
<i>“La prescripción del medicamento no tenía periodo de duración del tratamiento”.</i>	6
<i>“La orden médica está vencida y no refrendada”.</i>	6
<i>“Es un servicio o tecnología que tiene que ser prestado en el exterior”.</i>	5
<i>“El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades”</i>	3
Total	62.193

54. No obstante, al revisar el informe del tercer trimestre, específicamente en el comparativo que se hace con el del segundo trimestre, se evidencia que el reporte de este último periodo mencionado se modificó y varió no solo en cifras sino en causales, toda vez que se pasó de 62.193 negaciones a 265 y de 25 razones de negación a tres, como se muestra a continuación:

Tabla No. 13.

Reporte del segundo trimestre mostrada en el del tercer trimestre		
Motivo	Número	Porcentaje
<i>“Usuario no ha pagado”</i>	168	63,4
<i>“La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”</i>	71	26,8
<i>“Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”</i>	26	9,8
Total	265	100

55. Sin embargo, el Ministerio no allegó a la Sala un nuevo registro consolidado del segundo trimestre, en el que:

(i) Hubiere determinado las EPS que mensualmente negaron servicios, toda vez que al revisar el informe del segundo trimestre original, se discriminaron el total de las negaciones por EPS en forma mensual y discriminadas por régimen en el que se indicaron que las EPS Compensar, Sanitas, Nueva EPS, Sura, Emssanar ESS, Pijaos EPSI, Comfasucre, Mallamas EPSI, Savia Salud, Aliansalud, Medimás, Coosalud ESS, Ecoopsos, Comfacartagena, Coomeva, Comfaoriente, SOS, Cajacopi Atlántico, Asmet Salud, Comfahuila, Dusakawi EPSI, Ambuq, Mutual Ser, Comfachocó, Convida, Comfanariño, Comfaguajira, Aice EPS, Comparta, Salud Total negaron servicios. No obstante, al presentar el informe del

tercer trimestre, se señalaron de manera general sin que se especificara por mes, que las EPS Comfahuila, Nueva EPS y Aliansalud negaron servicios.

(ii) Indicara el consolidado de negaciones por causales de acuerdo con las EPS y el tipo de régimen. Lo anterior por cuanto en el informe original del segundo trimestre se indicaron cuáles fueron las causales por medio de las cuales las EPS negaron los servicios, discriminadas por régimen; no obstante, esa información no reposa en el informe posteriormente presentado.

(iii) Señalara mensualmente el número de negaciones de acuerdo con el motivo que generó la no autorización, conforme al ámbito de atención, y teniendo en cuenta la zona geográfica y el tipo de servicio solicitado.

(iv) Plasmara los diagnósticos más importantes con los respectivos medicamentos.

56. Además, en cuanto al primer trimestre, la situación es mucho más gravosa respecto de la del segundo, toda vez que luego de la depuración ni siquiera se conoce el total de las negaciones, las EPS que incurrieron en las mismas, ni mucho menos las no autorizaciones por ámbito de atención, geográfico y servicio requerido, debido a que luego de efectuarse, el Ministerio no aportó ningún dato que dé cuenta de las negaciones en dicho trimestre.

En virtud de lo expuesto, la Sala concluye que los informes presentados por el Ministerio carecen de confiabilidad, firmeza, certeza, consistencia y generan confusión a las entidades destinatarias de los registros. Situación que afecta la labor de los entes de control, dado que no cuentan con insumos de calidad que les permita adoptar medidas tendientes a superar la falla estructural que dio lugar a la emisión de la orden décima novena.

Además, debe resaltarse que esos problemas advertidos, en gran parte se atribuyen al rector de la política pública en salud, toda vez que han sido generados, en el fondo, por una falta de claridad en los lineamientos en torno a la información que debían reportar las EPS, *debido a que no se evidencia que el Ministerio, como rector de la política pública, hubiere dado en la Resolución del registro de negaciones o con anterioridad a los reportes, directrices precisas del contenido de estos; advirtiéndose que solo después del tercer trimestre de 2020 y de las validaciones efectuadas a los registros de los dos periodos anteriores, es que consideró y señaló que algunos servicios y tecnologías no deberían ser reportados.*

57. Por lo anterior, se instará al Ministerio para que se asegure que los informes elaborados sobre servicios negados sean de calidad, claros, confiables, consistentes, completos y reflejen la realidad de las negaciones de las tecnologías de salud.

Análisis de la información reportada

58. Como puede desprenderse del capítulo anterior, el reporte de servicios negados tuvo un impacto significativo a partir del tercer trimestre de 2020. En el

informe correspondiente a dicho periodo, el Ministerio indicó que las EPS estaban reportando como negaciones bajo el motivo “*otras razones*” aquellos servicios prescritos a través de Mipres que no fueron suministrados con fundamento en “*causas de no entrega*” definidas en los anexos técnicos de las resoluciones 1885 y 2438 de 2018, razón la cual, consideró necesario excluir del registro de negaciones aquellos reportes, dado que para esa entidad no pueden catalogarse como una negación al estar amparados en una razón legítima. Además, señaló, bajo ese contexto que las promotoras estaban consignando en la causal de negación “*servicio duplicado y/o tramitado*” las tecnologías no entregadas por Mipres por la razón “*misma solicitud en otra prescripción*”.

En virtud de lo anterior, el Ministerio excluyó del registro de negaciones tales tecnologías, lo cual tuvo un impacto significativo en los reportes de negaciones. Bajo esta explicación actualmente no se están reportando los servicios no autorizados por Mipres que se derivan de causas de no entrega. No obstante, pese a los argumentos ofrecidos por el Ministerio, la Sala Especial evidenció ciertas inconsistencias que se vieron reflejadas en forma particular en el informe del segundo trimestre que se expondrán más adelante.

59. Sin embargo, antes de entrar a analizar los reportes presentados por el Ministerio, es importante recordar, tal como se indicó en el capítulo del alcance, que la decisión décima novena de la sentencia T-760 de 2008 tuvo como finalidad conocer la realidad de las negaciones⁶¹, por lo que resulta necesario contar con un registro de aquellos servicios y tecnologías que pese a ser prescritos por el médico tratante no son prestados de forma oportuna.

Ahora bien, debe resaltarse, que la Corte al emitir dicha directriz, no limitó en forma expresa el reporte a las negaciones “*ilegítimas*” y tal conclusión, tampoco puede desprenderse del mandato proferido, toda vez que originalmente⁶², se dispuso que deberían registrarse:

“(i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad; (iii) indicando en cada caso las razones de la negativa, y, en el primero, indicando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico.”

En este contexto, y dada la forma en que fue impartida la orden décima novena, las EPS han debido reportar los servicios negados, ya sea que su falta autorización hubiere sido legítima o ilegítima, sin que hasta el momento la Sala haya modificado tal indicación, pues como se indicó en el capítulo de alcance, en virtud de los cambios normativos que ha tenido el Sistema y que han impactado en la decisión décima novena, solo ha hecho precisiones en atención a su finalidad.

⁶¹ Entendiéndose expresas y tácitas.

⁶² Y de acuerdo con la normatividad vigente al darse dicha orden.

60. Al dejar claro lo anterior, procede la Sala a analizar los reportes presentados. El informe allegado inicialmente por el Ministerio correspondiente al segundo trimestre arrojó los siguientes resultados en cuanto a causas y a cifras de negación:

Tabla No. 14.

Motivo	Número	Porcentaje
“servicio duplicado y/o ya tramitado”.	20.375	32,8%
“otras razones”.	11.195	18,0%
“Nombre del medicamento estaba expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico)”.	8.786	14,1%
“Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica”.	5.137	8,3%
“Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas”.	4.866	7,8%
“es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente”.	4.100	6,6%
“La prescripción del medicamento no tenía el nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica”.	2.818	4,5%
“La prescripción del medicamento no tenía la vía de administración”.	1.455	2,3%
“La prescripción del medicamento no tenía nombre del paciente y documento de identificación”	637	1,0%
“Está contratado el servicio pero está saturado por la demanda (insuficiencia)”	608	1,0%
“Es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación”.	578	0,9%
“La prescripción del medicamento no tenía lugar y fecha de la prescripción”.	429	0,7%
“Problemas de pertinencia en el suministro de las tecnologías que están prescribiendo”.	326	0,5%
“El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales”.	250	0,4%
“La prescripción del medicamento no tenía número de la historia clínica”	194	0,3%
“La prescripción del medicamento no tenía la dosis y frecuencia de administración”.	163	0,3%
“Usuario no ha pagado”	83	0,1%
“La prescripción del medicamento no tenía el tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro)”	58	0,1%
“La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”	56	0,1%
“Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”	33	0,1%
“Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica”	26	0,0%
“La prescripción del medicamento no tenía periodo de duración del tratamiento”.	6	0,0%
“La orden médica está vencida y no refrendada”.	6	0,0%
“Es un servicio o tecnología que tiene que ser prestado en el exterior”.	5	0,0%
“El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades”	3	0,0%
Total	62.193	100%

Al revisar y analizar tal informe, la Sala Especial observa que se reportaron 25 motivos por medio de los cuales las EPS no autorizaron servicios, que representaban 62.193 tecnologías en salud negadas. Entre ellos, “servicio duplicado y/o tramitado” con 20.375 y “otras razones” con 11.195, que sumados daban una cantidad de 31.570, esto es el 50,8% del total de los registros. Por consiguiente, al suprimir del informe estas dos causas, conforme a lo señalado por el Ministerio, el reporte debería contener el registro de por lo menos 30.623 negaciones, las cuales obedecen a causas distintas de las eliminadas.

61. Sin embargo, se advierte que luego de la depuración, la cartera de salud indicó que se presentaron solo 265 negaciones para dicho periodo, como reposa en el informe del tercer trimestre en el que se encuentran los datos de negación del segundo trimestre de 2020, como se muestra en el siguiente cuadro.

Tabla No. 15.

Nombre de la causal	Total	% participación
Usuario no ha pagado	168	63,4%
La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	71	26,8%
Usuario no afiliado a las EPS al momento de la solicitud del servicio	26	9,8%
Total	265	100%

62. Así las cosas, luego de hacer el contraste de los anteriores cuadros, la Sala evidencia que además de las casuales “servicio duplicado y/o ya tramitado” y “otras razones” después de la depuración, no se incluyeron en el informe los motivos de negación que se señalaran a continuación, los cuales sí estaban en el reporte original y no se encuentran comprendidos en las “causas de no entrega” de servicios y tecnologías prescritos a través de Mipres:

- (i) “Nombre del medicamento estaba expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico)”;
- (ii) “Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas”;
- (iii) “La prescripción del medicamento no tenía el nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica”;
- (iv) “La prescripción del medicamento no tenía la vía de administración”;
- (v) “La prescripción del medicamento no tenía nombre del paciente y documento de identificación”;
- (vi) “Está contratado el servicio pero está saturado por la demanda (insuficiencia)”;
- (vii) “Es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación”;
- (viii) “La prescripción del medicamento no tenía lugar y fecha de la prescripción”;
- (ix) “Problemas de pertinencia en el suministro de las tecnologías que están prescribiendo”;
- (x) “El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales”;
- (xi) “La prescripción del medicamento no tenía número de la historia clínica”;
- (xii) “La prescripción del medicamento no tenía la dosis y frecuencia de administración”;
- (xiii) “La prescripción del medicamento no tenía el tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro)”;
- (xiv) “Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica”;
- (xv) “La prescripción del medicamento no tenía periodo de duración del tratamiento”;
- (xvi) “La orden médica está vencida y no refrendada”;
- (xvii) “Es un servicio o tecnología que tiene que ser prestado en el exterior”;
- (xviii) “El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades”.

63. Tal como se ha podido hallar, el Ministerio en los anexos técnicos de las resoluciones 1885 y 2438 de 2018 estableció unas “causas de no entrega” por medio de las cuales definió los motivos que dan lugar a la no dispensación de medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos, soporte nutricional y servicios complementarios no financiados con recursos de la UPC, por parte de

las EPS, reportados a través del aplicativo Mipres. En ellos, se definieron 19 razones para el no suministro como se presenta en la tabla a continuación⁶³.

Tabla No. 16.

No	Causas	Medicamentos	Procedimientos	Dispositivos Médicos	SopORTE Nutricional	Servicios complementarios
1	Misma solicitud en otra prescripción	X	X	X	X	X
2	Existe evidencia de interacción o reacción medicamentos	X	N.A.	N.A.	X	N.A.
3	La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el Invima	X	N.A.	N.A.	X	N.A.
4	Presentación no fraccionable	X	X	NA	X	N.A.
5	Suministro por tutela	X	X	X	X	X
6	Paciente corresponde a otra EPS	X	X	X	X	X
7	No fue posible contactar al paciente	X	X	X	X	X
8	Paciente fallecido	X	X	X	X	X
9	Paciente se niega a recibir el suministro	X	X	X	X	X
10	No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	X	N.A.	X	N.A.	N.A.
11	La prescripción excede la dosis máxima recomendada	X	N.A.	N.A.	X	N.A.
12	La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	X	X	X	X	X
13	La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	X	X		X	X
14	El Invima no aprobó el MVND	X	N.A.	N.A.	X	N.A.
15	El paciente tiene suministro de otra prescripción	X	N.A.	N.A.	X	X
16	El prescriptor y el paciente son el mismo	X	X	X	X	X
17	Tecnología incluida en el Plan de Beneficios en Salud	X	X	X	N.A.	N.A.
18	Exclusión del Plan de Beneficios en Salud	X	X	X	X	X
19	Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	X	X	X	X	X

64. Al revisar esas causas, la Sala encuentra que, tal como se anticipó, dentro de estas no están 18 motivos que previamente las EPS habían reportado como negaciones y que luego de la depuración aludida efectuada por el Ministerio fueron eliminadas del registro. Situación que para la Sala es inexplicable bajo las razones expuestas por el Ministerio en el informe del tercer trimestre. Lo anterior, toda vez que no se entiende por qué se eliminaron unos motivos que las EPS habían señalado como negaciones, y que a simple vista no se enmarcan en negativas justificadas por Mipres, esto es, que son distintas a las “causas de no entrega”.

Además, es preciso señalar, que si bien muchos de esos reportes que fueron eliminados, obedecen a negaciones por falta de cumplimiento de requisitos normativos, como los relacionados con la prescripción de medicamentos⁶⁴ y otros que se encuentran incursos en criterios de exclusiones⁶⁵, lo cierto es que, con

⁶³ En el cuadro que se presenta se marca con X las casillas cuando la causal puede invocarse en ese tipo de tecnología y con NA cuando no es aplicable.

⁶⁴ “La prescripción del medicamento no tenía el nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica”; “La prescripción del medicamento no tenía la vía de administración”; “La prescripción del medicamento no tenía nombre del paciente y documento de identificación”; “La prescripción del medicamento no tenía lugar y fecha de la prescripción”; “La prescripción del medicamento no tenía periodo de duración del tratamiento” y, “La orden médica está vencida y no refrendada”, los cuales están sustentados en el no cumple con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016.

⁶⁵ Como “Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas”, “es un

respecto a estos últimos no existe certeza de que se trate de servicios autorizados y prestados en Colombia que efectivamente estén excluidos de financiación con recursos públicos de la salud de manera expresa, de acuerdo con la Resolución 244 de 2019. Por lo tanto, conforme a las sentencias C-313 de 2014 y SU 508 de 2020, y al auto 094A de 2020, pese a que las tecnologías estén enmarcadas en tales criterios, si éstas no se encuentran expresamente excluidas, los usuarios tendrían derecho a ellas, por lo que resulta necesario que sean consignadas en el registro.

65. Teniendo en cuenta lo anterior, la Sala Especial evidencia problemas de discordancia entre los reportes consolidados por el Ministerio⁶⁶ con los inconvenientes que enfrentan los usuarios en cuanto a la dispensación de las tecnologías en salud; toda vez que el panorama presentado en el informe inicial del segundo trimestre es totalmente diferente al mostrado en el reporte del tercer trimestre.

66. Además llama la atención que en el informe del segundo trimestre el Ministerio consideró reprochables causales que implicaban negaciones por cuestiones netamente administrativas como “*nombre de medicamento expresado en la denominación común internacional*”, “*la prescripción del medicamento no tenía nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe*”, “*la prescripción del paciente no tenía nombre del paciente y documentos de identificación*”, “*está contratado pero está saturado la demanda*”; no obstante, estas razones ya no se encuentran luego de la depuración sin que el Ministerio se haya referido a ellas con posterioridad.

Con respecto a la razón “*nombre de medicamento expresado en la denominación común internacional*”⁶⁷ cabe resaltar que en el informe inicial del segundo trimestre ocupó el tercer lugar de negación con 8786 casos, motivo que no se encuentra justificado y que es contrario a los parámetros normativos, dado que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.10.15 del Decreto 780 de 2016 (artículo 16 del Decreto 2200 de 2005) “*toda prescripción de medicamentos deberá hacerse (...) utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico)*”. Por lo tanto, la Corte no se explica su desaparición del registro. Dado que salta a la vista que constituye una clara vulneración del derecho a la salud a los usuarios del Sistema.

67. Por otra parte, al revisar el reporte del segundo trimestre, la Sala advierte que el Ministerio detalló los motivos que llevaron a las EPS a negar los servicios que no encajaban en las causas preestablecidas y que se marcaron como “*otras razones*”. De acuerdo con esa información, las EPS negaron servicios bajo aquella casilla por 23 motivos, 13 de ellos enmarcados en causales de no entrega de la

servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente” y “*Es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación*”.

⁶⁶ Allegados a los entes de control y a la Corte.

⁶⁷ Es preciso señalar que el artículo 2.5.3.10.3 del Decreto único Reglamentario 780 de 2016 (Artículo 3° del Decreto 2200 de 2005), definió la Denominación Común Internacional para las Sustancias Farmacéuticas (DCI) como “*el nombre recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cada medicamento. La finalidad de la Denominación Común Internacional (DCI) es conseguir una buena identificación de cada fármaco en el ámbito internacional*”.

Resolución 1885 de 2018 y 9 en situaciones distintas como se plasma a continuación:

Tabla No. 17.

Otras razones	Causa No. entrega Res 1885-2018	Motivo “otras razones”
Tecnologías incluida en el POS	12.153	
Paciente fallecido	5.836	
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del POS	3.224	
Suministro por tutela	447	
Misma solicitud en otra prescripción	405	
Otras razones		265
Exclusión del POS Resolución 244 de 2019	139	
Prescripción errada		135
Evaluada por la Junta Profesionales y no fue aprobada		113
El paciente tiene suministro de otra prescripción	27	
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentos	23	
Error en solicitud del servicio por parte de la IPS		17
Solicitud repetida		17
Tecnología cubierta por otro Plan adicional en Salud	13	
Tiene entrega pendiente Mipres		11
Pertinencia médica		10
La prescripción excede los tres meses tratándose de una solicitud de primera vez	10	
No cubierto por el POS-S		3
No fue posible contactarse con el paciente	2	
Paciente se niega a recibir suministro	2	
El Invima no aprobado el medicamento vital no disponible	1	
Servicio prestado por IPS Capitada		1
Total general	22.282	572

68. Al observar las causales mencionadas en la anterior tabla se encuentra que el mayor número corresponde a “Tecnologías incluidas en el Pos”. Al revisar el informe, la Corte advierte que el Ministerio indicó que solicitó a las EPS mediante correo aclarar las razones que conllevaron a negar un servicio incluido en el plan de beneficios o si la negativa se produjo por haber sido suministrado previamente al paciente, caso en el cual debía indicar la tecnología proporcionada; sin embargo, encontró que esta obedecía a las “causales de no entrega” definidas por Mipres y que “*la aplicación de una CAUSA DE NO ENTREGA, establece el cierre del ciclo de una solicitud en MIPRES de acuerdo a los parámetros definidos en los anexos técnicos de la anterior resolución (1885 de 2018)*”.

Ahora bien, teniendo en cuenta la anterior, en estos casos el servicio no necesariamente pudo haber sido negado pero sí dilatado, razón por la cual, la Sala Especial considera pertinente que se reporten aquellos servicios PBS UPC tramitados por Mipres y no suministrados oportunamente.

69. Por otra parte se evidencia que en esos otros motivos, se encuentran negaciones por (i) prescripción errada; (ii) negados por la Junta de profesionales y, (iii) otro número considerable (265) enmarcados en “otras razones” sin que se especifique en qué consisten, por lo tanto no se conoce la justificación de esa falta suministro, hecho que desatiende la directriz impartida en el numeral segundo literal a de la parte resolutive del auto 122 de 2019 la cual dispone que el “nuevo

reporte deberá incluir la causal ‘otros motivos’, y establecer como obligatorio el registro del fundamento de la no autorización”.

Por lo tanto, para dar cumplimiento a aquella decisión es necesario que, en el registro de negaciones las EPS indiquen en aquellos casos en que la causa de negación no se encuentra en el formulario, el motivo que la llevó a no autorizar el servicio sin que sea dable consignar que esto obedece a “*otra razón*”.

70. Por otro lado, la Corte advierte que después de realizada esa depuración, las negaciones reportadas por las EPS y consolidadas por el Ministerio, disminuyeron notablemente.

Es así como, en el tercer trimestre de 2020 se indicaron como negación las causales de “*Usuario no ha pagado*”, “*La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada*”, “*Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio*” que equivalen a un total de 386.

En el cuarto trimestre de 2020 se consignaron como negaciones las de “*La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada*”; “*Usuario no ha pagado*”; “*Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio*”; “*El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades*” que corresponden a 386.

En el primer trimestre de 2021 se registraron como no autorizaciones de servicios y tecnologías bajo las causales “*La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada*”; “*Usuario no ha pagado*”; “*Usuario no afiliado a las EPS al momento de la solicitud del servicio*” que encierran 190 casos.

Información que, atendiendo el antecedente del segundo trimestre de 2020, podría no estar completa, ni obedecer a la realidad⁶⁸, más aún, cuando pese a que en los informes se advierte una disminución notable, la Corte pudo evidenciar que ante la Superintendencia se presentaron 694.857 quejas por “restricción en el acceso a los servicios de salud” durante el 2020, las cuales representaban el 81,7% del total de reclamos, y 189.072 reclamos por esa misma, entre enero a marzo de 202, que equivalen al 80,2 % de las PQRD⁶⁹.

71. Con ocasión del anterior panorama, la Corte estima que los informes de las negaciones allegados no representan la realidad y por el contrario dejan al margen algunas razones que dan lugar a negaciones que impiden el acceso a los servicios de salud y que son objeto de reclamo por los usuarios del sistema.

⁶⁸ Que deberían reflejar un sistema de salud que tendría muy pocos casos de problemas en el acceso a los servicios.

⁶⁹ Información obtenida en el histórico de reportes consolidados de PQRD de la Supersalud. https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Protecci%C3%B3n%20al%20Usuario/reportes-de-peticiones-quejas-reclamos-o-denuncias.aspx#Default=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#61dfb760-a507-4b22-b121-27c17ecef8a4=%7B%22k%22%3A%22filename%3A%5C%22RQ*%5C%22%22%7D#5324db14-2a61-4cde-8b47-97d343103a04=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#3b1cf8e4-279d-468f-9aff-22244a9fd98f=%7B%22k%22%3A%22%22%7D

72. En este sentido, cabe recordar que esta Corporación mediante auto 122 de 2019 dispuso que el Ministerio debería emitir una nueva normatividad que regulara el registro de negaciones y que permitiera generar información de los servicios cubiertos en el plan de beneficios ya sean tecnologías catalogadas como protección colectiva o individual, lo que significa que deberían incluirse las negaciones de servicios prescritos a través de Mipres sin importar si esa falta de suministro se deriva de directrices impartidas por el Ministerio, como sería el caso de las razones definidas en el Anexo Técnico de no Entrega.

73. Además, debe destacarse que originariamente y estando en funcionamiento los CTC, las EPS debían reportar no solo los servicios negados directamente por ellas y no tramitados ante el Comité Técnico Científico sino también aquellos que fueron negadas por el CTC.

74. Es preciso resaltar que el registro de negaciones no solamente tiene como finalidad sancionar a las EPS que niegan de manera injustificada los servicios, sino también exponer la realidad de las negaciones, para que así, el Ministerio de Salud como rector de la política pública pueda hacer las modificaciones a que haya a lugar en el proceso de autorizaciones. Lo anterior, toda vez que, como lo ha señalado esta Sala⁷⁰, los datos de los reportes de los servicios y tecnologías negados son necesarios para estudiar el comportamiento de los actores del sistema, analizar el grado de acceso a los servicios que hacen parte del plan de beneficios, examinar la tendencia de la formulación de tecnologías expresamente excluidas o que se encuentren incurso en una causal de exclusión. Información de suma importancia para la formulación de la política pública en salud y la adopción de medidas en aras a evitar negaciones de medicamentos y procedimiento a los usuarios por temas netamente administrativos o que obedecen a errores del prescriptor.

75. En vista de la situación presentada en torno a la falta de certeza de los servicios y tecnologías que tienen que ser registrados⁷¹, la Corte considera necesario aclarar que en los informes de servicios negados se deben consignar todas las tecnologías no suministradas⁷², que en atención a los cambios normativos del sistema deben comprender las: (i) negadas por las EPS y no prescritas a través de Mipres; (ii) que pese a tramitarse a través de Mipres no pudieron prescribirse por medio de esta plataforma; (iii) prescritas a través de Mipres y no autorizadas o con respuesta de causa de no entrega y, (iv) negadas por la Junta de Profesionales de la Salud. Cabe precisar que ese reporte debe hacerse sin importar que la no autorización o falta de entrega tenga una justificación normativa.

76. Ahora bien, como quiera que entre las “causas de no entrega” de servicios prescritos por Mipres definidas por el Ministerio se encuentra la de “Tecnología incluidas en el Plan de Beneficios en Salud”, en el informe la cartera de salud deberá reportar aquellos servicios PBS UPC tramitados por Mipres y no

⁷⁰ Auto 411 de 2015.

⁷¹ La cual se ha debido, en particular, a las decisiones adoptadas por la cartera de salud que han desconocido la finalidad de la orden décima novena.

⁷² Tal como se desprende de la orden décima novena y se ha reiterado en los autos 411 de 2015, 122 de 2019 y 093A de 2020.

suministrados oportunamente a los usuarios. Debido a que se pueden estar negando servicios que hacen parte del plan de beneficios, situación que fue cuestionada por esta Corporación en la sentencia T-760 de 2008 y en los autos 411 de 2015 y 122 de 2019.

77. Por último, dadas las inconsistencias evidenciadas en la información allegada⁷³, el Ministerio deberá allegar nuevamente los informes de servicios negados correspondientes a los periodos de I al IV trimestre de 2020 y I de 2021 atendiendo a los parámetros señalados en los dos párrafos anteriores. Dichos reportes deberán ser remitidos a la Procuraduría, Contraloría, Defensoría del Pueblo y a esta Corporación, y publicados en la página web de Minsalud.

Disminución del porcentaje de negaciones en relación con las causales “otros motivos” y “servicios PBS”

78. En el auto 122 de 2019, en concordancia con el 411 de 2015, la Sala ordenó al Ministerio de Salud disminuir el porcentaje de negaciones referente a las causales “*otros motivos*” y “*servicios PBS*”⁷⁴, estableciendo un tiempo límite para ello, que debía ser contado a partir de la entrada en vigor del registro ordenado en dicha providencia.

Tabla No. 18.

Motivo	Tiempo límite ⁷⁵	Porcentaje máximo
Otros motivos	1 año	10%
	2 años	5%
	3 años	2%
Servicios PBS	1 año	0,001 % (1 en 1.000 casos)
	2 años	0,00%

79. Al revisar la Resolución 3539 de 2019, por medio de la cual se adoptó el registro de negaciones para los regímenes contributivo y subsidiado, la Sala observó que la misma regía a partir del 1° de enero de 2020, por lo tanto, apenas ha transcurrido un año y medio desde su implementación y se ha recibido reporte hasta el primer trimestre de 2021. En este sentido, la Corte verificará si se ha cumplido con el porcentaje máximo establecido para el tiempo de un año así:

Otros motivos:

80. Al verificar el porcentaje de negación por la causal “*otras razones*” la Sala evidencia los siguientes datos:

Tabla No. 19.

Causal de negación “ <i>otras razones</i> ”				
Regímenes subsidiado-contributivo				
Año	Trimestre	Total del trimestre	Porcentaje	Posición en el Ranking
2020	I	3281	25,1%	2
	II	11.195	18,0%	2
	III	En este periodo no fue reportada este motivo como causa de negación.		

⁷³ Expuestas a lo largo de este capítulo y en el anterior.

⁷⁴ Independiente de la forma de financiación.

⁷⁵ Contado a partir del nuevo registro de negaciones.

	IV	En este periodo no fue reportada este motivo como causa de negación.
2021	I	En este periodo no fue reportada este motivo como causa de negación.

81. De acuerdo con los informes del tercer y cuarto trimestre de 2020 y primero de 2021, se puede advertir que al término de un año la causa de negación “otras razones”⁷⁶ no tuvo ningún caso, por lo que aparentemente se superó la meta del porcentaje máximo de 10% al término de un año.

Sin embargo, la situación advertida por la Sala al abordar el capítulo “*Análisis de la información reportada como negaciones*” en que se percató que los reportes presentados por el Ministerio a partir del tercer trimestre de 2020 no abarcaron todas las negaciones, ha llevado a esta Corporación a considerar que los informes allegados, son parciales y, por lo tanto, no se cuenta con el universo de los servicios y tecnologías no autorizadas. Lo que afecta la calidad de los datos reportados y genera un impacto en el aparente cumplimiento de la meta establecida respecto de la causal “otros motivos”. Por consiguiente, para la Corte no existe un cumplimiento real y material de esta directriz.

Servicios y tecnologías PBS:

82. Al verificar los motivos de negación, la Sala advierte que no existe la causal expresa “*servicios PBS*”, así como una casilla en el registro que permita identificar la negación de tecnologías que hacen parte del plan de beneficios, lo que equivale a un retroceso, dado que no se puede conocer el porcentaje de no autorización de estas tecnologías e impide que se tomen acciones pertinentes para que se llegue a la meta establecida en el auto 411 de 2015, esto es, 0,001 en un año y 0,00 en dos años.

83. Además, cabe resaltar que al estudiar el informe de la Superintendencia Nacional de Salud se encontró que del 1 de enero al 27 de diciembre de 2020 se recibieron 1846 PQRD referida a negación de servicios PBS como se detalla a continuación.

Tabla No. 20.

Motivos	Total año 2020
Negación para la entrega de medicamentos PBS	574
Negación de la autorización de medicamentos PBS	424
Negación de la autorización de cirugía PBS	298
Negación de la autorización de insumos PBS	211
Negación de insumos Médicos Hospitalarios PBS	212
Negación de la autorización de procedimientos PBS	327
Total General	1.846

84. Por otro lado, al revisar el informe de medición de acciones de tutela⁷⁷ interpuestas en el año 2020, respecto al problema jurídico número nueve relativo a si “*¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas, al permitir que la mayoría de las decisiones judiciales que protegen el acceso a los servicios de salud, tengan que ocuparse de garantizar el acceso a servicios contemplados en*

⁷⁶ Que equivale a otros motivos.

⁷⁷ Allegado por el Ministerio en cumplimiento de la orden trigésima de la Sentencia T-760 de 2008 con una muestra representativa de 1469 tutelas de sobre el total de 109.940 de acciones interpuestas en el año que se examina.

los planes obligatorios de salud, ya financiados? -falta de oportunidad” se observan los siguientes resultados.

Tabla No. 21.

Tipo de servicio o tecnología	Postergación en el agendamiento o con médicos especialistas	Postergación para la práctica de procedimientos médicos autorizados por las EPS	Postergación para la práctica de exámenes de laboratorio autorizados por las EPS	Demora en el suministro de servicios, tecnologías e insumos prescritos por Mipres	Demora en la entrega de medicamentos ya autorizados por la EPS, de los cuales el prestador manifiesta desabastecimiento	Demora en la entrega de insumos, dispositivos o materiales que se encuentran financiados por la UPC y prescritos por el médico tratante	Demora en la entrega de insumos materiales quirúrgico para la práctica de procedimientos autorizados por la EPS	Demora en la prestación de los servicios de salud por falta de convenio con un prestador en salud	Total
Atención domiciliaria				16					16
Citas médicas	200							69	269
Exámenes de laboratorio y complementarios			7						7
Insumo/Dispositivo médico				42		26			75
Medicamento				66	126			15	207
No aplica								1	1
Procedimiento		237		15				85	338
Terapias		2							2
Soporte Nutricional				8					8
Servicio de transporte viáticos				10					10
Solicitud de IPS elección del usuario, ajena de la EPS								37	37
Total general	200	239	7	157	126	26		207	970

85. Teniendo en cuenta el informe de tutelas y las quejas presentadas ante la Superintendencia, la Sala observa que transcurridos más de doce años de emitida la Sentencia T-760 de 2008 se siguen presentando negaciones expresas y tácitas de servicios y tecnologías que hacen parte del plan de beneficios. Constituyéndose tal conducta, en una grave violación del derecho a la salud de los usuarios del sistema, debido que al no autorizárseles ni dispensárseles los servicios a los que los pacientes tienen derecho, se les obliga a acudir a trámites judiciales y administrativos para poder acceder a ellos.

Por lo anterior, la Sala considera reprochable que, pese a la orden emitida, los reportes de negaciones no permitan determinar los servicios PBS negados, pese a

que está demostrado que se siguen presentando negaciones de esos medicamentos y procedimientos.

86. Además, debe recalarse que al no contar con esa información está impidiendo no solo que no se logre esa meta, sino que también se imposibilita que los entes de control tomen las acciones al respecto de acuerdo con su competencia, así como también que se puedan ejecutar las actuaciones relativas a la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario UPC durante el mes en que haya sufrido la barrera en la prestación de servicios PBS UPC.

87. Por lo tanto, para la Sala resulta inadmisibile que a 13 años de proferida la sentencia T-760 de 2008, el Estado siga teniendo una actitud permisiva frente a la negación de servicios que hacen parte del plan de beneficios, y que en vez de avanzar en la consecución del fin de la orden 19, en cada auto de valoración se advierta que con el paso del tiempo, la situación se torna aún peor. Lo anterior, toda vez que en el auto 122 de 2019 se encontró que con la creación del registro 2064 de 2017 no se estaba midiendo la negación de servicios PBS en el régimen contributivo y que en el subsidiado no se cumplió con la meta, dado que en el año 2018 las negaciones de servicios PBS alcanzaron un porcentaje del 4,23%, y en esta oportunidad la Sala avizora que no se está midiendo la negación de servicios PBS en ninguno de los dos regímenes, y por lo tanto no se puede determinar si se ha cumplido con la meta y si se ha avanzado en la no autorización de tecnologías PBS.

88. Además, debe recordarse que en la sentencia T-760 de 2008 la Corte indicó que: *“el Estado deja de proteger el derecho a la salud cuando permite que la mayoría de violaciones sean claros irrespetos a dicho derecho, en los que se obstaculiza a las personas el acceso a servicios contemplados en los planes obligatorios de salud, ya financiados”*⁷⁸

En este sentido la Corte requerirá al Ministerio para que adopte medidas:

(i) En cuanto al registro de negaciones que permita identificar los servicios PBS negados y reportar en el informe trimestral los resultados de esa medición. Ahora bien, como quiera que en la actualidad los servicios que hacen parte del plan de beneficios, esto es, que no están excluidos de financiación de recursos públicos de la salud, tienen diferentes fuentes de financiación, la Sala considera necesario que en el reporte se discriminen las negaciones de servicios PBS UPC, PBS financiados con presupuestos máximos y PBS financiados con recursos dispuestos por la Adres y,

(ii) Para la consecución de la meta del 0,00% de negaciones por *“servicio es PBS”*.

Validación de datos del registro

⁷⁸ Consideración jurídica 6.1.4.1.2.

89. El auto 122 de 2019 dispuso que la Cartera de salud debería efectuar las actuaciones necesarias con el fin de que en el término de seis meses el porcentaje de validación de datos superara el 95% y sea mantenido en el tiempo.

90. Al examinar los informes presentados por el Ministerio en cada uno de los trimestres la Corte observa las siguientes cifras en cuanto a validación.

Tabla No. 22.

Periodo	Total de registros enviados	Total registro validados exitosamente	% de participación
I trimestre de 2020 (Cargados de manera oportuna)	54.475	13.052	23,96%
I trimestre de 2020 (incluidos los registros enviados en forma extemporánea)	59.273	59.244	99,9%
II trimestre de 2020 (antes de depuración)	62.795	62.193	98,9%
II trimestre de 2020 (después de depuración)	265	265	100%
III trimestre de 2020	386	386	100%
IV trimestre de 2020	336	336	100%
I trimestre de 2021	190	190	100%

91. Al hacer un análisis de cada uno de los informes presentados, la Corte avizora que en el del primer trimestre, de manera inicial, se presentó un porcentaje muy bajo de validación, lo que impidió al Ministerio analizar la totalidad de los datos. Sin embargo, esa situación se fue enmendando posteriormente, encontrándose que a partir del segundo trimestre se obtuvo una validación que superó la meta definida por esta Corporación.

92. En vista de lo anterior, para la Sala Especial constituye un avance que a partir del segundo trimestre de 2020 la información reportada haya podido superar los protocolos de validación establecidos por el Ministerio. Más aún, si se comparan estos datos con los reportados en vigencia de la Resolución 2064 de 2017⁷⁹ respecto al régimen subsidiado⁸⁰, en los que se pudo evidenciar en el 2018, porcentajes de 86,69%⁸¹, 88,44%⁸² y 75,98%⁸³.

93. En ese sentido la Sala observa que se adoptaron medidas eficaces que generaron resultados. Por lo que requiere al Ministerio que siga tomando acciones tendientes a que se mantenga el porcentaje de validación, esto es, 100%.

94. Sin embargo, pese a que se ha llegado a la meta, el objetivo de esta orden, referido al que el informe de servicios negados refleje el universo de las negaciones no se ha cumplido, toda vez que no se puede afirmar que la información allegada y validada en un 100% corresponde a la totalidad de las negaciones, teniendo en cuenta que los datos reportados no comprenden todos los

⁷⁹ Estudiados en el auto de valoración anterior.

⁸⁰ El régimen contributivo no contaba con registro de negaciones.

⁸¹ Primer trimestre de 2018.

⁸² Segundo trimestre de 2018.

⁸³ Tercer trimestre de 2018.

servicios, dado que, como se advirtió anteriormente, el actual reporte deja al margen la mayoría de las tecnologías no autorizadas por las EPS.

Por consiguiente, si bien resulta importante el porcentaje de validación logrado, para la Corte tal actuación no constituye un avance en pro del cumplimiento de la orden, teniendo en cuenta que todavía no se ha podido conocer el panorama total de las negaciones.

Deber de garantizar la entrega de los informes de servicios negados por parte de las EPS

95. En el auto 122 de 2019 la Sala Especial dispuso que el Ministerio debía adoptar medidas eficientes con el fin de que el total de las entidades habilitadas de ambos regímenes remitieran la información de servicios negados. Así mismo determinó que tenía que establecer las causas de la reticencia de las EPS que dan lugar a la no presentación del reporte.

96. Al hacer un análisis de los informes presentados por el Ministerio, la Sala observa que en el primer y segundo trimestre de 2020 la cartera de salud no logró que el total de las EPS suministraran información de servicios negados, es más, se evidenció que, en comparación con el trimestre anterior, en el segundo trimestre de 2020 disminuyó el porcentaje ya que pasó de 86,5% a 83,8%, tal como se detalla a continuación:

Tabla No. 23.

Primer trimestre de 2020				
Régimen	Número de entidades habilitadas	Número de entidades que entregaron el informe		
		Enero de 2020	Febrero de 2020	Marzo de 2020
Subsidiado	24	17	22	21
Contributivo	10	10	8	10
Ambos regímenes movilidad	3	3	2	3
Total		30	32	34
Promedio I trimestre 2020	37	32 (86,5%)		

Tabla No. 26.

Segundo trimestre de 2020				
Régimen	Número de entidades habilitadas	Número de entidades que entregaron el informe		
		Abril de 2020	Mayo de 2020	Junio de 2020
Subsidiado	23	14	19	20
Contributivo	10	8	8	20
Ambos regímenes movilidad	4	4	4	4
Total	37	26	29	34
Promedio II trimestre 2020		31 (83,8%)		

97. Sin embargo, se advirtió en los informes que el Ministerio tomó acciones al respecto, toda vez que a través de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones requirió a dichas EPS y puso en conocimiento a la Superintendencia Nacional de Salud de tal situación.

Luego de la situación presentada con los dos primeros trimestres, la Corte encontró que, en el tercer y cuarto trimestre de 2020, y en el primero de 2021, el total de las EPS habilitadas de los regímenes subsidiado y contributivo allegaron al rector de la política pública los informes de negaciones como se plasma a continuación:

Tabla No. 24.

Tercer trimestre de 2020				
Régimen	Número de entidades habilitadas	Número de entidades que entregaron el informe		
		Julio de 2020	Agosto de 2020	Septiembre de 2020
Subsidiado	23	23	23	23
Contributivo	10	10	10	10
Ambos regímenes movilidad	4	4	4	4
Total	37	37	37	37
Promedio III trimestre 2020		37 (100%)		

Tabla No. 25.

Cuarto trimestre de 2020						
Régimen	Octubre de 2020		Noviembre de 2020		Diciembre de 2020	
	Número de entidades habilitadas	Número de entidades que entregaron el informe	Número de entidades habilitadas	Número de entidades que entregaron el informe	Número de entidades habilitadas	Número de entidades que entregaron el informe
Subsidiado	23	23	21	21	21	21
Contributivo	10	10	10	10	10	10
Ambos Regímenes	4	4	4	4	4	4
Total	37	37	35	35	35	35
Promedio IV trimestre de 2020	37 (100%)		35 (100%)			

Tabla No. 26.

Primer trimestre de 2021						
Régimen	Enero de 2021		Febrero de 2021		Marzo de 2021	
	Número de entidades habilitadas	Número de entidades que entregaron el informe	Número de entidades habilitadas	Número de entidades que entregaron el informe	Número de entidades habilitadas	Número de entidades que entregaron el informe
Subsidiado	21	21	20	20	20	20
Contributivo	10	10	10	10	10	10
Ambos Regímenes	4	4	4	4	4	4
Total	35	35	34	34	34	34
Promedio I trimestre de 2021	35 (100%)		34 (100%)			

98. Teniendo en cuenta lo anterior, para la Sala es un gran avance que a partir del tercer trimestre de 2020 de manera consecutiva se hubiere logrado que la totalidad de las EPS habilitadas presentaran los informes, toda vez que desde que se profirió la sentencia T-760 de 2008, no se había logrado que, en un trimestre, el total de las EPS habilitadas hicieran el reporte de servicios no autorizados. Siendo esta información vital, dado que constituye la única fuente del cumplimiento de la directriz décima novena de la sentencia T-760 de 2008, y es necesaria para determinar el comportamiento de las promotoras frente a las negaciones.

99. Ahora bien, para la Sala este progreso puede obedecer además de los requerimientos del Ministerio y de las posibles investigaciones que ha podido realizar la Superintendencia al respecto, al hecho de que a partir del tercer trimestre de 2020 se logró contar con la totalidad de los datos validados, dado que para que el Ministerio estime que las EPS atienden el deber de reportar los servicios negados, no basta con el simple envío de los reportes, sino que es necesario que los mismos superen las fases de validación. Es así como, el parágrafo del artículo 5° de la Resolución 3539 de 2019 al referirse al proceso de validación indica que “*se entenderá cumplida la obligación de reporte de información de que trata el presente acto administrativo, una vez las dos (2) validaciones anteriormente descritas se surtan de forma satisfactoria con las correcciones, esto último cuando a ello haya lugar*”, y así mismo estaba contemplado en el parágrafo 1 del artículo 3° de la Resolución 2064 de 2017.

En este sentido la obligación de reportar de la EPS tiene vínculos estrechos con el cumplimiento del proceso de validación, y el acatamiento de la primera, depende de que se haya logrado en forma efectiva superar la segunda.

100. En este orden de ideas, para la Corte, el Ministerio cumplió con la obligación de lograr que la totalidad de las EPS remitieran la información de servicios negados, meta que deberá permanecer en el tiempo.

Entrega de los informes de negación a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo y la Corte Constitucional

101. La Corte dispuso remitir a la Procuraduría, Contraloría General, Defensoría del Pueblo y a este Tribunal, un informe consolidado de los registros de servicios negados reportados por las entidades obligadas, dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario contados a partir de la finalización del respectivo trimestre⁸⁴. Además, ordenó que se allegaran a la Sala Especial, las constancias de entrega de los informes a las otras entidades dentro de los cinco días siguientes a su remisión.

102. La Sala también indicó que dicho documento debería contener (i) las EPS habilitadas, las que hicieron el reporte y el total de negaciones en el trimestre discriminadas por régimen; (ii) un análisis cualitativo y cuantitativo de las negaciones en el que se establezca el aumento o disminución en relación con el periodo anterior y, (iii) las soluciones con el fin de disminuir las tecnologías no autorizadas a los usuarios.

103. En relación con la primera parte de la directriz, esto es, la entrega de los informes, la Sala evidenció que el Ministerio allegó a esta Corporación los reportes correspondientes a los cuatro trimestres de 2020 y al primero de 2021. No

⁸⁴ Mediante auto 411 de 2015 la Sala Especial ordenó al Ministerio que los reportes deberían ser enviados dentro de los 15 días hábiles siguientes a la terminación del respectivo trimestre, mandato reiterado en auto 122 de 2019. Sin embargo, por solicitud presentada por el Ministerio dicho término fue modificado a través de auto 093A de 2020, el cual amplió el plazo a 45 días calendario.

obstante, pudo advertirse que la cartera de salud continúa incumpliendo los plazos establecidos como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla No. 27.

Envío de reportes trimestrales a la Corte Constitucional		
Periodo	Fecha límite en que debía entregarse el reporte	Fecha de radicado en la Secretaría de la Corte
I trimestre de 2020	15/05/2020	03/07/2020
II trimestre de 2020	14/08/2020	03/02/2021
III trimestre de 2020	14/11/2020	03/02/2021
IV trimestre de 2020	14/02/2021	29/04/2021
I trimestres de 2021	15/05/2021	15/06/2021

104. Al analizar los datos contenidos en el recuadro precedente, la Corte observa que, pese a que esta Corporación en el auto 093A de 2020 modificó el plazo para la remisión de los informes⁸⁵, el Ministerio siguió con el envío tardío de los mismos, toda vez que los correspondientes al I y hasta IV trimestre de 2020 fueron allegados a esta Corporación dos meses posteriores a la fecha fijada y el atinente al I trimestre de 2021 se presentó con una tardanza de un mes.

105. Además, se avizora que en ninguno de los periodos mencionados el Ministerio, solicitó la prórroga del término conferido, antes de su vencimiento ni después de este; y, que los reportes correspondientes al segundo, tercero y cuarto trimestre de 2020, y primero de 2021 solo fueron entregados previo requerimiento por parte de esta Corporación.

106. Por otro lado, se advirtió que las constancias de envío de los reportes de los registros negados del I y III trimestre de 2020, y, IV de 2021, a la Contraloría, Procuraduría y Defensoría del Pueblo, no fueron remitidas a la Sala Especial, por lo tanto, no existe prueba de si a estas entidades se les entregaron dichos informes.

Además, se encontró que los dosieres del segundo y cuarto trimestre de 2020 se enviaron a las entidades mencionadas de manera tardía, e incluso, en el cuarto trimestre en una fecha posterior a la allegada a la Corte, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla No. 28.

Envío de reportes trimestrales a la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República y Defensoría del Pueblo		
Periodo	Fecha límite en que debía entregarse el reporte	Fecha de envío por correo electrónico
I trimestre de 2020	15/05/2020	NR ⁸⁶
II trimestre de 2020	14/08/2020	21/12/2020
III trimestre de 2020	14/11/2020	NR
IV trimestre de 2020	14/02/2021	05/05/2021
I trimestres de 2021	15/05/2021	NR

107. Con respecto a la segunda parte de la orden, esto es, el contenido de los informes, la Corte halla que en todos los presentados a la Sala se indicaron el número de EPS (i) habilitadas, discriminadas por regímenes y por meses, y (ii) que entregaron los reportes.

⁸⁵ En el que lo amplió en más de tres semanas y, tuvo en cuenta para definirlo, que se contara con el tiempo suficiente para efectuar el reporte, validar y consolidar la información.

⁸⁶ No reporta.

También, se evidencia que se hizo un análisis de las negaciones en el que se señala el aumento o disminución en relación con el periodo anterior. Sin embargo, al estudiar cada uno de los informes no se advierten soluciones con el fin de disminuir las tecnologías no autorizadas a los usuarios.

108. En este orden de ideas, la Sala concluye que la cartera de salud no está cumpliendo⁸⁷ con la orden de entrega de los reportes de servicios negados a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo y a esta Corporación.

109. Por lo anterior, se requerirá al Ministerio para que entregue los reportes trimestrales en los plazos establecidos en el auto 093A de 2020, y allegue a esta Corporación las constancias de envío de los informes a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo.

110. De la misma manera se le requerirá para que el contenido de dichos documentos atienda las directrices dadas por esta Corte señalados en el numeral 31 de las consideraciones de esta providencia.

Publicar en la página web del Ministerio el reporte consolidado de servicios negados

Conforme a los autos 411 de 2015 y 122 de 2019 el Ministerio de Salud y Protección Social tiene la obligación de publicar en su página web los resultados de registros negados de ambos regímenes, en el que deberían incluirse : (i) las EPS que no reportaron; (ii) las actuaciones correctivas iniciadas; (iii) los resultados de esas acciones; (iv) las 10 tecnologías en salud⁸⁸ más negadas durante el respectivo semestre⁸⁹ y, (v) la disminución o aumento de negaciones en cada periodo por EPS y por entidad territorial.

111. Ahora bien, al revisar la página web⁹⁰ se evidencia que el Ministerio ha publicado en forma trimestral los reportes de los años 2019 y 2020.

Además, se observa que en los informes publicados se consolidan las EPS que no presentaron información y los meses respecto de los cuales no lo hicieron; así mismo, se consignan las tecnologías más negadas y se indican además el número de negaciones por EPS. No obstante, en los reportes, sigue faltando la información acerca de las acciones correctivas iniciadas y los resultados de dichas actuaciones, omisión que resuelta cuestionable aún más cuando fue una falencia que se enrostró en el anterior auto de valoración y no se observan cambios en este punto.

112. Por otra parte, la Sala advierte que los informes del primer y segundo trimestre de 2020 publicados no reportan la información definitiva

⁸⁷ En los términos y bajo los parámetros establecidos por la Sala.

⁸⁸ POS y no POS.

⁸⁹ Con respecto a este punto indicó que en caso de tecnologías no POS se debía justificar por qué éstas no estaban incluidas en el plan de beneficios y si lo eran tenían que señalar las sanciones impuestas a los aseguradores.

⁹⁰ <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/sentencia-760-.aspx>

correspondiente a dichos trimestres, dado que obedece a los reportes efectuados preliminarmente, antes de que se realizara la depuración de los registros negados. De manera adicional, y pese a que tal situación se puso de presente en el auto 122 de 2019, se sigue evidenciando la publicación de un “*Abece*” que no cuenta con información actualizada. Lo que generara una desinformación para la ciudadanía, toda vez que los datos mostrados no están acordes con la realidad al no ser actualizados.

Debido a lo anterior, para la Corte el Ministerio no ha cumplido a cabalidad la obligación de publicar en su página web el reporte consolidado de servicios negados conforme a los parámetros establecidos en el auto 411 de 2015 y 122 de 2019.

Recuperación del dinero pagado sin justa causa a las EPS que hayan negado servicios costeados con la UPC

113. En virtud de los autos 411 de 2015, 122 de 2019 y 093A de 2020⁹¹ el Ministerio tiene la obligación de iniciar trámites para obtener la UPC pagada por usuario durante el mes en que éste sufrió la barrera en la prestación de los servicios PBS UPC.

114. Por su parte, la Resolución 1716 de 27 de junio de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social establece el procedimiento de reintegro de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, apropiados o reconocidos sin justa causa.

En ella se indica que cuando el Ministerio de Salud, la Adres o entidades territoriales detecten que se presentó una presunta apropiación sin justa causas de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán iniciar en forma inmediata el procedimiento de reintegro; y para ello tendrán que recopilar la información que soporte tal apropiación y remitir solicitud de aclaración, ya sea por medio electrónico o físico, a quien presuntamente se haya apropiado o reconocido sin justa causa los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de que esclarezca el hecho evidenciado.

La persona requerida tendrá cuarenta (40) días hábiles desde que recibió la comunicación para presentar la respuesta a la solicitud de aclaración⁹². Cumplido ese término la entidad encargada del reintegro deberá elaborar un informe en un término máximo de cuarenta (40) días hábiles desde la recepción de la respuesta o el vencimiento del término para allegarla, sustentado en criterios técnicos y jurídicos en el que se indica si se presentó la apropiación o reconocimiento sin justa causa de los recursos y en caso de que así sea ordenará el reintegro actualizado con la variación del IPC⁹³.

⁹¹ Auto que moduló la orden respecto a la devolución de los dineros dada en el auto 122 de 2019 y fue notificado al Ministerio el 3 de septiembre de 2020.

⁹² Artículo 5º de la Resolución 1716 de 2019.

⁹³ Artículo 6º ibídem.

115. Ahora bien, teniendo claro lo anterior, procede la Sala a verificar si el Ministerio ha dado cumplimiento a la orden emitida en los autos 411 de 2015, 122 de 2019 y 093A de 2020. Al revisar los informes presentados, la Sala observa que el Ministerio desplegó gestiones tendientes a iniciar los trámites de devolución de los dineros correspondiente a la prima pagada por usuario durante el mes en que este sufrió la barrera, advirtiendo las siguientes actuaciones:

(i) El 6 de octubre de 2020, instó a las EPS del régimen contributivo para que reportaran la información sobre la causal de negación “*el servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC*”. En virtud de ello recibió información de Servicio Occidental de Salud (SOS); Sanitas EPS, Famisanar EPS, Aliansalud EPS, Salud Capital, Compensar EPS y Comfenalco quienes reportaron que no tuvieron negaciones con respecto a esa causal.

(ii) Solicitó a la Superintendencia Nacional de Salud, mediante oficio de 23 de octubre y 17 de noviembre de 2020, que aportara los resultados de los procesos sancionatorios en virtud de su función de inspección, vigilancia y control, información que fue allegada por la Superintendencia el 21 de noviembre de 2020.

(iii) Requirió a las EPS que reportaron en el registro de negaciones la no autorización respecto de la causal “*El servicio solicitado es cobertura del Plan de beneficios con cargo a la UPC*” correspondiente a los años 2018 y 2019, así:

Tabla No. 29.

Requerimiento	
EPS habilitada objeto de requerimiento	Fecha
Caja de Compensación Familiar de Cartagena y Bolívar “Comfamiliar”	9 de diciembre de 2020
Asociación Indígena del Cauca AIC EPS	9 de diciembre de 2020
Capital Salud Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado S.A.S. Capital Salud EPS-S S.A.S.	9 de diciembre de 2020
Alianza Medellín Antioquía EPS S.A.S. Savia Salud EPS	9 de diciembre de 2020
Nueva EPS S.A.	9 de diciembre de 2020
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	9 de diciembre de 2020
Asociación de cabildos Indígenas del Cesar y Guajira Dusakawi A.R.S.I	9 de diciembre de 2020
Caja de Compensación Familiar de la Guajira Comfaguajira	9 de diciembre de 2020

(iv) En relación con los periodos 2018 y 2019 se recibieron respuestas de las EPS y el Ministerio se encontraba realizando el análisis y las validaciones para determinar si había lugar o no al reintegro de los recursos.

116. En virtud de lo anterior, la Corte considera que el Ministerio, de acuerdo con la normatividad respectiva, inició los trámites para obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada. Por lo tanto, la cartera de salud ha realizado acciones tendientes a dar cumplimiento a lo ordenado en el auto 093A de 2020⁹⁴.

117. Sin embargo, la Sala Especial pudo advertir que en los casos ocurridos en los años 2018 y 2019, la cartera de salud presentó el 9 de diciembre de 2020, solicitud de aclaración a cada una de las EPS respectivas, por lo que, conforme a lo

⁹⁴ El cual moduló la orden contenida en el literal h numeral segundo de la parte resolutive del auto 122 de 2019.

dispuesto en los artículos 5º y 6º de la Resolución 1716 de 2019, ellas tenían hasta el 8 de febrero de 2021⁹⁵ para dar las respuestas y, el Ministerio hasta el 8 de abril de la presente anualidad⁹⁶ para elaborar el informe mediante el cual determinaría si se presentó apropiación o reconocimiento sin justa causa de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, decisión que se constituye en la base para emitir el acto administrativo que ordene el reintegro de los dineros. No obstante, a 15 de junio de 2021⁹⁷, pese a que habían transcurrido 45 días hábiles desde el cumplimiento de plazo señalado para realizar tal documento conforme a la normatividad expedida por la propia cartera de salud, aún no lo había hecho.

118. En este orden de días, si bien, en relación con lo evidenciado en el auto 122 de 2019, es un avance que el Ministerio hubiere adelantado las acciones pertinentes para obtener la devolución de la UPC, la Sala sigue advirtiéndole que las mismas aún no arrojan resultados, lo que refleja falta de diligencia a fin de cumplir a cabalidad y de manera efectiva tal directriz.

119. Por lo anterior, la Sala concluye que al momento de emitirse esta decisión aún no se ha dado cumplimiento al mandato que nos ocupa, a cabalidad.

120. Ahora bien, cabe resaltar que el Ministerio de Salud, junto con el informe del cuarto trimestre de 2020 allegó un documento en el que solicitó el cambio de la directriz de devolución de dineros pagados, para ello puntualizó que tal mandato no soluciona la problemática del paciente afectado con la negación de manera injustificada. Por lo que estimó que, obtener la devolución del dinero referido si bien es una sanción a las entidades responsables, no las obliga a propender por la protección de los usuarios.

121. Por la anterior razón, informó que con el fin de velar por la protección de los pacientes sería importante modificar la decisión aludida; para ello formuló una propuesta consistente en remplazar la directriz de la devolución de los dineros por otra encaminada a que el usuario accediera, a través de una metodología fijada, de manera priorizada y oportuna a las IPS habilitadas, quienes deberían proporcionar la prestación requerida que fuese negada injustificadamente, estando obligada la promotora responsable de la no prestación, a reconocer y pagar el valor del servicio que injustificadamente se hubiere negado.

122. En virtud de tal petición, es preciso señalar que al realizarse la valoración del auto 411 de 2015, la Corte evidenció que no se habían adoptado medidas contundentes en contra de las promotoras que de manera sistemática venían negando la prestación de los servicios incluidos en el entonces POS. Tecnologías que el SGSSS cubría a través de la UPC. Por lo que el actuar de las EPS era aún más reprochable ya que el sistema había pagado previamente por esas tecnologías, y por ello, no se justificaba que estas entidades obstaculizaran la prestación de los servicios a la cual los usuarios tenían derecho obligándolos a acudir a la acción de tutela para su acceso.

⁹⁵ En el cual se cumplen los 40 días hábiles contados a partir del 9 de diciembre de 2020.

⁹⁶ 40 días hábiles desde el 8 de febrero de 2021.

⁹⁷ Fecha en que se presentó el informe del primer trimestre de 2021 a esta Corporación.

Por esa razón, y atendiendo a la normatividad sobre la materia, la Corte dispuso que se deberían devolver los dineros de la UPC en el mes en que el usuario había sufrido la negación, dado que las promotoras no estaban cumpliendo con el deber de prestación del servicio, por lo que el pago realizado para ello se consideraba injustificado.

123. Dicha sanción, además de preservar los dineros del SGSSS tenía como finalidad desestimular las negaciones, por lo tanto, el objetivo de tal decisión era que a futuro las EPS se abstuvieran de negar servicios, en vista de las implicaciones económicas que sus actuaciones arbitrarias generaban. Ahora bien, cabe aclarar que el trámite de devolución del dinero no releva a las EPS de suministrar las tecnologías que los usuarios tienen derecho. Por lo que, pese a que se obtenga la devolución del valor de la UPC pagada, las promotoras deben garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados.

124. En este contexto, la Sala considera importante que el Ministerio adopte medidas para garantizarle a los usuarios la prestación de los servicios en forma inmediata, pese a la negación de ellos por parte de las EPS; no obstante, considera que estas acciones no resultan incompatibles con la orden de devolución de los dineros por las siguientes razones:

(i) Como se explicó en el auto 093A de 2020 a las EPS se les otorga mensualmente una UPC por cada afiliado con el fin de que este pueda recibir la atención a los servicios de salud que requiera, debiendo las EPS utilizar esos recursos en la prestación de las tecnologías cubiertas por aquella. En este sentido como periódicamente se les está pagando a las promotoras para que cumplan esa obligación, ellas continúan con el deber de prestar el servicio independientemente que se les realice el reintegro de este dinero en el mes en que injustificadamente no brindaron la atención y,

(ii) La directriz de la obtención de los dineros y la propuesta por el Ministerio tienen objetivos diferentes, la primera, tal como se dijo en letras atrás busca evitar que los dineros pagados sean apropiados de manera injusta dado que los recursos públicos de la salud tienen un propósito específico y no pueden destinarse a fines diferentes y, la segunda, busca que al usuario no se le siga dilatando la prestación y pueda ser atendido de manera efectiva para evitar complicaciones en su salud.

125. Con fundamento a lo anterior, la Sala Especial no accederá a remplazar las órdenes impartas en los autos 411 de 2015, 122 de 2019 y 093A de 2020 relativa a la obtención de la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario durante el mes en que hubiere sufrido la barrera en la prestación de servicios POS o PBS UPC.

Cumplimiento de las órdenes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

126. En los autos 411 de 2015 y 122 de 2019 la Sala Especial le ordenó a la SNS informar trimestralmente las acciones adoptadas frente a las EPS que omitan la obligación de reportar los servicios negados, así como las adelantadas a aquellas que niegan o dilatan el suministro de tecnologías en salud cubiertas por el PBS.

127. Con relación a esta directriz, la Sala evidencia que el Ministerio ha presentado informes trimestrales en los que ha reportado los datos requeridos en el auto de valoración 122 de 2019. Advirtiéndose que esa cartera ha iniciado investigaciones en contra de las EPS por la negación de servicios, detallándose en los mismos la entidad objeto de investigación, el motivo de la apertura, el estado en que se encuentra y las sanciones impuestas en dado caso.

128. También se ha encontrado que la Supersalud ha desplegado acciones respecto del incumplimiento de algunas EPS a la obligación de presentar el reporte de servicios negados, en las que requirió a tales entidades para que dieran las explicaciones del caso y, en los eventos en que no ha recibido respuesta y ante el presunto incumplimiento ha procedido a dar traslado a la Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos de esa entidad para evaluar la posibilidad de iniciar proceso sancionatorio.

129. Por lo anterior, se concluye que la Superintendencia no solo ha realizado las investigaciones respectivas conforme lo ha dispuesto esta Corporación, sino que también ha presentado los informes que dan cuenta de esa labor, atendiendo de esa forma las directrices impartidas.

Valoración del cumplimiento de la orden

130. En virtud de lo establecido en la metodología y alcance de la valoración, la Corte se encargará de determinar el grado de acatamiento de la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008 y de los autos 411 de 2015, 122 de 2019 y 093A de 2020, de acuerdo con los parámetros señalados en el auto 411 de 2015.

131. En relación con el cumplimiento de dicha directriz, en cuanto al reporte de negaciones, la Sala evidenció que luego de emitido el auto 122 de 2019 el Ministerio de salud, a través de la Resolución 3539 de 2019 creó un nuevo registro de negaciones expresas para los regímenes contributivo y subsidiado, que fue implementado en el tiempo definido en la anterior valoración. Medida que resulta conducente para conocer los servicios y tecnologías no autorizadas por las EPS de ambos regímenes. Sin embargo, la Sala concluyó que no se adoptaron medidas tendientes a que el reporte permitiera obtener datos respecto de los servicios no suministrados en forma oportuna pese a ser autorizados, toda vez que el reporte creado a través de la Resolución 3539 de 2019 no arroja esa información, así como tampoco el creado con anterioridad, a través de la Resolución 256 de 2016.

En este sentido, la Corte estima que el nuevo registro de negaciones incurre en un incumplimiento de lo dispuesto en el auto 122 de 2019 al no involucrar la totalidad de los asuntos ordenados, ya que, como se señaló, no genera información sobre aquellos servicios “*que a pesar de haber sido autorizados no son suministrados en forma oportuna*”⁹⁸.

⁹⁸ Tal como lo dispuso el numeral segundo literal a de la parte resolutive del auto 122 de 2019.

132. Por lo anterior, la valoración que la Sala continuará efectuando se centrará únicamente en el registro de negaciones expresas, que fue el creado por el Ministerio y con respecto al que se adoptaron medidas.

133. En lo que respecta, a los motivos de negaciones, la Corte evidenció que la cartera de salud amplió y adecuó las causales de negación al nuevo sistema de salud e introdujo el motivo “*otras razones*”, conforme a lo ordenado en el auto 122 de 2019. Sin embargo, encontró que el registro de negaciones no comprende todos los fundamentos por los cuales las EPS de manera frecuente y reiterada no autorizan los servicios, es así, que el registro no tiene como motivos, las negaciones que se presentan relativas a servicios prescritos a través de Mipres, así como tampoco los negados por la Junta de Profesionales. Por lo tanto, aunque se adoptaron medidas al respecto, no se presentan avances reales en cuanto al cumplimiento de esta directriz, ni respecto de los registros evaluados en los anteriores autos de valoración, dado que el actual no contiene toda la información que se requiere sobre las negaciones que efectúan las promotoras en forma frecuente.

134. También se pudo advertir que el actual reporte no arroja resultados de las negaciones de servicios PBS; por lo tanto, no existen acciones a efectos de lograr que se puedan llegar a un 0,00% de negaciones de estas tecnologías, lo que conlleva a un incumplimiento de la directriz referida a adoptar medidas para disminuir en forma considerable el porcentaje de negaciones correspondientes a servicios PBS.

135. En cuanto al reporte elaborado por el Ministerio, la Sala Especial advirtió, que la información consolidada no está completa, toda vez que en los dosieres presentados se dejan por fuera algunas negaciones con el argumento de que éstas no son ilegítimas. También se halló que, por falta de lineamientos claros por parte de la cartera de salud, en relación con los datos que las promotoras debían reportar, los informes presentados por el Ministerio carecen de confiabilidad, firmeza, certeza, consistencia y generan confusión a las entidades destinatarias de los reportes. Por lo que si bien, se adoptaron medidas conducentes, los resultados obtenidos no permiten evidenciar un avance significativo con el fin de obtener información de calidad para que las entidades respectivas implementen las necesarias con el fin de desestimular las negaciones.

136. De otra arista, la Sala Especial evidenció que el Ministerio adoptó medidas conducentes para alcanzar la meta del porcentaje de validación, que arrojaron buenos resultados, toda vez que se logró la validación del 100%. Sin embargo, teniendo en cuenta que los reportes efectuados no fueron completos ya que no abarcaron todas las negaciones, la Corte considera, que no es posible determinar si frente al universo real de negaciones será posible validar el 100%.

137. En lo referente a la entrega de los informes por parte del Ministerio, esta Corporación observó que los reportes se allegaron incompletos, dado que no indican las posibles soluciones para disminuir las negaciones. Además, se evidencia que las entregas de los reportes correspondientes al segundo y cuarto trimestre de 2020, a esta Corporación, a la Contraloría, la Procuraduría y la

Defensoría del Pueblo se hicieron de manera extemporánea, sin que a la Corte se le hubiere presentado prueba de que se remitieron a estas últimas entidades los registros del primer y tercer trimestre de 2020, y primer de 2021.

En este sentido, si bien se adoptaron medidas, éstas no se hicieron en los tiempos determinados en el auto 093A de 2020⁹⁹, desatendiendo dicha directriz, además, no está acreditado que todos los informes se hubieren presentados a cada una de las entidades correspondientes. Tales situaciones dificultan las labores de seguimiento y, de inspección y vigilancia por las entidades destinatarias de los informes.

138. En relación con el deber de garantizar la entrega de los informes de servicios negados por parte de las EPS, cabe recordar, que el auto 122 de 2019 ordenó al Ministerio adoptar medidas eficientes con el fin de que el total de las promotoras de los regímenes contributivo y subsidiado remitieran la información de servicios negados, meta que fue cumplida, toda vez que a partir del tercer trimestre de 2020 el total de las EPS reportaron los servicios y tecnologías negados. No obstante, se observaron circunstancias que no permiten establecer con certeza que los avances evidenciados son sostenibles en el tiempo, dado que el acatamiento de esta directriz está vinculado directamente¹⁰⁰, con la de validación de datos¹⁰¹, que como se señaló, se efectuó respecto de información parcial. Por lo tanto, como quiera que existen avances reales y que estos no son totales la Sala considera que en torno a la directriz referida estamos frente a un nivel de cumplimiento medio.

139. En lo atinente a la orden de devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario, se observa que el Ministerio ha adoptado medidas conducentes al respecto, toda vez que se observó que inició los trámites contra las entidades que de acuerdo con el reporte de servicios negados no autorizaron servicios y tecnologías PBS; sin embargo, el Ministerio no ha acreditado resultados, toda vez, que pese a que ya se venció el término para decidir sobre si resultaba procedente los reintegros respectivos, la cartera de salud no demostró que hubiere tomado determinación alguna, dado que hasta el último informe trimestral allegado a la Sala todavía no se había adoptado la decisión respectiva.

140. Finalmente, la Sala también pudo advertir que la Superintendencia ha adoptado medidas conducentes, toda vez que ha desplegado acciones en contra de las entidades que negaron servicios y las que no efectuaron los reportes de negaciones. Observándose que ha informado trimestralmente las actuaciones efectuadas con respecto a estas entidades. Además, pudo advertirse que en los últimos periodos todas las EPS habilitadas han presentado el reporte de negaciones, lo que lleva a la Corte a concluir que la Supersalud ha dado cumplimiento a la directriz impartida. Sin embargo, dada la baja calidad y solidez de la información consolidada por el Ministerio, no ha sido posible que se realicen actuaciones contra todas las entidades que niegan servicios.

⁹⁹ Numeral cuarto de la parte resolutive.

¹⁰⁰ Tal como se señaló en el fundamento jurídico número 104 del auto de valoración.

¹⁰¹ Que alcanzó un porcentaje del 100%.

141. En este orden de ideas y analizada esta directriz en su conjunto, la Corte considera que si bien el Ministerio de Salud ha desplegado acciones relacionadas con el cumplimiento de la orden 19, lo cierto es que en la actualidad no se cuenta con un informe completo, confiable de calidad acerca de la realidad de las negaciones expresas y tácitas, con el fin de que las autoridades pertinentes puedan adoptar medidas eficaces y pertinentes para desestimular y evitar negaciones de los servicios a los que los usuarios del sistema tienen derecho, con el agravante de que el reporte no arroja resultados acerca de las negaciones de servicios PBS. Por lo tanto, el registro de negaciones que se encuentra vigente no le permite evidenciar a la Sala que la problemática que dio lugar a la orden décima novena se vaya a superar.

142. Por estas razones, la Corte considera que en relación con la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008 de manera general **persiste el nivel de cumplimiento bajo**, excepto del componente de remisión de los informes por parte de las EPS el cual se estima en **medio**.

Directrices a impartir

143. Teniendo en cuenta el nivel de cumplimiento declarado respecto del mandato bajo estudio y, con el propósito de avanzar en la superación de las fallas estructurales que les dieron origen, se impartirán las siguientes órdenes:

Ministerio de Salud y Protección Social

a) Dar cumplimiento a las órdenes contenidas en los literales a¹⁰², c, f y h del resolutivo segundo del auto 122 de 2019.

(b) Mantener el porcentaje de los registros validados en el 100%.

(c) Definir los términos de atención, los cuales deberán estar acorde con los parámetros de eficacia y oportunidad.

(d) Asegurarse de que los informes elaborados de servicios negados se registren la totalidad de las negaciones independientemente de si se cuenta o no con fundamento normativo. En tales informes se deben especificar todas las tecnologías: (i) negadas por las EPS y no prescritas a través de Mipres; (ii) que pese a tramitarse a través de Mipres no pudieron prescribirse por medio de esta plataforma; (iii) prescritas a través de Mipres y no autorizadas o con respuesta de causa de no entrega y, (iv) negadas por la Junta de Profesionales de la Salud. Ese reporte debe hacerse sin importar que la no autorización o falta de entrega tenga una justificación normativa.

¹⁰² Especialmente en lo atinente a la generación de información de aquellos servicios que a pesar de haber sido autorizados no fueron suministrados en forma oportuna y en incorporar un mecanismo de alarmas que se active ante el registro de una negación de un servicio PBS, mediante el cual se le notifique vía correo electrónico a la dirección que para tal efecto dispongan la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación, estas entidades deben actuar en el marco de sus competencias para determinar las responsabilidades de los representantes de las EPS o EOC que incurran en esa práctica (en concordancia con el numeral xi del considerando 10.1. del auto 411 de 2015).

(e) Indicar las tecnologías negadas que hacen parte del plan de beneficios, en el que se establezca las negaciones de servicios PBS UPC, PBS financiados con presupuestos máximos y PBS financiados con recursos dispuestos por la Adres.

(f) Reportar aquellos servicios PBS UPC tramitados por Mipres y no suministrados oportunamente a los usuarios.

(g) Presentar las explicaciones respectivas del porqué en el informe del segundo trimestre de 2020 se eliminaron del reporte tecnologías previamente reportadas como negadas que no se encuentran enlistadas en las causales de no entrega por Mipres.

(h) Allegar en el término máximo de dos meses contados a partir de la notificación de esta providencia a todas las entidades destinatarias nuevamente los reportes de servicios negados desde el primer trimestre de 2020, en que se consolide toda la información de servicios negados, incluyendo las negaciones por Mipres y de Junta de Profesionales. Informes que deben ser publicados en la página web del Ministerio.

Superintendencia Nacional de Salud.

Dar cumplimiento a la orden establecida en el literal b, numeral tercero del auto 122 de 2019.

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

III. RESUELVE

PRIMERO. Ratificar el **nivel de cumplimiento bajo** de la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008, excepto del componente de remisión de los informes por parte de las EPS, el cual se estima en **medio**, por los motivos expuestos en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO. Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que:

(a) Dé cumplimiento a las órdenes contenidas en los literales a¹⁰³, c, f y h del resolutivo segundo del auto 122 de 2019.

(b) Mantenga el porcentaje de los registros validados en el 100%.

(c) Defina los términos de atención, los cuales deberán estar acordes con los parámetros de eficacia y oportunidad.

¹⁰³ .Especialmente en lo atinente a la generación de información de aquellos servicios que a pesar de haber sido autorizados no fueron suministrados en forma oportuna y en incorporar un mecanismo de alarmas que se active ante el registro de una negación de un servicio PBS, mediante el cual se le notifique vía correo electrónico a la dirección que para tal efecto dispongan la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación, estas entidades deben actuar en el marco de sus competencias para determinar las responsabilidades de los representantes de las EPS o EOC que incurran en esa práctica (en concordancia con el numeral xi del considerando 10.1. del auto 411 de 2015).

(d) Se asegure que los informes de servicios negados elaborados registren la totalidad de las negaciones independientemente de si se cuenta o no con fundamento normativo. En tales informes se deben especificar todas las tecnologías: (i) negadas por las EPS y no prescritas a través de Mipres; (ii) que pese a tramitarse a través de Mipres no pudieron prescribirse por medio de esta plataforma; (iii) prescritas a través de Mipres y no autorizadas o con respuesta de causa de no entrega y, (iv) negadas por la Junta de Profesionales de la Salud. Ese reporte debe hacerse sin importar que la no autorización o falta de entrega tenga una justificación normativa.

(e) Indique las tecnologías negadas que hacen parte del plan de beneficios, en el que se establezca las negaciones de servicios PBS UPC, PBS financiados con presupuestos máximos y PBS financiados con recursos dispuestos por la Adres.

(f) Reporte aquellos servicios PBS UPC tramitados por Mipres y no suministrados oportunamente a los usuarios.

(g) Presente las explicaciones respectivas del porqué en el informe del segundo trimestre de 2020 se eliminaron del reporte tecnologías previamente reportadas como negadas que no se encuentran enlistadas en las causales de no entrega por Mipres.

(h) Allegue en el término máximo de dos meses contados a partir de la notificación de esta providencia a todas las entidades destinatarias nuevamente los reportes de servicios negados desde el primer trimestre de 2020, en que se consolide toda la información de servicios negados, incluyendo las negaciones por Mipres y de Junta de Profesionales. Informes que deben ser publicados en la página web del Ministerio.

TERCERO: Ordenar a la Superintendencia Nacional de Salud para que dé cumplimiento al literal b, numeral tercero del auto 122 de 2019.

CUARTO: No acceder a la solicitud presentada por el Ministerio referente a remplazar la orden de devolución del dinero correspondiente a la prima pagada por usuario.

QUINTO: Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones correspondientes, acompañando copia integral de este auto.

Notifíquese, publíquese y cúmplase.

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado Ponente

ALEJANDRO LINARES CANTILLO
Magistrado

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General