

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

Referencia: Seguimiento a las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia T-760 de 2008.

Asunto: Traslado de los informes de cumplimiento presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud¹ al grupo de peritos constitucionales voluntarios y decreto de pruebas.

Magistrado Sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D.C., seis (6) de noviembre de dos mil veinte (2020)

El Magistrado sustanciador, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, dicta el presente auto con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación emitió diferentes órdenes con la finalidad de que las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud² adoptaran las medidas necesarias para corregir las fallas estructurales identificadas en su interior con ocasión del análisis de los casos concretos acumulados en esa providencia.

2. La Corte advirtió que la desigualdad entre las coberturas de ambos regímenes vulneraba el derecho a la salud de los afiliados al régimen subsidiado³, especialmente en el caso de los niños, por lo cual, en el numeral vigésimo primero de la citada providencia ordenó a la Comisión de Regulación en Salud⁴, principalmente, unificar los planes de beneficios para los niños y las niñas de ambos regímenes, y por la misma línea, para lograr la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios de los mayores de edad, en el ordinal vigésimo segundo le ordenó que adoptara un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios de ambos regímenes.

3. Una vez estudiadas las medidas y acciones relacionadas por el Ministerio de Salud y Protección Social⁵ para dar cumplimiento a los mandatos referidos,

¹ En adelante también Supersalud.

² SGSSS.

³ En adelante RS.

⁴ En adelante CRES.

⁵ En adelante MSPS, el ente ministerial, el Ministerio, la cartera de salud.

se profirieron los autos 261 y 262 de 2012, en los que se decretó el cumplimiento parcial del ordinal vigésimo segundo y el incumplimiento parcial del vigésimo primero, respectivamente.

4. Posteriormente la Sala emitió el auto 411 de 2016 mediante el cual declaró el cumplimiento alto de los mandatos específicos impartidos en el numeral segundo del auto 261 de 2012⁶ con fundamento en que el ente ministerial adoptó numerosas medidas conducentes a cumplir con el objetivo de lo dispuesto por esta Corporación, no obstante, evidenció que aún persistían algunos aspectos que precisaban ser solucionados y consideró necesario, suspender el seguimiento por parte de la Corte y remitirle el mismo a la Procuraduría General de la Nación⁷ atendiendo a sus competencias.

5. De igual manera se pronunció sobre las órdenes conjuntas impartidas en los numerales tercero y cuarto del auto 261 de 2012, y segundo y tercero del auto 262 de 2012⁸ y declaró el cumplimiento medio al concluir que el sistema de información implementado por el MSPS no contaba con datos sólidos y confiables.⁹

⁶ Las órdenes son las siguientes: “*SEGUNDO. ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud que, en el término de seis (6) meses, dé cumplimiento a los siguientes requerimientos de la orden vigésimo segunda: 1. Adelante las investigaciones tendientes a evidenciar con qué frecuencia se requiere en nuestro país llevar a cabo los diferentes estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc. 2. Actualice los estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc. 3. Establezca medidas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios de salud, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas y sin que se impida el acceso a servicios de salud requeridos. 4. Reglamente las medidas adoptadas para prevenir y evitar la evasión y elusión en el pago de la cotización obligatoria en salud, especialmente las contenidas en las leyes 1393 de 2010, 1438 y 1450 de 2011. 5. Adopte medidas (a priori) para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen en el SGSSS. 6. Adopte medidas que faciliten el tránsito entre regímenes, para aquellas personas que así lo requieran por la variación de sus ingresos económicos. Para acreditar el cumplimiento de estos presupuestos, deberán remitir un informe bimensual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación, con copia a esta Sala Especial de Seguimiento, en el que se evidencie el avance en cada uno de estos aspectos. El primero de dichos informes deberá allegarse antes del 1 de diciembre de 2012.*”

⁷ Para que en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales verificara que el Ministerio de Salud y Protección Social:“(i) [continuara] adelantando las investigaciones [...] para determinar la frecuencia que se requiere para la realización de los estudios y encuestas establecidos en la Agenda Programática Nacional de estudios Poblacionales en Salud; (ii) [continuara] actualizando los estudios y encuestas de conformidad con lo establecido en la Agenda Programática Nacional de estudios Poblacionales en Salud; (iii) [reglamentara] las disposiciones concernientes para definir los mecanismos idóneos dirigidos a controlar el adecuado y racional uso de los servicios y tecnologías en salud; (iv) [continuara] adoptando las medidas normativas y de fiscalización, necesarias para prevenir y evitar la elusión y evasión del pago en la cotización obligatoria de salud, así como para estimular que quienes tienen capacidad económica efectivamente coticen al sistema; [y] (v) [reglamentara] las disposiciones concernientes para contrarrestar las barreras administrativas u obstáculos que puedan llegar a presentarse en el tránsito entre regímenes.”

⁸ Las órdenes conjuntas son: 1. ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la Comisión de Regulación en Salud y al Departamento Nacional de Planeación, que elaboren la metodología apropiada para establecer la suficiencia de la UPC-C y de la UPC-S, que debe fundarse en estudios que demuestren contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado podrán prestarse eficiente y oportunamente por las EPS-S en las mismas condiciones de calidad que las EPS contributivas, garantizando el equilibrio financiero para tales entidades. Así mismo deberán diseñar un sistema de información que permita lograr un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el SGSSS. 2. DISPONER que hasta tanto se dé cumplimiento al numeral anterior, deberá entenderse que, a partir de la fecha de expedición de esta providencia, el valor de la UPC-S será igual al establecido para la UPC del régimen contributivo.

⁹ Aunque evidenció que se adoptaron algunas medidas conducentes, se entregaron los resultados y estos reflejaron ciertos avances en la implementación de la política pública, los mismos no fueron suficientes y se mostraron parciales para superar la falla estructural, en el sentido de que seguían presentándose falencias en el reporte de información por parte de una de las fuentes principales. Cfr. Pág. 96 del auto 411 de 2016. “*Bajo ese entendido, a juicio de la Corte aún falta que el Ministerio de Salud y Protección Social adopte medidas, como ente regulador, para consolidar un adecuado sistema de información en el cual las EPS del régimen subsidiado reporten los datos con la misma calidad que lo hacen las del contributivo, esto es, que funcione de manera efectiva la recolección, transferencia y difusión de dicha información.*”

6. Así mismo, encontró que la metodología implementada por el MSPS para establecer la suficiencia de la UPC contenía serios inconvenientes y no daba lugar a demostrar que la prima fijada fuera suficiente para la prestación efectiva de los servicios de salud, lo que no permitió superar la falla estructural identificada.¹⁰ Por lo descrito, en el numeral quinto de la parte resolutive le ordenó, principalmente, solucionar las deficiencias del sistema de información, aumentar el porcentaje de equiparación de la UPC del RS a la del RC, informar semestralmente los cambios y resultados obtenidos con la prueba piloto implementada en la Resolución 5968 de 2014 y garantizar que la definición de la UPC para ambos regímenes alcance el nivel de suficiencia necesario para financiar el entonces nuevo POS, sin sacrificar la prestación y la efectividad del derecho a la salud, so pretexto de la sostenibilidad financiera.

7. De igual forma, ordenó a la Contraloría General de la República¹¹ y a la Superintendencia Nacional de Salud¹² iniciar investigaciones en relación a algunos aspectos.

8. Posteriormente, mediante auto calendado el 11 de marzo de 2020 la Sala Especial requirió más información al Ministerio de Salud, a la Supersalud y a la Contraloría en el marco del seguimiento a las órdenes de la referencia y con ocasión del mismo se allegaron diferentes documentos.

9. Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social presentó un informe en el cual dio respuesta a cada uno de los interrogantes formulados por la Sala¹³. Hizo referencia al tipo y a las fuentes de información utilizadas para fijar la UPC, explicó los estudios de suficiencia realizados por la entidad, expuso las razones por las cuales la UPC establecida para el régimen contributivo no puede ser igual a la definida para el régimen subsidiado, definió la prueba piloto realizada en las ciudades principales del país y describió cómo se ha garantizado la sostenibilidad financiera del sistema en la ampliación de la cobertura del POS y en la equiparación de la UPC, entre otros aspectos.

10. En concreto, respecto de la calidad de la información reportada por las EPS del RS, el ente ministerial implementó asistencia técnica directamente en las instalaciones de estas entidades y de su red de prestadores para que suministraran información confiable, actualizada, relevante, oportuna y con calidad tanto para determinar la suficiencia de la UPC como para el desarrollo de estudios que soporten las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en salud. Entre otras cosas, en estas visitas se verificó la forma en cómo los actores del sector salud validaban la información que es fuente principal para el estudio de suficiencia de la UPC, de este modo se identificaron las inconsistencias advertidas en los datos reportados y se priorizaron las IPS con mayor dificultad.

¹⁰ Cfr. Pág. 103 del auto 411 de 2016.

¹¹ Orden sexta: “(i) verificar que las EPS están destinando de manera adecuada los recursos del sistema de salud; (ii) verificar si existe un nexo causal entre el detrimento patrimonial de las EPS y el valor de la prima asignada a cada una de esas entidades, con el fin de determinar si el primero es consecuencia de la insuficiencia de la UPC. Esto deberá hacerse respecto de cada una de las EPS de ambos regímenes, en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud; (iii) allegar un informe trimestral sobre las acciones adelantadas.” En adelante Contraloría o CGR.

¹² Orden séptima. En adelante Supersalud o Superintendencia.

¹³ Radicado 202011200473771 de fecha 02 de abril de 2020.

11. El ente ministerial informó que gracias a estas visitas *in situ* se logró la participación de grupos interdisciplinarios de las EPS y que estas pudieran revisar los resultados de su información y analizar las causas más relevantes que afectan la calidad de los datos. En relación con el mejoramiento de esta característica de la información, especialmente la reportada por las EPS-S, el ente ministerial aludió a la implementación de la herramienta ELT (Extract, Load, Transform) en el mes de junio de 2017, con la cual se dejó de lado la que se venía empleando y que se había vuelto obsoleta debido a la solución tecnológica que usaba y porque limitaba la capacidad de archivos que recibía. De esto modo, indicó que en el año 2019 se ajustó 100% la nueva herramienta agilizando el tiempo de respuesta y evitando reprocesos manuales.

12. También implementó en el mes de marzo de 2018 el Sistema de Reporte EPS – SIREPS; en el régimen subsidiado comenzó a funcionar la herramienta del Mipres (Resolución 2438 de 2018) que ya venía operando en el contributivo; adicionalmente informó que con el nuevo SIC el reporte de información pasó a ser nominal. Explicó sobre las encuestas efectuadas a los afiliados con el fin de evidenciar la percepción que tienen de las EPS y de la calidad de los servicios que prestan desde diferentes dimensiones; en relación con la suficiencia de la UPC, expuso que la razón por la cual se mantenía una prima diferenciada en ambos regímenes se debía básicamente a que en estos se presentan condiciones demográficas, epidemiológicas y de uso diferentes, las cuales explicó detalladamente¹⁴.

13. También puso de presente que en noviembre de 2018 informó a la Comisión asesora que la información recolectada a esa fecha no permitió concluir sobre las frecuencias de uso; que las poblaciones y operaciones de los regímenes seguían siendo diferentes, que se observaba en Bogotá y Medellín un incremento sostenido de las frecuencias y en forma adicional, como parte de la estrategia de Gobierno, se requería avanzar hacia la unificación de los regímenes, entre otras cosas. En consecuencia, la Comisión recomendó dar por terminada la prueba piloto. El MSPS remitió al “*Informe de Evaluación de la Prueba Piloto de igualación de primera pura del régimen subsidiado al régimen contributivo para las ciudades Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla*”.

14. Mencionó que la ejecución de la metodología IETS para evaluar los servicios y tecnologías que serán financiados tiene en cuenta dentro de sus componentes la elaboración del impacto presupuestal¹⁵. Adicionalmente, respecto a la sostenibilidad financiera del nuevo plan de beneficios, el ente ministerial explicó las ecuaciones empleadas para establecer la suficiencia de la UPC.

¹⁴ Cfr. pág. 36 del informe del 3 de abril de 2020. En relación con los aspectos demográficos, indicó que la población del RS es más joven y por ello demanda menos servicios que el RC y en ese sentido la UPC del RS termina siendo menor. En relación con la situación de salud, al tratarse de una población más joven en el RS que la del RC, en este último un elevado porcentaje de afiliados hace uso de los servicios de salud, mientras que en el RS es menor. En este sentido, la enfermedades que se presentan en el RC son mayormente de tipo crónico. Adicionalmente, las zonas donde residen la mayoría de los afiliados del RS tienen menos de 200 mil habitantes, donde hay menos disponibilidad de bienes y servicios de salud, sobre todo especializados, lo que conduce a una menor tasa de uso y un menor costo de la atención.

¹⁵ Cfr. pág. 39 del informe del 3 de abril de 2020 explicó las fases de análisis de impacto presupuestal.

15. Para determinar la suficiencia de la UPC de la vigencia del 2020, relacionó el “*estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, recursos para garantizar la financiación de tecnologías en salud y servicios en los regímenes contributivo y Subsidiado año 2020*” y mencionó que para establecer la del 2021, se solicitó información representativa en cuanto a calidad y cobertura y que en caso contrario, se fijaría el valor atendiendo la inflación causada.

16. Finalmente, manifestó que no se habían adelantado estudios para considerar una sola UPC que integre los recursos dirigidos a cubrir los servicios y tecnologías en salud PBS UPC y los techos máximos a los que se refieren las resoluciones 205 y 206 de 2020, no obstante, resaltó que se sigue garantizando el derecho a la salud mediante los tres mecanismos de protección conocidos y explicó brevemente los mismos, señalando que deberá esperarse a que los techos arrojen resultados para conocer sobre la unificación de la UPC a futuro.

17. Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud¹⁶ al responder si existió una incidencia negativa en la prestación de los servicios de salud por la liquidación de las EPS que salieron del sistema en los años 2014 a 2016 y las consecuencias que ello generaría en la definición de la UPC, informó los nombres de las Entidades Promotoras de Salud que entraron en liquidación durante el periodo referido y que la asignación de afiliados se realizó de acuerdo a los lineamientos del Decreto 3045 de 2013.¹⁷

18. Respecto de los resultados obtenidos con ocasión de las investigaciones que la Sala le ordenó iniciar mediante el auto 411 de 2016, enlistó en un cuadro datos sobre las sanciones impuestas en la vigencia de 2019, relacionadas con la insuficiencia de la información, negación de los servicios de salud e incumplimiento de instrucciones Supersalud, que ascienden a valor de \$9.457.084.740.

19. Finalmente aludió a los objetivos del MSPS relacionados con la fijación del valor de la UPC, resaltando que con base en la información reportada a la Supersalud se elaboran los estudios financieros de las aseguradoras.

II. CONSIDERACIONES

1. La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 tiene como labor supervisar que las autoridades obligadas cumplan con las directrices generales impartidas en dicha providencia, tendientes a corregir las fallas de regulación detectadas en el SGSSS, para lo cual, ha generado canales de comunicación con los actores del sistema que le permitan adoptar decisiones suficientemente instruidas en relación al cumplimiento de las órdenes, al analizar

¹⁶ Radicado 2-2020-42682 de fecha 14 de abril de 2020.

¹⁷ Golden Group, Comfenalco Antioquia, Colsubsidio, Cafam, Caprecom y Saludcoop. Citó el Decreto 3045 de 2013 que alude a “*establecer las condiciones para garantizar la continuidad en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la prestación del servicio público de salud a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo o subsidiado, cualquiera sea su naturaleza jurídica, cuando dichas entidades se retiren o liquiden voluntariamente, ocurra la revocatoria de la autorización de funcionamiento del régimen contributivo o del certificado de habilitación para el régimen subsidiado o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.*”

la información allegada por ellos, así como por los órganos de control y los peritos constitucionales voluntarios¹⁸.

2. Dada la complejidad técnica que revisten los informes presentados por las entidades obligadas a acatar la orden impartida, resulta indispensable que el funcionario judicial cuente con conceptos que apoyen el trámite de valoración, motivo por el cual, la Sala Especial dará traslado de algunos documentos al Observatorio Así Vamos en Salud, a Gestarsalud, a la Comisión de Seguimiento de la sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social, a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC-, a la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos -ACESI- y a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI-, para que se pronuncien y adicionalmente, contribuyan al análisis del acatamiento de las órdenes en cuestión, sin que ello incida en la autonomía que le asiste a la Corte al proferir sus providencias. Los documentos que se remitirán son:

a. el informe del Ministerio de Salud y Protección Social de julio de 2017 sobre los “*Primeros resultados de evaluación de la prueba piloto de igualación de prima pura del régimen subsidiado al régimen contributivo*”,

b. el “*Informe semestral de implementación de medidas y expedición de la reglamentación correspondiente*” de 2017 y enero de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social,

c. el “*Segundo informe de resultados de evaluación de la prueba piloto de igualación de prima pura del régimen subsidiado al régimen contributivo*” del Ministerio de Salud y Protección Social, de enero de 2018,

d. el radicado 202011200473771 del Ministerio de Salud y Protección Social del año 2020,

e. y el radicado 2-2020-42682 de la Superintendencia Nacional de Salud, allegado durante el 2020

3. Así mismo, se les solicitará que respondan los siguientes interrogantes:

3.1. Para poder determinar la suficiencia de la UPC es imperioso contar con un sistema único de información que suministre, con la oportunidad y calidad requerida, los insumos para que las autoridades del sector adopten las medidas que se requieren para corregir fallas de regulación o de inspección y vigilancia que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud, dentro de lo cual debe contemplarse la sostenibilidad de la UPC. ¿Considera que los sistemas de información que comportan el SGSSS cumplen con esas características y permiten calcular y actualizar con precisión el valor de la UPC?, ¿las medidas reportadas por el Ministerio de Salud contribuyen a mejorar efectivamente la calidad y veracidad de la información entregada por las EPS del RS? Explique la respuesta.

¹⁸ Grupo de expertos integrados para que el funcionario judicial cuente con conceptos que apoyen el trámite de valoración, los cuales han brindado una importante colaboración a la Sala al poder contar con material suficiente para la toma de decisiones. Cfr. auto 120 de 2011, Auto 147 de 2011, Auto 386 de 2014 y Auto 119 de 2015.

3.2. ¿Los sistemas de información que hacen parte del SGSSS permiten identificar las barreras de acceso a los servicios de salud de la población?

3.3. ¿Considera que la información que las EPS se encuentran obligadas a reportar, permite efectivamente definir un valor suficiente por concepto de UPC? ¿Qué información adicional considera que podría contribuir en la definición de dicho valor? Explique su respuesta.

3.4. En el 2013 la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá afirmó que *“es claro que un argumento mediante el cual las EPS-S daban dilación a la emisión de autorizaciones o negaban servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, estaba relacionado con la ‘insuficiencia de la UPCS’. Esgrimían que no era posible garantizar el mismo plan de beneficios del Régimen Contributivo con una UPC de menor cuantía con relación a la establecida para dicho régimen”*.¹⁹ Atendiendo a esta afirmación, ¿qué opinión le merece las razones que expone el Ministerio de Salud en relación con la imposibilidad de equiparar el valor de la UPC tanto del RS como del RC?, ¿considera que la desigualdad de valor de la UPC en cada régimen permite cubrir la demanda de servicios y tecnologías de igual forma, tanto para las personas pertenecientes al RC como para las del RS?

3.5. Atendiendo a lo dicho por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, expuesto en el numeral anterior, ¿cuál es la causa que da origen a que en la actualidad siga negándose la prestación de servicios y tecnologías que se encuentran incluidos en el PBS UPC?

3.6. ¿Considera que los resultados reportados con ocasión de la implementación de la prueba piloto de igualación de la prima pura del RS al RC son suficientes para aceptar que ambas primas sean desiguales, atendiendo a que las condiciones y características de la población de ambos regímenes se reporta como diferente?

3.7. Atendiendo a que en la actualidad el SGSSS contempla un plan de beneficios excluyente, es decir, que todo se encuentra cubierto por la UPC excepto aquello que haya sido exceptuado, ¿considera que la actualización anual del valor de la UPC en ambos regímenes permite cubrir las necesidades de la población? ¿Se puede concluir que los valores actuales de la UPC son suficientes para cubrir la demanda de servicios en salud? Explique su respuesta.

3.8. ¿Está de acuerdo con las razones expuestas por el Ministerio de Salud en el radicado 202011200473771 para atribuir que la frecuencia de uso en el RC sea mayor y en el RS menor? ¿Es posible afirmar que, justamente se prestan menos servicios a los afiliados del régimen subsidiado porque en las zonas donde residen hay menor cobertura?

4. Adicionalmente, se solicitará a las siguientes entidades, responder algunas preguntas relacionadas con el tema:

5. Defensoría del pueblo:

¹⁹Ver auto 411 de 2016.

5.1. Teniendo en cuenta que en el 2013 la entidad “*anotó que los datos añadidos por el Ministerio para el proceso de cálculo de la suficiencia de la UPC no aseguraban que los servicios del POS fueran prestados de manera eficiente y oportuna por las EPS-S, en las mismas condiciones de calidad que las EPS contributivas*”, ¿considera que en la actualidad la población accede de manera oportuna a los servicios y tecnologías en salud que requieren ante las EPS? De ser negativa la respuesta, explique cuál es la causa de que ello no se cumpla.

5.2. En el 2013 la Defensoría estimó que persistía la necesidad de realizar con la mayor celeridad posible los estudios técnicos necesarios para determinar la UPC-S suficiente y necesaria para responder a un plan de beneficios unificado, en las mismas condiciones de equidad, calidad y oportunidad del RC, ¿considera que los estudios reportados por el Ministerio de Salud y la prueba piloto a la que alude la Resolución 5968 de 2014, son suficientes para concluir que una UPC diferente en ambos regímenes permite igualdad de condiciones a la población de ambos regímenes, el acceso a los servicios y tecnologías en salud PBS UPC?

5.3. Para poder determinar la suficiencia de la UPC es imperioso contar con un sistema único de información que suministre, con la oportunidad y calidad requerida, los insumos para que las autoridades del sector adopten las medidas que se requieren para corregir fallas de regulación o de inspección y vigilancia que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud, dentro de lo cual debe contemplarse la sostenibilidad de la UPC. ¿Considera que los sistemas de información que comportan el SGSSS cumplen con esas características y permiten calcular y actualizar con precisión el valor de la UPC?

6. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá:

6.1. En el 2013 la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá afirmó que “*es claro que un argumento mediante el cual las EPS-S daban dilación a la emisión de autorizaciones o negaban servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, estaba relacionado con la ‘insuficiencia de la UPCS’*. *Esgrimían que no era posible garantizar el mismo plan de beneficios del Régimen Contributivo con una UPC de menor cuantía con relación a la establecida para dicho régimen*”. ¿Cuál es la causa que da origen a que en la actualidad siga negándose la prestación de servicios y tecnologías que se encuentran incluidos en el PBS UPC?

6.2. Para poder determinar la suficiencia de la UPC es imperioso contar con un sistema único de información que suministre, con la oportunidad y calidad requerida, los insumos para que las autoridades del sector adopten las medidas que se requieren para corregir fallas de regulación o de inspección y vigilancia que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud, dentro de lo cual debe contemplarse la sostenibilidad de la UPC. ¿Considera que los sistemas de información que comportan el SGSSS cumplen con esas características y permiten calcular y actualizar con precisión el valor de la UPC?

7. El contenido mínimo de cada informe solicitado a los peritos constitucionales y a las autoridades en los numerales 3 a 5 de este aparte, no obsta para que los mismos entreguen en sus reportes datos adicionales que consideren pertinentes para que esta Corporación desarrolle la labor de verificación del cumplimiento de la orden.

8. Además, se les solicitará a los actores de salud que involucra este auto, que el citado reporte tenga como sustento fáctico datos precisos y consolidados y sea remitido tanto en físico como al correo electrónico despacho05@corteconstitucional.gov.co .

III. RESUELVE

Primero: Correr traslado al Observatorio Así Vamos en Salud, a Gestarsalud, a la Comisión de Seguimiento de la sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social, a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC-, a la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos -ACESI- y a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI-, de los documentos relacionados en el numeral 2 de la parte considerativa de esta providencia, para que en el término de quince (15) días siguientes a la comunicación de la misma respondan los interrogantes formulados en el numeral 3 del mismo aparte.

Segundo: Solicitar a la Defensoría del pueblo y a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá que en el término de quince (15) días hábiles contados a partir del día siguiente de recibida esta comunicación, allegue las respuestas a los interrogantes formulados en los numerales 5 y 6 de la parte considerativa de esta providencia.

Tercero: Recordar a los actores de salud requeridos que el contenido mínimo de la información solicitada en los numerales 3, 5 y 6, no obsta para que los mismas entreguen en sus reportes datos adicionales que consideren pertinentes para que esta Corporación desarrolle la labor de verificación del cumplimiento de la orden. Los datos consolidados que acá se han solicitado, deben remitirse atendiendo a lo dispuesto en los numerales 7 y 8 de la parte considerativa.

Cuarto: Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones pertinentes, adjuntando copia de este auto y de los documentos mencionados en el numeral 2 de la parte considerativa de esta providencia.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase,

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado Sustanciador

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General