

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



## CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

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

**Asunto:** Traslado de los informes presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Supersalud al grupo de peritos constitucionales voluntarios y decreto de pruebas al Ministerio de Salud y al Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.

**Magistrado Sustanciador:**  
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá, D. C., primero (01) de abril de dos mil veinte (2020).

El Magistrado Sustanciador, 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, se identificaron diversas fallas estructurales al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que ocasionaban graves problemas en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; en consecuencia, con el propósito de superarlas fueron proferidas dieciséis órdenes generales a las autoridades encargadas, para que adoptaran las medidas necesarias y así, corregirlas.

2. Como consecuencia de lo anterior, se profirió el mandato vigésimo noveno, que impuso al entonces Ministerio de Protección Social<sup>1</sup> el deber de asegurar la cobertura universal sostenible dentro del sistema, reiterando como fecha máxima, aquella concedida a través de la Ley 1122 de 2007<sup>2</sup> -antes de enero de 2010-. Adicionalmente, estableció la obligación de presentar informes semestrales a la Defensoría del Pueblo y a esta Corporación, en los que se

---

<sup>1</sup> Hoy Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>2</sup> “Artículo 9°. *Financiación: El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará, en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema*”.

expusieran los avances que de forma parcial fueran obtenidos; señalando además, que, en caso de no lograr la meta propuesta, debería explicar las razones de ello y fijar una nueva, debidamente justificada.

3. Dentro de la labor que adelanta la Sala Especial se han proferido diferentes autos<sup>3</sup>, requiriendo al Ministerio de Salud y Protección Social, así mismo, se han elevado interrogantes a la Defensoría del Pueblo y la Supersalud con el fin de conocer el progreso de la orden que se analiza.

4. Teniendo en cuenta que el contenido de los documentos allegados al proceso de seguimiento de la sentencia T-760 de 2008 son en su mayoría técnicos, la Sala Especial de Seguimiento conformó un grupo de peritos constitucionales voluntarios<sup>4</sup> que conceptúan sobre los diferentes reportes presentados por las autoridades obligadas a dar cumplimiento a los mandatos generales y permiten contar con mayores elementos de juicio al realizar la valoración del acatamiento de las directrices.

5. Mediante auto del 12 de febrero de 2020, la Sala Especial decretó pruebas al MSPS, la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo, con el fin de actualizar la información que reposa en el expediente de seguimiento de la orden vigésimo novena.

6. El 2 de marzo de 2020, el Ministerio remitió la información solicitada sobre cobertura universal, dando a conocer entre otras cosas que la afiliación al sistema de salud para el año 2017, se encontraba en 94.9%, en 2018 en 94.7% y en 2019 fue de 95.2%<sup>5</sup>, del reporte se desprende que para ese año el 45.4% y 45.2% de afiliados correspondían a los regímenes contributivo y subsidiado respectivamente; además agregó que la tendencia en la universalización de la cobertura, ha sido creciente. Respecto del mes de enero de 2020, resaltó que el total de la población afiliada, corresponde al 94.6%, cifra que afirma, no es comparable con los otros periodos por cuanto se trata de un solo mes, que además representa para algunos trabajadores independientes un periodo de transición en su estado dentro del SGSSS.

Destacó el hecho de que la cobertura del aseguramiento en salud en los últimos tres años haya alcanzado el 95%, indicando además que la meta de universalización del Gobierno nacional sigue vigente y, por ello se expidió el Decreto 064 del 20 de enero 2020<sup>6</sup>, que se instituye en un instrumento para que las entidades territoriales y las IPS, afilien a las personas de manera

---

<sup>3</sup> Autos: del 13 de julio de 2009, 109 y 317 de 2010, 133 A de 2012, 066, 099, 354 y 408 de 2014, 442 y 520 de 2015, del 4 de agosto de 2016, 435 de 2017, del 2 de febrero de 2018, 668 de 2018, del 1º de marzo de 2018, 073 de 2019 y 12 de febrero de 2020.

<sup>4</sup> Cfr. auto 120 de 2011, auto 147 de 2011, auto 386 de 2014 y auto 119 de 2015.

<sup>5</sup> Valores que incluyen afiliación a los Regímenes Contributivo y Subsidiado, así como a los especiales y de excepción.

<sup>6</sup> “Por el cual se modifican los artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.7.7, 2.1.7.8 y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones”.

oficiosa al SGSSS a través del Sistema de Afiliación Transaccional – SAT<sup>7</sup>, bien sea en el Régimen Contributivo o en el Subsidiado<sup>8</sup>, previo cumplimiento de las condiciones previstas para el efecto. Así mismo, y con el fin de generar mayor impacto en la disminución de la población sin asegurar, con posterioridad a la expedición del mencionado decreto se ha brindado asistencia técnica a nivel territorial –EPS, IPS y ET-, la cual se llevará a cabo hasta abril de 2020, con el fin de promover la aplicación de dicho decreto y publicitarlo.

Adicionalmente, expuso que la materialización del artículo 242 de la Ley 1955 de 2019 relacionado con la solidaridad en el sistema de salud y que apunta a permitir la cobertura del SGSSS para la población no asegurada que no cumple condiciones para afiliarse al RS, pero que por su situación económica tampoco logra cotizar para hacer parte del RC, es otra de las medidas desarrolladas, ya que establece frete a los afiliados al RS y que de acuerdo al Sisbén, sean clasificados como no pobres o no vulnerables deberán contribuir solidariamente al sistema general de acuerdo con su capacidad de pago parcial, la cual será definida conforme al Sisbén.

Realizó un segundo reporte sobre el porcentaje de afiliación por departamento, estableciendo que aquellos que presentan mayor población afiliada a 2019 son: Casanare, César, Guainía, Magdalena y Norte de Santander con un 100%<sup>9</sup>. De otro lado, los que dan cuenta del menor porcentaje de afiliación: Guaviare con 66.48%, Vaupés 68.93%, San Andrés 73.27, Nariño 77.92% y Caquetá 78.40%, con un promedio para el año 2018 de 94.44%, 2019 de 94.98% y para enero de 2020 de 94.35%, indicando que existe diferencia entre esta y el promedio nacional de cobertura del SGSSS, originadas principalmente en: (i) las fuentes de información que lo componen, esto es, las características propias de cada uno de los territorios y su dinámica en materia de aseguramiento<sup>10</sup>; (ii) la información de la población afiliada a los regímenes especiales y de excepción a nivel territorial, frente a la cual no es posible su desagregación, en particular por las fuerzas militares y la policía nacional y; (iii) que la tasa de cobertura se calcula con el denominador de las proyecciones poblacionales publicadas por el DANE, basadas en el censo poblacional realizado en el año 2005, frente a lo que se esta en proceso de actualización, para lo que se debe recibir la certificación del DANE de las proyecciones del censo de 2018<sup>11</sup>.

---

<sup>7</sup> En el portal web: [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co).

<sup>8</sup> En adelante RC o RS.

<sup>9</sup> Al respecto vale la pena destacar que en los datos remitidos se observa que para los departamentos mencionados el DANE proyectó una población inferior al número de afiliador reportados, lo que explica el porcentaje de afiliación alcanzado.

<sup>10</sup> Por ejemplo, la migración constante de la población a diferentes zonas.

<sup>11</sup> Sobre este particular es preciso señalar que el DANE tiene publicadas las proyecciones de la población hasta el año 2023 del censo del año 2018 en la página <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/proyecciones-de-poblacion/presentacion-proyecciones-poblacion-area-sexo-2018-2023.pdf>

7. Asimismo, dio a conocer que, según el REPS a enero de 2020 se contaban a nivel nacional con 68.983 sedes de prestadores, lo que representa un incremento del 10.85%, respecto de las sedes inscritas en 2017 y, por tanto, frente a los servicios habilitados. Por clase de proveedor, a enero de 2020 se presentó incremento, así: se pasó de 18.336 a 18.702 sedes de IPS; en materia de profesionales independientes se aumentó de 40.802 a 47.256 y referente a de transporte especial de pacientes se incrementó de 346 a 364.

Añadió que, desde el año 2017 a diciembre de 2019, se presentó un incremento en las sedes inscritas, correspondiente al 10.28%, siendo más significativo en los departamentos de Vaupés, Antioquia, Atlántico, Huila y Nariño. Sin embargo, informó de algunos departamentos donde se redujeron dichas sedes, por cuanto es el prestador habilitado quien amplía o disminuye su capacidad de oferta. Así mismo, en torno a la ubicación de estos, tomando como referencia el año 2020, indicó que en las capitales se ubica el 60% de las IPS; el 66% de estos catalogados como “objeto social diferente a la prestación de los servicios de salud”, el 72% de los profesionales independientes y el 56% del transporte especial de pacientes

8. Adicionalmente, remitió información correspondiente al número de servicios habilitados durante los años 2017, 2018, 2019 y enero de 2020, de la siguiente manera:

SERVICIOS	HABILITADOS A NIVEL NACIONAL			
	2017	2018	2019	2020
Odontología	34.059	35.639	37.023	37.153
Ginecobstetricia	3.999	4.146	4.294	4.321
Pediatría	3.617	3.798	3.997	4.023
Ortopedia	2.767	2.861	2.998	3.015
Medicina Interna	3.741	3.986	4.225	4.246
Cirugía General	1.995	2.036	2100	2.109
Psiquiatría	1.607	1.706	1.809	1.816
Psicología	8.263	8.829	9.308	9.344
Nutrición y Dietética	5.004	5.196	5.291	5.324
Urgencias	1.613	1.582	1.582	1.58
Laboratorio Clínico	4.449	4.394	4.394	4.398
Radiología e Imágenes diagnósticas	2.061	2.081	2.072	2.069
Terapia Respiratoria	2.345	2.406	2.519	2.54

9. En cuanto a capacidad instalada, reportó lo siguiente:

<b>CAPACIDAD INSTALADA</b>		
	<b>2017</b>	<b>2020</b>
Camas	83.789	87.554
Quirófano	2.971	3.068
Parto	1.306	1.352
Ambulancia	5.79	6.273
Otros	12.152	15.792
Total	106.008	114.039
Proporción capacidad instalada	86%	
Variación 2017 - 2020 total capacidad instalada (En porcentaje)	7.58%	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

10. Respecto del tipo de servicios con el que cuenta el sistema, dio a conocer lo siguiente:

<b>SERVICIOS</b>	<b>HABILITADOS A NIVEL NACIONAL</b>			
	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Partos	1.306	1.334	1.35	1.352
Quirófanos	2.971	2.996	3.068	3.068
Ambulancias	5.79	6.021	6.265	6.273
Profesionales de la Salud*	--	686.269	731.018	775.771

\*Incluye a los auxiliares

11. Por otro lado, y en cuanto a la organización de los servicios de salud por niveles de atención, informó que ello únicamente se predica de los prestadores públicos de salud -ESE- y respecto de los privados, se refiere a grados de complejidad, clasificándose en baja, mediana o alta complejidad, frente a lo que un prestador solo puede habilitar servicios de los diferentes grados de complejidad.

Agregó que, en torno a la materialización de la accesibilidad a la oferta en salud, su medición debe hacerse conociendo la capacidad de los proveedores que en salud se tienen para la provisión de las atenciones a la población. Indicó que la suficiencia es el proceso mediante el que se evalúa la capacidad de la red de prestadores de servicios de salud -EPS- para satisfacer las necesidades en salud de sus afiliados, señalando que para el término de la vigencia de 2019 el 55.4% de las EPS contaban con concepto positivo respecto de la habilitación de la red, emitido por la Supersalud, las demás se encuentran en proceso de habilitación de la red ante la entidad mencionada<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Cajacopi – Atlántico, Comfacundi, Coomeva E.P.S., Medimas EPS, Comfachocó, Asmet Salud ESS EPS, Capresoca EPS, Coosalud EPS S.A., Convida EPS, Comfamiliar de Nariño y Emssanar ESS.

12. Adicionalmente, refirió que, con corte a diciembre de 2019, la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA- registró información sobre el número de afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, el cual es el del 39%, siendo los departamentos con mayor población vinculada: Vaupés con 86.2%, Guaviare 76.0%, Amazonas 75.8%, Nariño 72.2%, Vichada 66.2% y, Casanare 65.6%.

13. En torno al trabajo adelantado en desarrollo del Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS- aseguró que este inició el 1° de mayo de 2016, y produjo grandes avances en el acceso y empoderamiento en la salud. Así mismo, mencionó que con la labor desplegada respecto a la caracterización se ha logrado identificar grupos de riesgo cardiovascular, obstétrico, de cáncer de cuello uterino y EPOC de desnutrición.

14. Puntualmente, indicó que Guainía es el departamento más disperso del país, dividido en cinco grandes zonas y que cada una de ellas cuenta con un centro y puestos de salud a lo largo del río en comunidades indígenas específicas, un hospital de segundo nivel, cuatro centros de salud<sup>13</sup> y 23 puestos de salud<sup>14</sup>, por lo que realizó un aseguramiento universal.

15. En este punto enumeró los avances en el trabajo realizado en el departamento, de los que se enuncian algunos: (i) un único asegurador para el RS (94% de la población); (ii) incentivos al talento humano de la salud relacionado con bonificaciones por trabajo extramural y elementos de estancia para su bienestar; (iii) desarrollo de una historia de gestión de riesgo en salud que define la caracterización de la población por departamento; (iv) fortalecimiento del talento humano<sup>15</sup> y de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento; (v) canalización de 1183 personas pertenecientes a la población pobre no asegurada -PPNA- hacia las EPS, a través de una comisión de afiliación de los Ríos Guaviare e Isana – Cuyarí y, (vi) orientación de los afiliados de Medimás para el traslado hacía Coosalud.

16. Señaló que los actos administrativos y demás documentos adoptados en aplicación del MIAS, así como el trabajo desarrollado por el MSPS y las entidades territoriales, se integrarán a una o varias de las líneas de acción de MAITE. De igual forma, citó la Resolución 2626 de 2019, que define las herramientas con las que cuentan los actores para el desarrollo de sus acciones.

---

<sup>13</sup> Prestan atención a 5.000 aproximadamente cada uno.

<sup>14</sup> Brindan atención a 1.000 aproximadamente cada uno.

<sup>15</sup> Formación de cinco especialistas en medicina familiar, a través del Proyecto “Fondo Educativo Departamental para la Educación Superior”, formación de médicos familiares mediante el convenio celebrado entre la Gobernación y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS, cuentan en la actualidad con cuatro médicos residentes en segundo año, nombramiento de gestores comunitarios, con un componente indígena importante; cuatro especialidades médicas básicas permanentes y, encuentros pedagógicos interculturales entre médicos y parteras.

En torno a la implementación de MAITE en los territorios dio a conocer que deberán desarrollarse las fases de formulación, ejecución, monitoreo y ajustes mediante la elaboración de un plan de acción que especifique las prioridades del territorio en cada línea de acción. Lo anterior, habría de llevarse a cabo en un término máximo de seis meses contados a partir de la posesión del respectivo gobernador o alcalde, contando con la posibilidad de que su implementación tenga ajustes.

Expuso que los avances pretendidos con el nuevo modelo son: *(i)* la garantía del derecho a la salud; *(ii)* el fortalecimiento de la autoridad sanitaria; *(iii)* la articulación de los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud; *(iv)* producir un ajuste en las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones y mejorar las condiciones de la población y, *(v)* la satisfacción de los usuarios frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera del mismo.

Adicionalmente, manifestó que el MAITE se fundamenta en la atención primaria en salud, centrado en las personas, las familias y las comunidades, que asegura una efectiva participación social y comunitaria, asegurando mayor suficiencia, equidad, eficiencia y sostenibilidad de las intervenciones en salud individuales y colectivas. Agregó que el modelo busca responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento del derecho fundamental, satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.

Ahora bien, en torno al avance en la implementación en los departamentos, refirió que en diciembre de 2018 el modelo inició en Vaupés, Vichada, Arauca, Chocó, Casanare y Guaviare; en junio de 2019 realizó el II encuentro de secretarios departamentales y distritales de salud, en el que se firmaron 37 planes de acción y se inició su ejecución y seguimiento. Por lo tanto, las 37 entidades territoriales formularían un plan de acción donde especifican las prioridades del territorio, los cuales se monitorean trimestralmente a través de los líderes de MAITE con el fin de hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos por cada línea de acción.

17. Concluyó informando que, como consecuencia del encuentro adelantado, se firmaron 1.466 compromisos, de los cuales: 718 que corresponde al 49% se encuentran ejecutados, 632 (43%) están en ejecución y 116 (8%) están por iniciar. Los departamentos que alcanzaron 100% en la ejecución de su plan de acción fueron Quindío, Huila, Cundinamarca y Boyacá, seguidos por Barranquilla 95%, Atlántico 95%, Córdoba 93%, Casanare 90%.

18. Por su parte la Superintendencia Nacional de Salud<sup>16</sup> manifestó que en el marco del procedimiento administrativo sancionatorio ha iniciado un total de 41 investigaciones administrativas en contra de 24 EPS en todo el territorio nacional. Así mismo, ha impuesto un total de 408 sanciones a 39 EPS<sup>17</sup> por un monto de \$49.410.195 por el incumplimiento de las obligaciones propias del modelo de aseguramiento en salud, particularmente relacionado con la falta de garantía en la prestación oportuna de servicios de salud en las vigencias 2017 a 2020; categoría de la que hacen parte (i) la programación de citas con especialista; (ii) disponibilidad de agenda; (ii) programación citas medicina general y odontológicas; (iii) incumplimiento prestación del servicio de salud; (iv) CTC; (v) trámite de autorización en prestación de servicios de salud; (vi) red prestadora y, (vii) servicios excluidos del POS.

Además, remitió la información respecto de las PQRD que se generaron por los siguientes conceptos:

TIPO DE NEGACIÓN	UPC			NO UPC		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Procedimientos	255 <sup>18</sup>	214 <sup>18</sup>	11 <sup>18</sup>	143 <sup>19</sup>	107 <sup>19</sup>	11 <sup>19</sup>
Medicamentos	1209 <sup>20</sup>	1124 <sup>20</sup>	99 <sup>20</sup>	3010 <sup>21</sup>	2350 <sup>21</sup>	289 <sup>21</sup>
Tecnologías en Salud	2200 <sup>22</sup>	2157 <sup>22</sup>	181 <sup>22</sup>	4954 <sup>23</sup>	4331 <sup>23</sup>	451 <sup>23</sup>
Trámite Junta de Profesionales	103	289	26	380	885	125

Así mismo, puso de presente las ciudades en las que se reportan el mayor número de PQRD en contra de las EPS<sup>24</sup>, relacionadas con la negación de procedimientos, medicamentos y tecnologías en salud “NO POS”<sup>25</sup> y trámite

<sup>16</sup> Recibido vía correo electrónico en la Secretaría de la Corte el 16 de marzo de 2020.

<sup>17</sup> El informe remitido señaló que fueron 99 las EPS sancionadas, sin embargo, una vez verificada la tabla que contiene los datos desagregados, se pudo constatar que fueron 39.

<sup>18</sup> En la que se menciona como motivo específico la negación de la autorización de procedimientos “POS”.

<sup>19</sup> Dentro de las que se relacionan como motivos específicos, la negación (i) de la autorización de procedimientos “NO-POS”; (ii) en la respuesta del CTC para procedimientos “NO-POS” y; (iii) de la autorización de procedimientos “NO-POS” para enfermedades raras o huérfanas.

<sup>20</sup> Citando como motivos específicos de negación de (i) insumos médicos hospitalarios “POS”; (ii) de la autorización de medicamentos “POS” y; (iii) para la entrega de medicamentos “POS”.

<sup>21</sup> En las que se mencionan como motivos específicos en la negación (i) para la entrega de medicamentos “NO POS”; (ii) para la autorización de medicamentos NO POS; (iii) para la entrega de medicamentos “NO-POS” ara enfermedades raras o huérfanas; (iv) en la respuesta del CTC para medicamentos “NO-POS” y; (v) de la autorización de medicamentos “NO-POS” para enfermedades raras o huérfanas.

<sup>22</sup> Con motivos específicos, la negativa a (i) la autorización de cirugía “POS”; (ii) para la entrega de medicamentos “POS”; (iii) de la autorización de medicamentos “POS”; (iv) de insumos médicos hospitalarios “POS”; (v) de la autorización de insumos “POS” y; (vi) de la autorización de procedimientos “POS”.

<sup>23</sup> Citando como principales motivos específicos para la negación (i) para la entrega de medicamentos “NO POS”; (ii) de la autorización de medicamentos “NO POS”; (iii) de la autorización de insumos “NO POS”; (iv) negación de insumos médicos hospitalarios “NO POS”; (v) negación para la autorización de procedimientos “NO POS”.

<sup>24</sup> La mayor parte de PQRD se radican en contra de las siguientes EPS, entre otras (i) Coomeva con 30; (ii) Nueva EPS con 29; (iii) Medimás con 27; (iv) Salud Total con 26 y; (v) Sanitas con 18.

<sup>25</sup> Cabe manifestar que, pese a la manifestación realizada por la Supersalud, se entiende lo por ellos citado “NO POS”, como servicios PBS NO UPC y lo “POS” como servicios PBS UPC.



de la Junta de Profesionales de la Salud, así: (i) procedimientos: Bogotá D.C. con 57, Valle del Cauca con 36, Antioquia con 35, Santander con 15, Atlántico con 12; (ii) medicamentos<sup>26</sup> informado un total de 5.649 en ciudades como Bogotá D.C. con 1051, Antioquia 738, Valle del Cauca 615, Atlántico con 529 y, Meta 275; (iii) tecnologías en salud<sup>27</sup>, se indican que las ciudades con mayores quejas fueron Bogotá D.C. con 1877, Valle del Cauca con 1331, Antioquia con 1260, Atlántico con 748 y, Santander con 499.

## 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, para corregir las fallas de regulación detectadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Esta Corporación con el fin de garantizar a los ciudadanos el goce efectivo, oportuno y de calidad del derecho a la salud, y de esta forma en búsqueda de la materialidad de las órdenes<sup>28</sup> por parte de las entidades encargadas de ello, ha considerado importante el acompañamiento técnico del grupo de expertos<sup>29</sup>, por cuanto contribuyen a que los autos proferidos por esta Sala se sustenten no solo en los informes presentados por las entidades del orden Nacional, sino también en los análisis realizados por quienes conocen y manejan los temas que allí se abordan.

3. Resulta claro que los datos remitidos por el Ministerio de Salud cuentan con un contenido altamente técnico, los cuales requieren de conocimientos específicos en la materia, por lo que, buscando obtener material suficiente y de calidad para la toma de decisiones, se solicitará a los peritos constitucionales voluntarios, que en atención a su experticia, analicen la información allegada a esta Sala y emitan los conceptos pertinentes, sin que ello afecte la autonomía con la que cuenta esta Corporación al momento de emitir sus providencias.

Los peritos constitucionales voluntarios a quienes se les correrá traslado, son:

i)	Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08 y por una Reforma Estructural en Salud -CSR-.
ii)	Observatorio Así Vamos en Salud.
iii)	Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad -Dejusticia-.

<sup>26</sup> Las EPS en contra de quienes se interponen el mayor número de PQRD fueron, entre otras Medimás, Nueva EPS, Coomeva, Salud Total y Capital Salud.

<sup>27</sup> Las primeras cinco EPS con más PQRD fueron Medimás con 1738, Nueva EPS con 1422, Coomeva 869, Salud Total 514 y Capital Salud 438.

<sup>28</sup> Obligación que incluso encuentra respaldo en el ámbito internacional. *Cfr.* Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 25-2, literal c). “(...) c). a garantizar el cumplimiento, por las autoridades competentes, de toda decisión en que se haya estimado procedente el recurso”.

<sup>29</sup> Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08 y por una Reforma Estructural en Salud -CSR-; Observatorio Así Vamos en Salud; Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad -Dejusticia-; Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social -FEDESALUD-, Universidad Nacional de Colombia; Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI- y Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud GESTARSALUD-.

iv)	Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social - FEDESALUD-.
v)	Universidad Nacional de Colombia.
vi)	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI-.
vii)	Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud - GESTARSALUD-.
viii)	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina –ASCOFAME-
ix)	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC-
x)	Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos - ACESI-

4. Los peritos mencionados deberán pronunciarse respecto de los datos remitidos por el Ministerio de Salud, referida en el numeral 5, 6 y 7 del acápite de antecedentes, así como responder los interrogantes que a continuación se formulan, sin que ello les impida abordar otros aspectos pertinentes en sus conceptos, que permitan verificar la implementación y efectividad de las medidas adoptadas, para dar cumplimiento a lo establecido en la orden vigésima novena del fallo estructural.

a) ¿Cuál es su concepto sobre el estado de la afiliación en salud que se reporta para el Régimen Contributivo y Subsidiado a nivel nacional y departamental por el Ministerio de Salud? Explique su respuesta.

b) ¿Considera que los datos que se remiten desde el MSPS en cuanto a afiliación y capacidad instalada es suficiente para garantizar el servicio de salud en las zonas dispersas y de frontera? Argumente su respuesta.

c) Atendiendo a que anteriormente se ha manifestado por el MSPS que operativamente es imposible alcanzar una cobertura efectiva del 100% de la población<sup>30</sup> y teniendo en cuenta el porcentaje de afiliación indicado para el año 2019 ¿qué medidas podrían implementarse con el fin de continuar aumentando ese porcentaje? Argumente su respuesta.

d) ¿Desde el informe presentado por el MSPS se puede concluir que en los territorios dispersos<sup>31</sup> se ha aumentado la cobertura efectiva de la población durante los años 2017, 2018 y 2019? Explique su respuesta.

e) Las medidas implementadas a través de la Política de Atención Integral en Salud -PAIS-<sup>32</sup> y el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE-<sup>33</sup>, las cuales plantean un enfoque de atención primaria en salud y sostenibilidad del

<sup>30</sup> Oficio del 31 de julio de 2009 presentado dentro de la orden vigésima novena. Cfr. AZ XXIX-A, folios 56-66.

<sup>31</sup> “*Son aquellos municipios y Áreas No Municipalizadas —ANM— que tienen cabeceras pequeñas y densidad poblacional baja (menos de 50 hab/km2). 318 territorios son considerados en la categoría de Rural disperso para el 2014, están asociados a una población rural de 3.658.702 y el área es del 64,9% del total nacional*”. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/2015ago6%20Documento%20de%20Ruralidad%20-%20DDRS-MTC.pdf>

<sup>32</sup> Resolución 0429 de 2016.

<sup>33</sup> Resolución 2626 de 2019.

sistema ¿se muestran idóneas para asegurar que todas las personas reciban los servicios en salud que requieren sin tener una afectación financiera? En caso de que su respuesta sea negativa, manifieste cuál sería la medida eficaz para ello.

f) ¿El PAIS ha permitido garantizar que la población residente en territorios dispersos y zonas de frontera acceda al sistema de salud en condiciones de calidad y disminuya la afectación financiera que ello genera? Explique su respuesta.

g) ¿Se encuentra garantizada la accesibilidad a los servicios de salud y la protección del gasto de bolsillo en departamentos que, como el Vichada cuenta con once IPS para atender a 68.575 habitantes? Argumente su respuesta.

h) ¿Se puede afirmar que existe cobertura universal en salud en el departamento del Guainía, cuando la información suministrada por el MSPS reporta que cuenta con nueve IPS privadas para atender a 40.203 habitantes y unas condiciones geográficas que dificultan la movilidad en dicho territorio?, ¿qué estrategias deben implementarse para mejorar las condiciones accesibilidad en dicha población?

i) El artículo 236 del Plan Nacional de Desarrollo<sup>34</sup> contiene un mecanismo para avanzar en la cobertura universal en salud ¿desde su experiencia que estrategias deben implementarse para que esta norma impacte positivamente aquellas zonas del país con las menores tasas de afiliación, tales como Guaviare, Vaupés y San Andrés, entre otros? Argumente su respuesta.

j) ¿La oferta que se tiene para cada uno de los servicios de salud resulta suficiente para todas las regiones del país, atendiendo a su geografía, población e ingresos? Explique su respuesta.

k) ¿Cuáles son los parámetros que deben establecerse para definir la suficiencia en la oferta, de conformidad con la tipología de los servicios en salud? Argumente su respuesta.

l) Desde la información puesta de presente por la cartera de salud, se observan disminuciones en algunos de los servicios habilitados en los

---

<sup>34</sup>La Ley 1955 de 2019 señala en el artículo 36 que “Con el propósito de lograr la cobertura universal del aseguramiento, cuando una persona requiera la prestación de servicios de salud y no esté afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la entidad territorial competente, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas o privadas afiliarán a estas personas al régimen de salud que corresponda, teniendo en cuenta su capacidad de pago; lo anterior de conformidad con los lineamientos que para el efecto se expidan. Los gastos en salud que se deriven de la atención a población pobre que no haya surtido el proceso de afiliación definido en el presente artículo, serán asumidos por las entidades territoriales”.

departamentos de Arauca<sup>35</sup>, Casanare<sup>36</sup>, Chocó<sup>37</sup>, Guaviare<sup>38</sup>, Magdalena<sup>39</sup>, Vichada<sup>40</sup>, César<sup>41</sup>, Guainía<sup>42</sup>, Vaupés<sup>43</sup>, la Guajira<sup>44</sup>, Amazonas<sup>45</sup>, entre otros, ¿pese a lo mencionado la oferta resulta suficiente?, ¿cuál considera es la razón de ello y el impacto que genera en la prestación del servicio de salud? Argumente su respuesta.

m) ¿El MIAS permitió avances en el acceso a la prestación de servicios de salud, infraestructura hospitalaria y en general en cobertura universal durante su vigencia<sup>46</sup>? Manifieste su punto de vista sobre lo expuesto en el documento presentado por el ente ministerial.

n) Dé a conocer su concepto sobre la información remitida por el Ministerio de Salud respecto al trabajo adelantado con la implementación del MIAS, de forma puntual sobre la (i) caracterización de la población; (ii) regulación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS); (iii) la Gestión Integral del Riesgo en Salud; (iv) las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS); (v) redefinición del rol del asegurador; (vi) redefinición de esquema de incentivos y, (vii) fortalecimiento del recurso humano.

o) ¿Los indicadores de protección específica y detección temprana del riesgo publicados en la página del Ministerio de Salud<sup>47</sup> son suficientes para la evaluar los resultados y mejorar la cobertura universal en salud?

p) ¿Considera que la función que desempeña la Supersalud desincentiva la imposición de barreras administrativas que dificultan el acceso efectivo a los servicios de salud en Colombia?

q) ¿Cuál considera que es la razón para que a pesar de haberse implementado la Ley 1751 de 2015 se sigan presentando negaciones de los servicios y tecnologías PBS, generando la interposición de PQRD? Explique su respuesta.

5. De igual forma, el ente ministerial deberá complementar el documento allegado brindando respuesta a los siguientes interrogantes:

---

<sup>35</sup> Medicina general y Psiquiatría.

<sup>36</sup> Medicina general, Psiquiatría y Laboratorio clínico.

<sup>37</sup> Medicina general, Laboratorio Clínico y Psiquiatría.

<sup>38</sup> Medicina general, Pediatría, Ortopedia, Medicina interna, Psicología y Nutrición.

<sup>39</sup> Medicina general, Ginecobstetricia, Ortopedia, Cirugía general, Odontología, Laboratorio Clínico y Salas de Parto.

<sup>40</sup> Medicina General, Pediatría y Atención de urgencias.

<sup>41</sup> Odontología, Ginecobstetricia, Pediatría, Ortopedia, Cirugía General y Psiquiatría.

<sup>42</sup> Odontología, Ginecobstetricia, Ortopedia, Psicología y Salas de Parto.

<sup>43</sup> Odontología, Ginecobstetricia, Pediatría, Ortopedia, Medicina interna, Cirugía general, Laboratorio Clínico, Nutrición, Laboratorio Clínico y Salas de Parto

<sup>44</sup> Ortopedia y Laboratorio clínico.

<sup>45</sup> Medicina Interna y Psicología.

<sup>46</sup> Desde el 1° de mayo de 2016 hasta el año 2018.

<sup>47</sup> [http://rssvr2.sispro.gov.co/pedt\\_Seguimiento/](http://rssvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/)

a) ¿Qué medidas se están implementando para evitar que las personas que han perdido su capacidad de pago y no logran hacer parte del Régimen Contributivo, pero que según la encuesta Sisben tampoco pueden ingresar al Subsidiado, tengan garantizado el acceso a los servicios de salud?

b) ¿Cuáles son las medidas que se han tomado para asegurar a las personas que son beneficiarias de pensionados o cotizantes fallecidos, su afiliación y acceso efectivo al SGSSS durante el tiempo que dura el trámite de reconocimiento de la pensión de sobreviviente o sustitución pensional cuando no tienen capacidad económica para cotizar al sistema? Explique su respuesta.

c) Informe que número de personas residentes en el territorio colombiano no se encuentran vinculadas al sistema de salud, sus características y ubicación, así como la causa de ello. Datos que deberán ser remitidos por años desde el 2008 y hasta el 2020.

d) ¿Manifieste si el Hospital Manuel Elkin Patarroyo de Inírida actualmente se encuentra prestando servicios de salud? En caso de que la respuesta sea positiva dé a conocer si se encuentra habilitado y las razones por las cuales no fue incluido en la información presentada en el documento allegado el 2 de marzo a esta Corporación. Así mismo, deberá indicar si en Colombia existen centros hospitalarios no habilitados que se encuentran prestando servicios, los motivos por los cuales esto sucede, las acciones adelantadas por las diferentes autoridades responsables para superar dicha situación y finalmente la localización y el nombre de ellos.

*Referente a la población migrante:*

a) ¿La infraestructura hospitalaria de las zonas identificadas como de alto flujo de migrantes es suficiente para afrontar la demanda de servicios generada por el fenómeno migratorio? Explique su respuesta.

b) ¿Cuántos migrantes se encuentran vinculados al régimen subsidiado en salud? ¿cuántos se afiliaron durante cada año entre 2016 y 2019? Argumente su respuesta.

c) Remita la información estadística sobre diagnóstico, rango de edad y ubicación del número de migrantes no afiliados que fueron atendidos durante cada año entre 2016 y 2020, así mismo, el costo que generaron dichas atenciones.

*En cuanto a movilidad y portabilidad:*

a) Allegue el número de novedades que por movilidad se han generado para cada uno de los regímenes, la cual deberá ser remitida por años, desde 2014 y hasta 2020.

b) Envíe los datos correspondientes a las solicitudes de portabilidad realizadas dentro de cada uno de los regímenes, la cual deberá ser reportada por años entre 2014 y 2020.

#### 6. Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad

a) Remita el número de personas que se encuentran privadas de la libertad, afiliadas y no afiliadas al sistema de salud. Datos que deberán ser emitidos por regímenes y por años desde el 2008 y hasta el 2020.

b) ¿Durante qué tiempos permanecen al interior de los establecimientos de reclusión los médicos, odontólogos y enfermeras? ¿qué capacidad instalada se halla en los penales? y ¿hasta qué grado de complejidad logran atender? Argumente su respuesta.

c) ¿Cuál es el trámite que deben surtir aquellas personas privadas de la libertad que se encuentran vinculados a los regímenes contributivo y subsidiado para acceder a los servicios de salud? Explique su respuesta.

d) ¿Cuentan las personas privadas de la libertad con un medio de transporte que les permita acudir de forma oportuna a las valoraciones, procedimientos y/o exámenes médicos que deban serles realizados fuera de su lugar de reclusión? Argumente su respuesta.

7. Es preciso señalar que la información allegada y las respuestas a las preguntas formuladas en el presente auto debe permitir identificar los avances, rezagos y retrocesos respecto de los asuntos aquí estudiados. Así mismo, que tengan como sustento fáctico datos claros, precisos y pertinentes en relación con la orden que se analiza.

8. Finalmente, una vez los peritos constitucionales voluntarios y las autoridades requeridas alleguen lo solicitado, la Sala Especial de Seguimiento evaluará su contenido y de considerarse necesario nuevamente decretará pruebas y/o dispondrá correr traslado a las diferentes entidades gubernamentales.

En mérito de lo expuesto, el Magistrado Sustanciador:

### **III. RESUELVE:**

**Primero:** Correr traslado de la información remitida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud a (i) la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08 y por una Reforma Estructural en Salud -CSR-; (ii) el Observatorio Así Vamos en Salud; (iii) el Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad -Dejusticia-; (iv) la Fundación para la Investigación y

Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social -FEDESALUD-; (v) la Universidad Nacional de Colombia; (vi) la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI-; (vii) la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud GESTARSALUD-; (viii) la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME-; (ix) Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC- y; (x) Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos -ACESI- en su calidad de peritos constitucionales voluntarios, para que dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de esta decisión, respondan los interrogantes contenidos el numeral 4 de las consideraciones del presente auto, en los términos señalados en el numeral 7 del mismo.

**Segundo:** Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social y al Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad que en el término de diez (10) días hábiles contados a partir de la notificación del presente proveído, remitan a esta Sala las respuestas a las preguntas planteadas en los numerales 5 y 6 de la parte considerativa.

**Tercero:** Proceda la Secretaría General de esta Corporación a comunicar la presente decisión, remitiéndoles copia de este auto.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase,

**JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS**  
**Magistrado Sustanciador**

**MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ**  
**Secretaria General**