

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

AUTO

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

Asunto: Solicitud de pruebas al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Defensoría del Pueblo, a los Peritos Constitucionales Voluntarios y a otras instituciones.

Magistrado Sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D.C., once (11) de septiembre 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. CONSIDERACIONES

1. En la Sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional identificó una serie de problemas, graves y recurrentes en el SGSSS¹; entre las dificultades advertidas encontró que existía falta de acceso a los servicios de salud, incertidumbre y desactualización en el contenido de los planes de beneficios; negación de servicios y tecnologías incluidas en el POS² por las E.P.S³; y no estaba unificado el Plan Obligatorio de Salud en los regímenes contributivo y subsidiado.

2. En aras de superar tales obstáculos, impartió las siguientes directrices: a) adoptar las medidas necesarias para superar las fallas de regulación de los planes de beneficios y realizar la actualización integral de los mismos periódicamente⁴, c) llevar un registro de servicios negados⁵ y de las EPS que más vulneran el derecho a la salud⁶, d) unificar el POS⁷, y e) ampliar la competencia de los Comité

¹ Sistema General de Seguridad Social en Salud.

² Plan Obligatorio de Salud.

³ Entidades Promotoras de Salud.

⁴ Ordenes 17 y 18.

⁵ Orden 19.

⁶ Orden 20.

⁷ Ordenes 21 y 22.

Técnico Científicos⁸.

3. Por tal razón, en la decisión décima sexta de la sentencia objeto de seguimiento la Corte ordenó al entonces Ministerio de la Protección Social⁹, a la Comisión de Regulación en Salud¹⁰ y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud¹¹ lo siguiente:

“adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente,¹² (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado¹³ y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud.

Esta regulación también deberá (i) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales.¹⁴

Para dar cumplimiento a esta orden, se adoptarán por lo menos las medidas relacionadas en los numerales décimo séptimo a vigésimo tercero.” (Se resalta).

4. Lo anterior otorga al mandato décimo sexto un carácter global, toda vez que para acatarlo necesariamente se deben observar los lineamientos impartidos en las demás decisiones relacionadas con acceso a los servicios de salud.

5. La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 tiene como labor verificar que las autoridades cumplan con las directrices generales impartidas en dicha providencia, tendientes a corregir las fallas de regulación detectadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. En la tarea de supervisión la Corte 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 la información allegada por ellos, así como por los órganos de control y los peritos constitucionales voluntarios¹⁵.

⁸ Orden 23.

⁹ Hoy Ministerio de Salud y Protección Social.

¹⁰ La Comisión de Regulación en Salud fue suprimida a través del Decreto 2560 de 2012 (artículo 1º) y sus funciones fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social (artículo 26).

¹¹ Este organismo fue suprimidos por la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. El artículo 3º de la Ley 1122 de 2007, señaló lo siguiente: *“Créase la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mantendrá vigentes sus funciones establecidas en la Ley 100 de 1993, mientras no entre en funcionamiento la Comisión de Regulación en Salud CRES.-Parágrafo: Se le dará al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”* (se resalta). Por su parte, el artículo 145 de la Ley 1438 de 2011 derogó el parágrafo del artículo 3º de la Ley 1122 de 2007.

¹² Ordenes 17 y 18.

¹³ Ordenes 21 y 22.

¹⁴ Lo cual encierra las ordenes 19 y 20.

¹⁵ Grupo de expertos integrados para que el funcionario judicial cuente con conceptos que apoyen el trámite de valoración *cfr.* Auto 120 de 2011, Auto 147 de 2011, Auto 386 de 2014 y Auto 119 de 2015.

7. Ahora bien, al momento de realizar la valoración de cumplimiento de la orden décima sexta, se evidencia la necesidad de contar con información actualizada que permita tomar determinaciones basadas en datos confiables y acordes con la realidad vigente. Por consiguiente se solicitará al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Defensoría del Pueblo, al Programa Así Vamos en Salud, a la Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social -CSR-, a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –ACEMI, a la Asociación de Pacientes de Alto Costo, a Gestarsalud y a la Corporación Observatorio Interinstitucional de Enfermedades Huérfanas, que hagan pronunciamientos al respecto.

Al Ministerio de Salud y Protección Social

7.1.1. ¿Qué medidas ha adoptado con posterioridad a julio de 2018, tendientes a que la base de datos única de afiliados -BDUA-, proporcione información confiable, real y sin inconsistencias? Señale el impacto y los avances que ha tenido en la superación de esta problemática, así mismo, los obstáculos que se presentan y las soluciones propuestas.

7.1.2. ¿Cuáles han sido las acciones implementadas con posterioridad a julio de 2018 para superar la poca disponibilidad de médicos especialistas? Señale el impacto y los avances que han tenido en la superación de esta problemática, así mismo, los obstáculos que se han presentado y las soluciones propuestas para superarlos.

7.1.3. Indique cuáles son las especialidades médicas que en la actualidad tienen una baja oferta por Departamentos y qué medidas ha adoptado para que a corto, mediano y largo plazo se supere esa dificultad.

7.1.4. La Superintendencia de Salud informó¹⁶ que evidenció un aumento de quejas en el año 2017 por falta de oportunidad de asignación de citas de consulta médica de medicina interna, de cardiología, por odontología básica, así como por demoras en la autorización de “*cirugías POS*”, de “*insumos POS*”, ¿qué acciones se han implementado para que los servicios antes mencionado se adopten de manera oportuna?

7.1.5. ¿Ha realizado cruce de información con otras entidades como la Procuraduría, la Defensoría del Pueblo y la Superintendencia Nacional de Salud, tendiente a establecer el comportamiento de las EPS e IPS, y conocer las quejas que presentan los ciudadanos en materia de acceso?, ¿qué medidas adoptó con base en los resultados obtenidos? Indique el comportamiento que ha observado de las promotoras y prestadoras, las acciones tomadas en razón de ello y los resultados de las mismas.

¹⁶ En documento de 9 de agosto de 2018, con ocasión al auto de pruebas de 11 de julio de 2018.

7.1.6. ¿Qué actuaciones se han desplegado con posterioridad a julio de 2018 para evitar el sobrecupo en los servicios de urgencias del II y III nivel de atención? Señale los resultados obtenidos, los obstáculos que se presentan y las soluciones propuestas.

7.1.7. En virtud del reporte que deben realizar las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)¹⁷, presente un informe en el que indique el tiempo promedio de asignación de citas por las EPS, clasificado por departamento y por el tipo de cita, esto es, de odontología general, medicina general, medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general, procedimiento de ecografía y procedimiento de resonancia magnética nuclear. El reporte debe presentar la información correspondiente a los años 2018, 2019 y lo que va corrido de 2020, por especialidades.¹⁸

7.1.8. ¿Cuáles son las EPS que no están efectuando el reporte establecido en el anexo tipo No. 2 de la Resolución 256 de 2016 desde el 1 de julio de 2018? Indique las acciones que ha adoptado al respecto.

7.1.9. ¿Existe una plataforma en la que se pueda establecer el tiempo promedio de espera desde la fecha de la solicitud del servicio, procedimiento y medicamento, incluida las citas médicas, y la de la prestación efectiva del mismo?.

7.1.10. En virtud de la información reportada por las EPS¹⁹, ¿qué acciones se han implementado con posterioridad a julio de 2018 tendientes a disminuir el tiempo promedio de asignación de citas para medicina general y especializada?, presente los avances obtenidos y los resultados.

7.1.11. ¿Cuáles son las citas de especialista que más tardan en ser asignadas y prestadas? Señale las medidas que ha adoptado para superar esa barrera, los resultados obtenidos, los obstáculos presentados y las soluciones propuestas. Esta información debe estar organizada por departamento.

¹⁷ En el marco de lo dispuesto en el anexo técnico No. 2 de la Resolución 256 de 2016 las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) deben “reportar un registro tipo 2 por cada cita de primera vez en el año por cada usuario y por cada especialidad, (...)” en la que se debe llenar entre otros campos la “identificación del tipo de cita o procedimiento no quirúrgico”, “fecha de solicitud de la cita”, si “la cita fue asignada”, “fecha de la asignación de la cita”, “fecha para cual el usuario solicitó que le fuera asignada la cita (fecha deseada)”.

¹⁸ A raíz de lo señalado en el artículo 6° de la Resolución 256 de 2016 el cual dispone que: “Las entidades obligadas a remitir la información de acuerdo con lo dispuesto en el artículo anterior, deberán reportarla a través de la plataforma de intercambio de información (Pisis) del sistema integral de información de la protección social (Sispro) de este ministerio, en las fechas que se relacionan a continuación:

Fecha de corte de la información a reportar	Plazo para enviar el archivo plano	
<i>Fecha de Corte</i>	<i>Desde:</i>	<i>Hasta:</i>
<i>De 2016-01-01 al 2016-06-30</i>	<i>2016-07-01</i>	<i>2016-07-31</i>
<i>De 2016-07-01 al 2016-12-31</i>	<i>2017-01-01</i>	<i>2017-01-31</i>
<i>y así sucesivamente:</i>		
<i>Primer día calendario del primer mes a reportar al último día calendario del último mes a reportar</i>	<i>Primer día calendario del siguiente mes de la fecha de corte de la información a reportar</i>	<i>Último día calendario del siguiente mes de la fecha de corte de la información a reportar.</i>

¹⁹ En razón del anexo técnico No. 2 de la Resolución No. 256 de 2016.

7.1.12. ¿Qué actuaciones ha desarrollado con posterioridad a julio de 2018 para garantizar a los usuarios del sistema, el acceso oportuno de los servicios que hacen parte del plan de beneficios en salud²⁰? Informe los resultados y los obstáculos evidenciados.

7.1.13. ¿Cuáles son las políticas públicas que se han diseñado para garantizar en todos los departamentos y a todas las personas el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de igualdad y oportunidad?

7.1.14. ¿Qué acciones se han desplegadas con posterioridad a julio de 2018 para garantizar la continuidad en el tratamiento de los pacientes con enfermedades de alto costo y huérfanas? Señale el impacto y los avances que han tenido en la superación de esta problemática, así mismo, los obstáculos que se presentan y las soluciones propuestas.

7.1.15. ¿Cuál es el apoyo brindado por el Ministerio a aquellos hogares que tienen dificultades de conectividad y comunicación para que se le preserve su derecho al acceso a los servicios de salud durante la emergencia sanitaria declarada en virtud de la pandemia del Covid-19?

7.1.16. ¿Cuál es el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de especialidades médicas de medicina interna, ginecología, cardiología, pediatría, obstetricia, cirugía general, odontología? Informe por años, desde 2015 y hasta lo que va corrido de 2020 el tiempo promedio que tardan las EPS asigna la cita desde la solicitud, así como el tiempo que transcurre desde la solicitud, hasta que se realiza la prestación efectiva del servicio.

7.1.17. La Defensoría del Pueblo señaló que una de las conductas que presentaba e mayor número de violación entre el periodo de 1 de enero de 2015 a marzo de 2018 fueron la “*deficiente e inoportuna atención médico-asistencial en el servicio de atención de: urgencias, consulta externa, hospitalización, procedimientos, medicamentos o terapias*”²¹, indique que acciones ha adoptado el Ministerio ante esta situación y si esas acciones han producido resultados efectivos ante la problemática. Explique.

7.1.18. ¿Cuáles son las barreras evidenciadas en materia de acceso a los servicios de salud en relación con la portabilidad? indique las acciones adoptadas al respecto y los avances obtenidos.

7.1.19. ¿Se han presentado casos -en los eventos de portabilidad por migración temporal²²- en qué se ha impedido a un afiliado del régimen subsidiado el acceso a los servicios PBS? En caso afirmativo, indique los motivos por los cuáles se ha dado tal negativa y las acciones al respecto adoptadas por parte de Ministerio.

²⁰ Esto es, las tecnologías no excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, pagados o no con la UPC.

²¹ En documento allegado a la Sala Especial de Seguimiento el 2 de agosto de 2018, con ocasión a auto de decreto de práctica de pruebas.

²² De acuerdo a la definición establecida en el numeral 2º artículo 5º del Decreto 1683 de 2013.

7.1.20. En cuanto a portabilidad por migración permanente exprese si se han dado situaciones en qué se le haya afectado la continuidad del aseguramiento de un afiliado porque no se ha realizado una nueva encuesta por parte del municipio receptor. En caso afirmativo indique cuántos casos se han presentado y las acciones tomadas en relación con dicha práctica.

7.1.21. ¿Cuáles son las EPS que con mayor frecuencia imponen trabas en la prestación de servicios de salud con ocasión del cambio de residencia ocasional o temporal? indique en qué consisten las mismas y las acciones adoptadas al respecto.

7.2. Superintendencia Nacional de Salud

7.2.1. Conforme a lo señalado en el artículo 1° de la Resolución 1552 de 2013²³ ¿cuáles EPS han incumplido con el sistema de agendas abiertas para la asignación de cita de medicina especializada desde el segundo trimestre de 2014 hasta el primer trimestre de 2018? Señale las investigaciones que se han adelantado contra estas EPS, la etapa en que se encuentra y las sanciones impuestas.

7.2.2. La Superintendencia presentó²⁴ a esta Corporación los resultados de auditorías de los años 2014 a 2017 en cuanto a la oportunidad; sin embargo, los datos suministrados únicamente aluden a la oportunidad en la autorización y no a la prestación de servicios de los años 2014 a 2016, por lo tanto, se requiere que informe:

a. Los resultados de las auditorías efectuadas en el 2014 a 2017 en cuanto a la oportunidad en la prestación de servicios.

b. Si para las vigencias de los años 2018 y 2019 se han llevado a cabo auditorías en las EPS en relación con la oportunidad de la prestación de los servicios de salud. En caso afirmativo, señale los hallazgos encontrados, en el que indique el tiempo promedio en que tardan las EPS del régimen contributivo y subsidiado en la autorización y prestación efectiva de servicios no excluidos de financiación con recurso de la salud, costeados o no con la UPC, así como las barreras identificadas en forma recurrentes en las distintas EPS y las medidas adoptadas para superarlas.

c. Los avances en materia de acceso oportuno observados. Estos datos deben presentarse por año.

²³ El cual señala que: “Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de ambos regímenes, directamente o a través de la red de prestadores que definan, deberán tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año. Dichas entidades en el momento en que reciban la solicitud, informarán al usuario la fecha para la cual se asigna la cita, sin que les sea permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida. (...)”

²⁴ En documento de 9 de agosto de 2018.

7.2.3. ¿Ha realizado seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento presentados por las EPS, con ocasión de los hallazgos de las auditorias?, en caso afirmativo, señale el seguimiento efectuado.

7.2.4. ¿Qué acciones ha adelantado en relación con las EPS que debiendo presentar el plan de mejoramiento no lo han realizado, o que allegándolo, no lo han cumplido? Indique el estado actual de las actuaciones iniciadas con ocasión a ello.

7.2.5. Allegue un informe en el que señale el número de peticiones, quejas y reclamos que han presentado los usuarios del sistema a la Superintendencia, referentes a falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta: (i) médica general, (ii) odontología básica, (iii) médica especializada pediatría, (iv) médica especializada ginecología, (v) médica especializada obstetricia, (vi) médica especializada de medicina interna, (vii) médica especializada de cardiología, (viii) médica especializada de gastroenterología, (ix) médicas especializada de otras especialidades médicas. Así mismo, en lo relativo a la falta de oportunidad en: (i) la atención en el servicio de urgencias, (ii) hospitalización, (iii) prestación de servicios de imagenología de primer nivel, (iv) imagenología de segundo y tercer nivel, (v) para la prestación de servicios de laboratorio clínico y anatómopatología, (vi) programación de cirugía, (vii) programación de procedimientos quirúrgicos, (viii) entrega de medicamentos POS, (ix) por el vencimiento de las autorizaciones, (x) asignación de UCI; negación para la entrega de medicamentos POS; negación de insumos médicos hospitalarios POS; demora en la autorización de: (i) medicamentos POS; (ii) de servicios de alto costo para VIH; (iii) de servicios de alto costo para enfermedad renal, (iv) de servicio de alto costo para cáncer, (v) de cirugía POS, (vi) de servicios de urgencias, (vii) de insumos POS; falta de disponibilidad en camas.

En cuanto al motivo PQR²⁵ “*falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas*”, señale en forma individualizada y discriminada las citas de consultas médica especializada que se encuentran en esta categoría, que presentan el mayor número de quejas por falta de oportunidad.

Esta información debe ser clasificada por año, desde el 2018 hasta lo corrido del 2020 y señalar además el porcentaje de quejas al que equivale cada uno de esos ítems.

7.2.6. ¿Se han presentado quejas en materia de portabilidad y en qué consisten las mismas? En caso afirmativo indique el número de quejas que se presentaron anualmente en cuanto a este tema, durante los años 2015 a lo corrido del 2020.

7.2.7. ¿Qué acciones o medidas se han tomado frente a estas PQR, y los resultados de las mismas?

²⁵ Peticiones, quejas y reclamos.

7.2.8. ¿La Superintendencia ha tomado medidas un más severas en relación con las quejas más recurrentes y que ha observado un aumento de ellas a lo largo de los años²⁶? En caso afirmativo, señale cuáles son esos casos, las acciones adoptadas y los resultados de las mismas.

7.2.9. ¿Cuáles son la Entidades Promotoras de Salud o Empresas Sociales del Estado frente a las cuales los usuarios han presentado el mayor número de quejas y reclamos referente a temas de acceso oportuno en los años 2018, 2019 y lo que va corrido del 2020? Señale las actuaciones que ha desplegado frente a dichas entidades y los resultados de las mismas.

7.2.10. ¿Cuáles son las EPS respecto de las cuales los usuarios presentan más quejas por: i) no poder comunicarse a los números proporcionados por aquellas para la asignación de citas; ii) entregar autorizaciones a IPS con las cuales no tienen contratos; iii) la no prestación a las personas discapacitadas y adultos mayores de los servicios de atención domiciliaria y autorización para transporte?, Indique las acciones tomadas frente a ellas y los resultados de las mismas.

7.2.11. ¿Cuáles son las EPS que no efectúan el reporte establecido en el anexo tipo No. 2 de la Resolución 256 de 2016²⁷? ¿Qué acciones ha adoptado al respecto?

7.2.12. ¿Cuáles son las EPS que no cumplen los plazos consagrados en el artículo 123²⁸ del Decreto Ley 019 de 2012 y artículo 1^{o29} de la Resolución 1552 de 2013

²⁶ El artículo 130 de la Ley 1949 de 2019 señala que la Superintendencia impondrá sanciones de acuerdo con la conducta o infracción investigadas, por su parte el artículo 134 de la Ley 1949 de 2019 indica que “*Son circunstancias agravantes de la responsabilidad de los sujetos de sanciones administrativas las siguientes:* (...)

6. *La reincidencia en la conducta infractora.*”

²⁷ En el marco de lo dispuesto en el anexo técnico No. 2 de la Resolución 256 de 2016 las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) deben “*reportar un registro tipo 2 por cada cita de primera vez en el año por cada usuario y por cada especialidad, (...)*” en la que se debe llenar entre otros campos la “*identificación del tipo de cita o procedimiento no quirúrgico*”, “*fecha de solicitud de la cita*”, si “*la cita fue asignada*”, “*fecha de la asignación de la cita*”, “*fecha para cual el usuario solicitó que le fuera asignada la cita (fecha deseada)*”.

²⁸ Este artículo señala que: “*Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, deberán garantizar la asignación de citas de medicina general u odontología general, sin necesidad de hacer la solicitud de forma presencial y sin exigir requisitos no previstos en la Ley. La asignación de estas citas no podrá exceder los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud. De igual forma, las EPS contarán con sistemas de evaluación y seguimiento a los tiempos de otorgamiento de citas que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación.-El incumplimiento de esta disposición acarreará las sanciones previstas en la ley.-Parágrafo El Ministerio de Salud y Protección Social podrá determinar las excepciones a lo dispuesto en este artículo para las zonas geográficas con restricción de oferta de salud y condiciones de acceso.*” (Se resalta).

²⁹ El cual dispone lo siguiente: “*(...) Parágrafo 1. En los casos en que la cita por medicina especializada requiera autorización previa por parte de la Entidad Promotora de Salud - EPS, ésta deberá dar respuesta sin exceder los cinco (5) días hábiles, contados a partir de la solicitud.- Parágrafo 2. Cuando por la condición clínica del paciente, especialmente, tratándose de gestantes y de pacientes que presenten diagnóstico presuntivo o confirmado de cáncer, el profesional tratante defina un término para la consulta especializada, la Entidad Promotora de Salud - EPS gestionará la cita, buscando que la misma sea asignada, en lo posible, dentro del término establecido por dicho profesional.- Parágrafo 3. La asignación de las citas de odontología general y medicina general, no podrá exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud, salvo que el paciente las solicite de manera expresa para un plazo diferente. Dichas entidades en el momento en que reciban la solicitud, informarán al usuario la fecha para la cual se asigna la cita, sin que les sea permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida.*” (Se resalta).

expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social en lo que respecta a la asignación de citas médicas?

7.2.13. ¿Qué acciones o investigaciones ha adelantado con respecto a las EPS que incumplieron el término de asignación de citas³⁰? Señale la etapa en que se encuentran esos procesos y las sanciones impuestas si las hubiere.

7.2.14. ¿Ha recibido quejas frente a EPS que dificultan la movilidad y portabilidad? En caso afirmativo, a que hacen referencia las mismas y las acciones tomadas al respecto.

7.3. *La Defensoría del Pueblo*

Presentará un informe, en el marco del periodo comprendido entre el tercer trimestre de 2018 y el segundo de 2020 referente a: (i) los principales motivos de reclamos en materia de salud por parte de los usuarios de SGSSS; (ii) las principales problemas en materia de acceso que ha evidenciado y los departamentos en los que se presenta más estas dificultades, (iii) las patologías cuyos pacientes se ha enfrentado a grandes dificultades en acceso a servicios de salud y en qué consiste estos inconvenientes (ii) al cumplimiento de las EPS de tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada.

7.4. Adicionalmente, se solicitará al Observatorio Así Vamos en Salud, a la Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social -CSR-, a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –ACEMI, a la Asociación de Pacientes de Alto Costo, a Gestarsalud, Corporación Observatorio Interinstitucional de Enfermedades Huérfanas que señalen y explique las deficiencias y problemas que se siguen evidenciando en materia de accesos oportuno de los servicios de salud y en materia de portabilidad.

8. Las diferentes autoridades y grupos de peritos voluntarios deberán responder las preguntas y presentar los informes respectivos en medio físico y magnético, anexando los documentos que sirvan de sustento. De igual forma, se les solicita que sus respuestas sean claras, precisas y pertinentes.

En mérito de lo expuesto, el magistrado sustanciador

II. RESUELVE:

Primero: Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social para que en el término de quince (15) días hábiles contados a partir del día siguiente del recibido de la comunicación de la esta providencia, conteste las preguntas contenidas en el numeral 7.1 de las consideraciones

³⁰ consagradas en el artículo 123³⁰ del Decreto Ley 019 de 2012 y artículo 1^{o30} de la Resolución 1552 de 2013.

Segundo: Solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud para que, en el término de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente del recibido de la comunicación de esta providencia, responda las preguntas formuladas en el numeral 7.2 de las consideraciones de esta providencia.

Tercero: Solicitar a la Defensoría del Pueblo, para que en el término de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente del recibido de la comunicación de esta providencia, presente el informe solicitado en el numeral 7.3 de las consideraciones de esta providencia.

Cuarto: Solicitar al Observatorio Así Vamos en Salud, a la Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social -CSR-, a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –ACEMI, a la Asociación de Pacientes de Alto Costo, Gestarsalud, Corporación Observatorio Interinstitucional de Enfermedades Huérfanas, para que en el término de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente del recibido de la comunicación de esta providencia, se pronuncie con respecto a los solicitado en el numeral 7.4 de las consideraciones de esta providencia.

Quinto: Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones pertinentes, adjuntando copia de este auto.

Notifíquese, comuníquese y Cúmplase,

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado Sustanciador

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General