



Bogotá, 02 de junio de 2015

4050 – 1186

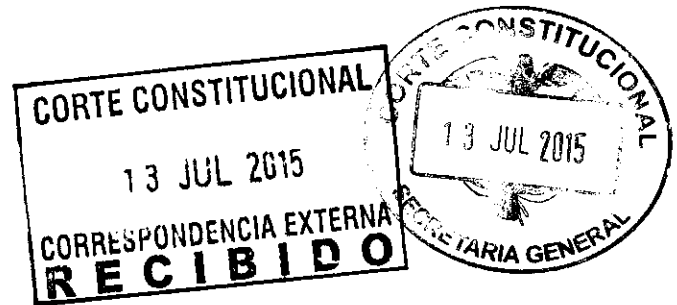
Doctor:

ANDRES MUTIS VANEGAS ✓

Secretaria General (E)

CORTE CONSTITUCIONAL

Calle 12 No. 7-65



REF. Informe de cumplimiento. Sentencia T-760/08

Respetado doctor Andrés:

En cumplimiento a lo ordenado por la Sentencia T- 760 de 2008, de manera atenta la Defensoría del Pueblo presenta el séptimo informe de seguimiento al análisis realizado a los reportes presentados por la Superintendencia Nacional de Salud y el Consejo Superior de la Judicatura, con corte a 31 de diciembre de 2014 en cumplimiento a las ordenes emitidas por la Honorable Corte Constitucional a dichas entidades.

Es de anotar que el Ministerio de salud y Protección Social, a pesar de los requerimientos realizados con Oficio N° 4050- 229 del 11 de febrero de 2015, reiterado con Oficio N° 4050-792 del 14 de abril, no dio respuesta a la solicitud de información realizada por la Defensoría del Pueblo (Se anexan oficios). ✓

Sin embargo, atendiendo lo establecido en el Auto 249 de 2013 que estableció que (...)”La no entrega oportuna de los informes impone a dicho organismo de control, sin hacer requerimientos adicionales, poner en conocimiento dicha omisión a la Procuraduría General de la Nación y a la Fiscalía General de la Nación para lo de sus respectivas competencias (...)”, se comunicó a la Procuraduría General de la Nación, mediante oficio N° 1125 del 22 de junio de 2015, para lo de su competencia. ✓

A continuación se presentará el informe de conformidad a los lineamientos dados por la Honorable Corte Constitucional así: ✓

1. Las respuestas que se han adoptado por la entidad o el sistema. ✓
2. La valoración del progreso. ✓
3. Los resultados (positivos y negativos) de la implementación de la respuesta. ✓
4. Principales dificultades que persisten y sus causas ✓
5. Observaciones de la Defensoría del Pueblo ✓

ORDEN DÉCIMO OCTAVA

(...) Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud la actualización de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley. La comisión presentará un informe anual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación indicando, en el respectivo período, (i) qué se incluyó, (ii) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, (iii) cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad, y (iv) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, las de salud pública y las de sostenibilidad financiera. En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada, el 1° de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Cuando sea creada la Comisión de Regulación, esta deberá asumir el cumplimiento de esta orden y deberá informar a la Corte Constitucional el mecanismo adoptado para la transición entre ambas entidades (...).

Entidad obligada a su cumplimiento: Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

La Defensoría del Pueblo realizó los siguientes cuestionamientos al MSPS entidad que, como se mencionó, no dio respuesta a los mismos.

- 1.1. Enviar un informe de cumplimiento a esta orden, donde se especifique:
 - 1.1.1. ¿Qué se introdujo, modificó y/o salió del POS? Justificar razones de coste efectividad y estudios de soportes si los hubiere
 - 1.1.2. ¿Que se actualizó en presentación o uso? Justificar razones de coste efectividad y estudios de soportes si los hubiere
 - 1.1.3. ¿Qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios? Justificar razones de coste efectividad y estudios de soportes si los hubiere
 - 1.1.4. ¿Cuál es el impacto sobre la UPC, incluyendo medidas de regulación de precios?
 - 1.1.5. ¿Cuáles son los posibles impactos, negativos y positivos sobre el acceso a los beneficios al POS relacionados en los anteriores puntos?
 - 1.1.6. ¿Cuáles son los indicadores de seguimiento a la implementación de las medidas adoptadas y la respuesta que tomaría el Ministerio en cada caso?
 - 1.1.7. ¿Qué participación tuvo la IETS, el INVIMA y la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos en estos procesos?
 - 1.1.8. ¿El Ministerio cómo realiza seguimiento a la implementación de la política pública correspondiente a la presente orden, con qué información y como esta se retroalimenta y articula con la información y las actuaciones de la

Superintendencia Nacional de Salud para garantizar que las medidas adoptadas conlleven el goce efectivo del derecho a la salud? ✓

- 1.2. ¿Cómo se está garantizando el acceso y disponibilidad a los beneficios POS? ✓
- 1.3. ¿Cuál es el efecto previsto que las actualizaciones o introducciones realizadas al POS sobre el número y monto de recobros y tutelas? ✓
- 1.4. Informe sobre el proceso de participación ciudadana realizada para actualizaciones POS durante 2015. Favor indicar: ✓
 - 1.4.1. Número y nombre de ciudades donde se realizó este proceso. ✓
 - 1.4.2. Número de participantes, especificando sociedad civil, comunidad médica, etc. ✓
 - 1.4.3. Aportes realizados por los distintos participantes e indicación de los que se tuvieron en cuenta para su posterior inclusión ✓
- 1.5. ¿Qué otros problemas y riesgos se identificaron en este proceso? ✓
- 1.6. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca ¿cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo? ✓

ORDEN DÉCIMO NOVENA

(...) Ordenar al Ministerio de la Protección Social que adopte medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios médicos, ordenados por el médico tratante a sus usuarios, que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, y (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad, indicando en cada caso las razones de la negativa y, en el primero de los eventos, dando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión del Comité Técnico Científico(...).

Entidades obligadas a su cumplimiento: Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y Superintendencia Nacional de Salud (SNS)

- I. En esta orden, como se mencionó, el MSPS tampoco da respuesta. Las preguntas realizadas por la Defensoría fueron:
 - 1.1. Enviar un informe sobre los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico. En este informe se solicita especificar:
 - a) Número de negaciones **no** tramitadas ante CTC durante 2014.
 - b) Motivo de las negaciones
 - c) Causas por las cuales dichas negaciones no fueron objeto de decisión por el CTC.
 - d) En la respuesta, con relación a la base de datos de soporte, detallar: Identificadores del asegurado, asegurador, localización, fecha de la negación, régimen de afiliación, estado de la afiliación, tipo, codificación y detalle de los beneficios solicitados, considerados alto costo o no, valor de la negación, interposición o no de instrumentos legales y otras que variables consideren pertinentes para el análisis.
 - e) Describa el proceso de depuración, tratamiento y análisis de datos de las negaciones, así como la calidad y confiabilidad de la información.
 - 1.2. Enviar un informe sobre los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad. Se solicita especificar:

- a) Número de negaciones tramitadas ante CTC durante 2014. /
 - b) Motivo de las negaciones /
 - c) En la respuesta y base de datos, detallar: Identificadores del asegurado, asegurador, localización, fecha de la negación, régimen de afiliación, estado de la afiliación, tipo, codificación y detalle de los beneficios solicitados, considerados alto costo o no, valor de la negación, interposición o no de instrumentos legales y otras que consideren pertinentes para el análisis /
 - d) Describa el proceso de depuración, tratamiento y análisis de datos de las negaciones, así como la calidad y confiabilidad de la información /
- 1.3. ¿Según los hallazgos, la calidad y cantidad de información que recibe el Ministerio es suficiente para realizar un reporte válido, confiable y preciso que permita establecer un diagnóstico exacto y tomar las acciones administrativas y de política pública? /
- 1.4. ¿Qué problemas han identificado? /
- 1.5. ¿Qué actuaciones o medidas se han adelantado para responder a los problemas identificados y dar cumplimiento de la orden? /
- 1.6. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales? /
- 1.7. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
- 1.8. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso? Establezca ejemplos y/o estudios
- 1.9. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
- 1.10. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

II. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (SNS) /

1. RESPUESTA ENVIADA POR LA S.N.S. /

A continuación se hace una breve descripción de las respuesta dada por la SNS a los interrogantes planteados por la Defensoría. /

La SNS, mediante oficio 2-2015-018628, de fecha 26/02/2015, del despacho del Señor Superintendente Nacional de Salud, responde:

"...el despliegue de actividades de inspección y vigilancia en materia de negaciones de los Comité Técnicos Científicos de las diferentes EAPB por parte de la Superintendencia Nacional de Salud encuentran sustento no sólo en las normas que regulan nuestra competencia y los identifican como sujetos vigilados de esta Entidad, sino en la Resolución 744 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social..."

Y proceden a dar respuesta a los interrogantes elaborados por la Defensoría del Pueblo así:

1.1. Enviar un informe sobre los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico. En este informe se solicita especificar:

a) Número de negaciones no tramitadas ante CTC durante 2014

Para la vigencia 2014, se reportaron 28.167 casos de negaciones de servicio por no trámite ante el CTC (NTR) respecto de la totalidad de entidades vigiladas.

b) Motivo de las negaciones

Los principales motivos de negaciones reportados aquellos contenidos en los literales I y A, esto es: "otros motivos" y "el servicio solicitado es cobertura POS

c) Causas por las cuales dichas negaciones no fueron objeto de decisión por el CTC

La SNS no describe respuesta en este punto y remite a tabla anexa en un archivo de Excel (ANEXO 1, Hoja: NTR Descripción), estas descripciones se encuentran agrupadas por entidades y por el número de casos asociados a dicha descripción. Más adelante, la Defensoría realizará observaciones y comentarios respectivos.

d) En la respuesta, con relación a la base de datos de soporte, detallar: Identificadores del asegurado, asegurador, localización, fecha de la negación, régimen de afiliación, estado de la afiliación, tipo, codificación y detalle de los beneficios solicitados, considerados alto costo o no, valor de la negación,

interposición o no de instrumentos legales y otras que variables consideren pertinentes para el análisis:

Adjuntan la base de datos de análisis consolidada.

e) Describa el proceso de depuración, tratamiento y análisis de datos de las negaciones, así como la calidad y confiabilidad de la información:

En resumen, el proceso solicitado tiene 5 pasos. Compilación periódica, mensual, en archivo txt. Depuración, que a su vez se subdivide en corrección-depuración y depuración propiamente dicha, en este último se eliminan casos duplicados y se realizan modificaciones de oficio. Como tercer proceso se realiza análisis descriptivos de la información depurada. Anualmente se realiza una compilación, según motivación de la negación y oportunidad de la respuesta de negación. Finalmente, estos resultados a partir de la vigencia 2013 se están implementando en la evaluación de los catorce (14) criterios emitidos por la Corte Constitucional en la Orden 20 de la Sentencia T-760 de 2008, específicamente en la evaluación de los criterios 3 y 8.

Sobre la calidad y confiabilidad de la información, refiere la SNS, que es soportada en tres aspectos: Primero, que la información reportada por las EAPB es certificada, segundo, las inconsistencias son excluidas de los análisis y tercero, el cálculo de los promedios de respuesta se realiza por la técnica de la media trunca.

1.2. Enviar un informe sobre los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad. Se solicita especificar:

a. Número de negaciones tramitadas ante CTC durante 2014

Las entidades reportaron un total de 105.556 negaciones de servicios por parte del CTC.

Casos reportados como NEG		
Entidad (6 primeras)	Casos	% de negaciones asociadas a NEG
1. EPS y medicina prepagada Suramericana	25873	99,70%
2. Nueva EPS	25342	100,00%
3. Coomeva EPS	8324	38,30%
4. Aliansalud EPS	5559	98,10%
5. Savia salud EPS	5317	100,00%
6. EPS Sanitas	4950	96,40%
Total	75365	

Tomado de la tabla 4 del informe de la SNS

b. Motivo de las negaciones y c. Cusas

Reporta la SNS que los motivos más frecuentes, de los 105.556, son **O**. "No cumple con las normas vigentes del INVIMA y las referentes a la habilitación de servicios en el sistema de garantía de la calidad de servicios de salud" (41.108, 39%), seguido por **V**. "Otros motivos" (30.074, 28,5%), **P**. "La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS" (16.090, 15,2%) y **Q** "No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante" (6.672, 6,3%), para un total de 93944, 89%.

La tabla presentada de negaciones por tipo de motivo carece de análisis.

d. Causas por las cuales los CTC decidieron dichas negaciones

Indican que se debe ver el punto anterior.

e. En la respuesta y bases de datos detallar: identificadores del asegurado, asegurador, localización, fecha de la negación, régimen de afiliación, estado de la afiliación, tipo, codificación y detalle de los beneficiarios solicitados, considerados alto costo o no, valor de la negación, interposición o no de instrumentos legales y otras que variables consideren pertinentes para el análisis

Adjuntan matriz consolidada sin análisis.

f. Describa el proceso de depuración, tratamiento y análisis de datos de las negaciones, así como la calidad y confiabilidad de la información

Presentan la SNS respuesta similar en mismo sub ítem del punto anterior.

g. Ahora bien, en lo que hace referencia a las peticiones, quejas y reclamos presentados por los usuarios del sistema ante la Superintendencia Nacional de Salud, por las negaciones por parte de las EPS se tiene que...

Durante la vigencia 2014, se presentaron 1640 PQR por concepto de negaciones de tecnologías en salud NO POS. El macro motivo por el que mayor número de quejas se presentaron fue la restricción en el acceso a los servicios de salud y, el motivo general, se clasificó como restricción en el acceso por negación de la autorización.

La EPS con mayor número de negativas por parte del CTC, según la estadística de PQR de 2014, se ubica en el régimen contributivo.

1.3. ¿Cuántas investigaciones se han iniciado en contra de las EPS por no reporte de información, información insuficiente, mala calidad de la

información o por información inconsistente? Se han medido estos elementos y ¿cómo? ✓

La SNS describe tres tipos de investigaciones para un total de 80 durante 2014. De estas no describe ningún caso, para el mismo período en el cual se hayan impuesto sanciones. El resumen es el siguiente:

Concepto	Número	Apertura de investigación	Prueba y traslado para alegatos	Alegato de conclusión
Problemas de calidad, consistencia y confiabilidad de la información Orden 19	38	38	0	0
Relacionadas Auto 152 de 2014	39	37	1	1
Relacionadas con los Autos 215 y 290 de 2014	3	0	0	3
Investigaciones SIAD por el incumplimiento de normas relativas al CTC	23	23	0	0

La SNS da respuesta a la pregunta con lo realizado el período de 2014. Para ello, en uso de sus competencias, la SNS, realizó visita de inspección a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, con el objetivo de verificar el cumplimiento de los catorce criterios descritos en la sentencia T -760 de 2008 y los respectivos Autos proferidos por la Corte Constitucional. Los respectivos informes fueron trasladados a la Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos. ✓

Con fundamento en los mencionados informes, informan que a la fecha, se han abierto treinta y ocho (38) investigaciones administrativas, al mismo número de entidades, por parte de la Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos donde se evidencia que las entidades auditadas no cuentan con un Sistema de Información de calidad, consistente y confiable, y que existe un inadecuado control del riesgo en salud en las mismas, adicionalmente, se formulan cargos por otros hallazgos relacionados con cada uno de los 14 criterios. ✓

A la fecha de presentación de este informe, la SNS no menciona entidades sancionadas por este hecho. ✓

✓ **1.4. Enumere las EAPB contra las cuales se han iniciado investigaciones**

Además de las investigaciones descritas en el anterior punto, directamente relacionadas con la Orden 19, la SNS presenta, en el marco del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, con relación al Auto 152 de 2014, en el que ordena informar a la Superintendencia Nacional de Salud, sobre la no entrega por parte de las EPS del reporte ordenado en el Auto 065 de 2014, la apertura de 39 investigaciones. Tampoco hace referencia a sancionados en el mismo período.

En el siguiente apartado la SNS relaciona 4 investigaciones contra EPS por no dar respuesta a lo ordenado por la corte constitucional mediante auto 215 de 2014.

✓ **1.5. Resultado de cada una de las investigaciones o estado actual de las mismas**

Auto 215 de 2014, en el que solicitó a 15 EPS de ambos regímenes, dentro de las que se encuentra CRUZ BLANCA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. , remitir los soportes de radicación de las solicitudes de recobros pendientes por tramitar.

Informan que para la información que se recibirá en el transcurso de este año, se realizarán los respectivos comentarios a las diferentes EAPB que presenten problemas de inconsistencias y calidad de información. Esta comunicación iniciará con la socialización de los informes de auditoría realizados, durante la vigencia 2014, con el fin de dar cumplimiento a la Orden 20 de la Sentencia T-760 de 2008, debido que algunos de los criterios analizados surgen del análisis de la Resolución 744, por lo que en ellos tienen cabida los comentarios de estructura, inconsistencia y calidad de la información aportada de negación de servicios.

Aunado a lo anterior, la política sancionatoria de la Entidad, está encaminada no solo a sancionar el no reporte o el reporte incompleto de la información, sino a verificar la existencia o no de un adecuado sistema de información que suministre confiabilidad al ente de control, respecto del reporte completo, en debida forma y oportuno de las negaciones de tecnologías en salud a los usuarios del sistema.

✓ **1.6. Enumere las EAPB contra las cuales se han iniciado investigaciones**

Ver numerales anteriores

✓ **1.7. Resultado de cada una de las investigaciones, o estado actual de las mismas.**

Ver numerales anteriores

✓ **1.8. ¿Qué sanciones se han impuesto? Relacionarlas por cada investigación.**

No se reportan al momento del informe

1.9. ¿Cuántas de las EAPB sancionadas han cumplido con la sanción impuesta? Relacionarlas. /

Ver punto anterior

1.10. ¿Cuáles son los mecanismos mediante los cuales se solucionan los problemas de calidad en el reporte de información por parte de las EPS?

Con el fin de subsanar los problemas de calidad en la información reportada, la SNS informa que revisa minuciosamente y compara la información frente a las exigencias establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el anexo técnico de la Resolución 744 de 2012. /

Al comparar los reportes con las exigencias establecidas, se realiza un filtro por campo. Posteriormente, se eliminan los casos duplicados (coincidencias exactas de las filas) por mes y frente al cálculo de la oportunidad, como se referenciaba anteriormente, se utiliza como fuente de información la media truncada para excluir los datos atípicos del análisis de centralidad realizado, esto con el fin de corregir el efecto de los *outliers* sobre los datos reales. /

Para la información que se recibirá en el transcurso de este año, se realizarán los respectivos comentarios a las diferentes EAPB que presenten problemas de inconsistencias y calidad de información. /

Aunado a lo anterior, la política sancionatoria de la Entidad, está encaminada no solo a sancionar el no reporte o el reporte incompleto de la información, sino a verificar la existencia o no de un adecuado sistema de información que suministre confiabilidad al ente de control. /

1.11. ¿Qué problemas han identificado para el cumplimiento de lo ordenado?

La SNS refiere dos problemas: El problema más común en los reportes de dicha información es el retraso en el envío de los mismos, aunque esta información debe reportarse de manera mensual.

El segundo problema es la radicación por parte de las EAPB de correcciones de los archivos enviados, pues ello retrasa la consolidación y los análisis de información, dado el reproceso que impone la identificación de duplicados y datos nuevos.

1.12. **¿Qué otros problemas y riesgos se identificaron en este proceso?**

Refiere la SNS que la agrupación masiva de los motivos de negación en la categoría de "Otros", lo que dificulta identificar la causa real de dicha negación.

1.13. **¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca ¿cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo?**

Solicitar un plan de mejoramiento a las entidades que tengan problemas de información; de igual manera, se debe plantear una fecha límite de entrega de información sin lugar a correcciones para disminuir la información duplicada.

Frente a las metas esperadas la SNS tiene como objetivo minimizar al máximo las negaciones de servicio por no tramite (NTR).

1.14. **Enviar una relación anual del reporte que proporcionan las EPS, su calidad y contenido. Lo anterior con base en los formatos establecidos para este efecto.**

Se envía tabla adjunta, no hay análisis.

2. **LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.**

En el informe correspondiente a la Orden 19, presentado por la SNS, sobre las negaciones, tanto en las catalogadas como NTR, como NEG, se aprecia un esfuerzo positivo por mejorar, primero, los procesos de recepción y procesamiento de información proveniente del auto reporte de las EPS, sobre la base de la Resolución 744 de 2012 y, segundo, se presenta, a diferencia de informes anteriores, una relación de los procesos investigativos iniciados o en curso, por incumplimiento o anomalías en la información reportada.

Un segundo aspecto se relaciona con el avance sobre la disminución de las negaciones o el cambio de sus motivos hacia aquellos que podrían tildarse de ser más justificados que

otros, pero la información y su confiabilidad no ha tenido mejoras sustantivas, debido a la falta de estandarización desde la fuentes.

En conclusión, se debe reconocer como avance sustantivo la apertura de procesos investigativos por parte de la SNS, los cuales, se espera, se difundan y constituyan parte de un cambio de cultura hacia la importancia de las negaciones.

3. LOS RESULTADOS (POSITIVOS Y NEGATIVOS) DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESPUESTA.

3.1. Positivo (si los hay).

El listado de investigaciones en curso presentado por la SNS

3.2. Negativos (si los hay).

- No hay garantía de sobre la suficiencia, confiabilidad, validez y oportunidad de la información proveniente por auto reporte de las EPS.
- El mecanismo de auditoría es insuficiente por si mismo en ausencia de un sistema estandarizado de información de autorización/negación como núcleo de la garantía regulatoria y de control del derecho a la salud.

4. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

Se presentan tres dificultades

1. Relacionada con el punto anterior, no existe un sistema de información que de manera sistemática y periódica reporte directamente el estado de negaciones por EPS/IPS y caso, sin la mediación del auto reporte o la necesidad de realizar auditorías anuales para dar respuesta a la HCC.
2. El esquema en cuestión no supera la necesidad de suficiencia, confiabilidad, validez y oportunidad de la información continua proveniente de las actividades administrativas de autorizaciones/negaciones.
3. El agregado de la información en otros motivos no permite realizar un análisis relevante sobre motivos y sus factores.

5. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Las negaciones se constituyen en un mecanismo administrativo de impedimento del goce efectivo del derecho a la salud ejercido bajo el amparo de las autorizaciones y otorgamiento de citas.

Su registro e implicaciones, individuales y colectivas, son un concepto secundario para los actores del sistema frente a, por ejemplo, el registro y reporte de la información financiera.

Es clara la necesidad de regular su normalización a través de toda la cadena de eventos que la generan y que la resuelve con la necesaria aportación de información que permita la correspondiente intervención gubernamental.

En específico y en concreto recomienda la Defensoría del Pueblo:

- ✓ 1. Eliminar, en principio, las autorizaciones para poblaciones de mayor vulnerabilidad ante el sistema de salud donde la oportunidad y continuidad son críticas:
 - a. Niños con enfermedad crónica de alto costo como cáncer, enfermedades huérfanas, etc.
 - b. Adultos y/o niños en condición de discapacidad con enfermedad crónica y debilitante.
- ✓ 2. Eliminar la categoría "otros" de los formatos de reporte de negaciones y establecer categorías consensuadas útiles para realizar intervenciones gubernamentales por caso o por colectivos.
- ✓ 3. Establecer un sistema de información, entendido como conjunto de normas, procedimientos y tecnología necesarios, alrededor del tema de negaciones y tutelas, como núcleo del derecho a la salud y fundamento del recobro y temas relacionados.

✓ **Conclusión:**

Se responde parcialmente la pregunta.

La situación de da pie la Orden 19 no está superada.

ORDEN VIGÉSIMA

(...)Ordenar al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que adopten las medidas para identificar las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad. Con este fin, el Ministerio y la Superintendencia deberán informar a la Defensoría del Pueblo, a la Procuraduría General de la Nación y a la Corte Constitucional (i) cuáles son las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas; (ii) cuáles son las medidas concretas y específicas con relación a éstas entidades que se adoptaron en el pasado y las que se adelantan actualmente, en caso de haberlas adoptado; y (iii) cuáles son las medidas concretas y específicas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, de las personas que se encuentran afiliadas a las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios identificadas. El informe a cargo de la Superintendencia y el Ministerio deberá ser presentado antes de octubre 31 de 2008(...). ✓

Entidades obligadas a su cumplimiento: Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y Superintendencia Nacional de Salud (SNS). ✓

I. Se le realizaron las siguientes preguntas al MSPS ✓

1. RESPUESTA ENVIADA POR EL MSPS ✓

1. ¿Cuáles son las Entidades Promotoras de Salud que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas?
2. ¿Cuáles son las prácticas más frecuentes y cuáles sus posibles causas o factores asociados a las mismas?
3. ¿En este sentido, qué estudios ha adelantado el Ministerio, cuáles sus conclusiones y recomendaciones para el diseño de una política pública que promueva el respeto y la protección del derecho fundamental de la salud?
4. ¿Cuáles son las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas?
5. ¿Cuáles son las prácticas más frecuentes y cuáles sus posibles causas o factores asociados a las mismas?
6. ¿En este sentido, qué estudios ha adelantado el Ministerio, cuáles sus conclusiones y recomendaciones para el diseño de una política pública que promueva el respeto y la protección del derecho fundamental de la salud?

7. ¿Qué medidas se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, de las personas que se encuentran afiliadas a las Entidades Promotoras de Salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios identificadas?
8. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
9. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
10. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso? Establezca ejemplos y/o estudios
11. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
12. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca ¿cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo?

II. S.N.S

1. RESPUESTA ENVIADA POR LA S.N.S.

La SNS no responde en el presente informe de manera específica a lo ordenado en la Orden vigésima de la Sentencia T-760 de 2008, sobre los 14 criterios ordenados por la Corte en el Auto 044. Se Resume la respuesta de la SNS sobre las Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) para la vigencia de 2014 por considerarlo de interés complementario.

a. ¿Cuáles son las EPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas?

La SNS presenta los resultados de cada una de las EPS para cada uno de los (14) catorce criterios descritos por la Corte Constitucional en los Autos 044 y 260 de 2012.

Durante la vigencia de 2014, se presentaron 230.225 PQR ante esta Entidad, a través de los diferentes canales implementados para el efecto: 172.033 se elevaron en contra de las diferentes Empresas Promotoras del Salud del régimen contributivo y las 39.576 restantes corresponden al régimen subsidiado. El 83% se realizaron por canal telefónico o vía WEB.

Régimen contributivo:

Promedio Tasa Acumulada

113,9

Promedio anual de la tasa mensual 9,3

Régimen subsidiado:

Promedio Tasa Acumulada 114,4

Promedio anual de la tasa mensual 1,2

b. ¿Cuáles son las prácticas más frecuentes y cuáles sus posibles causas o factores asociados a las mismas?

El macromotivo por el que más se quejaron los usuarios del sistema, 81%, fue por “Restricción en los servicios de salud”, al tiempo que el motivo específico más alegado fue la falta de oportunidad en la atención, asignación de citas de medicina especializada (45%), imagenología (10%), referencia y contra referencia (9%). Siguió, con el 10%, la insatisfacción de los usuarios por los procesos administrativos.

Los principales contenidos de la falta de oportunidad en la atención son la “oportunidad para la atención y restricción al acceso por autorizaciones, que corresponde a un 76%.

En cuanto a la insatisfacción de los usuarios con los procesos administrativos, se presenta por: disconformidad manifiesta, restricción a la libre escogencia y limitación de la información, con el 99%.

c. ¿En este sentido, qué estudios ha adelantado la Superintendencia, cuáles sus conclusiones y recomendaciones para el diseño de una política pública que promueva el respeto y la protección al derecho fundamental de la salud?

Centra la SNS su respuesta en su ejercicio de las atribuciones conferidas por las normas vigentes, siendo la cabeza del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ejerciendo sus funciones con base en los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de salud pública, atención al usuario y participación social, información, focalización de subsidios y medidas especiales.

d. ¿Cuáles son las IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas?

Para el año 2014 se presentaron ante la SNS 1549 Peticiones, quejas y reclamos en contra de IPS. El macromotivo con mayor número de quejas fue “Restricción en el acceso

a los servicios de salud", el motivo general más alegado fue "Restricción en el acceso por demoras en la autorización " y el motivo específico más invocado fue "Fallas en la oportunidad para la ubicación del usuario (referencia y contra referencia)"

Los más frecuentes son:

Hospital de Suba	181
Hospital Santa Clara	173
Instituto Nacional de Cancerología	148
Hospital el Tunal	115
Hospital Universitario de Santander	99

e. **¿Cuáles son las prácticas más frecuentes y cuáles sus posibles causas o factores asociados a las mismas?**

Para la SNS los siguientes motivos fueron alegados por los usuarios durante el año 2014:

• Restricción en el acceso a los servicios de salud	1334
• Deficiencia en la atención de salud	110
• Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo	105

Los motivos generales más frecuentes que están relacionados con restricciones al acceso, son:

• Oportunidad en la atención	593
• Demoras en la autorización	477
• Negación de la autorización	74
• Ineficacia en la atención	73

f. **¿En este sentido, qué estudios ha adelantado la Superintendencia y cuáles son sus conclusiones y recomendaciones para el diseño de una política pública que promueva el respeto y la protección del derecho fundamental de la salud?**

Reitera la SNS la respuesta del numeral 3.

g. **¿Cuáles son las EAPB que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas? Hacer una relación desde 2010?**

Reporta la SNS los períodos 2010 a 2014, para lo cual se muestran el primero y el último período.

Para el mes de diciembre del año 2010, se presentaron en el régimen contributivo 2.717 PQR, mientras que en el subsidiado 531 PQR.

Sobre la tasa por 10 mil afiliados, las principales son:

Régimen Contributivo /	
Humanavivir	5.5
Saludvida	4.5
Solsalud	3.3
Red salud Atención Humana	3.2
Multimédicas	2.6
Cafesalud	2.4
Nueva EPS	2.3
Salud Colpatria	2.2
Régimen Subsidiado /	
CCF Colsubsidio	1.9
CCF Comfenalco Santander	1.3
CCF Comfenalco Quindío	1.2
Humana vivir	0.7
Comfacundi	0.6
Solsalud	0.6
Camacol	0.5
Salud Córdor	0.5

Para el mes de diciembre del año 2010, se presentaron en el régimen contributivo 172.093 PQR, mientras que en el subsidiado 39.576 PQR.

Régimen Contributivo /	
Golden Group	30.7
Cruz Blanca	14.7
Cafesalud	14.1
Saludvida	10.2
Saludcoop	9.6
Alinasalud	8.2
Nueva EPS	9.2

Servicio Occidental de Salud 7.1

Régimen Subsidiado

CCF Comfacundi 3.2

CCF Comfama 3.1

Caprecom 2.5

Convida 2.2

CCF Comfamiliar Huila 2.1

Ecoopsos 2.0

CCF Colsubsidio 1.7

CCF Cafam 1.8

h. ¿Cuáles son las IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas? Hacer una relación desde 2010.

Sobre la base de las PQR, reporta la SNS los informes de gestión publicados en la página web de la entidad y el sistema de gestión, se tiene la estadística que se presentó en el numeral 4.

i. ¿Cuáles son las medidas adoptadas por la SNS para evitar que las EAPB incurran en prácticas violatorias al derecho a la salud de las personas? ¿Cuáles han sido los resultados?

Establece la SNS la realización de auditorías y verificación en campo, la ocurrencia de las prácticas descritas por la Corte Constitucional en los catorce criterios incluidos en los Autos 044 y 260 de 2012.

Como resultado de las auditorías realizadas en el año 2014, para el período 2013, la SNS, solicitó a las EPS la suscripción de planes de mejoramiento a fin de que se diseñaran acciones que permitieran solucionar de fondo las causas que generaron los hallazgos.

Para las auditorías del período 2014, refiere la SNS, que se realizaron en el mes de enero de 2015, para verificar en campo la ocurrencia de las prácticas descritas por la Corte Constitucional en los catorce criterios incluidos en los Autos 044 y 260 de 2012, se realizó seguimiento a los mencionados planes de mejoramiento, cuyos resultados se verían reflejados en el informe que se enviara a la corte antes del 30 de abril de 2015.

Así mismo, informan que de los hallazgos establecidos en las mencionadas auditorias se iniciaron investigaciones administrativas, que se relacionaron en precedencia , en donde se observan los cargos imputados, relacionados con la orden 20 de la sentencia T 760 de 2008 . ✓

j. ¿Cuáles son las medidas adoptadas por la SNS, para evitar que las IPS incurran en prácticas violatorias al derecho a la salud de las personas? ✓

Responde la SNS, que en desarrollo del Plan de Auditoria 2014, realizó visitas de auditoría tanto integrales como especiales las IPS en las cuales se verificó entre otros aspectos, la adecuada prestación de servicios de salud en los términos establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Como resultado, solicitó a las IPS la suscripción de planes de mejoramiento a fin de que se diseñaran acciones que permitieran solucionar de fondo las causas que generaron los hallazgos, para lo cual la Delegada Para la Protección al Usuario verifica las respuestas y el cumplimiento o no a los planes de mejoramiento. ✓

k. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado desde la expedición de la sentencia T-760 a la fecha? Identifique línea de base no menor a 3 años ✓

Reitera la SNS la respuesta del numeral 1.9 ✓

l. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso? Establezca ejemplos y/o estudios ✓

Al respecto, la SNS refiere que el único estudio vinculado a la calidad en la prestación de los servicios de salud, es una encuesta de satisfacción de los usuarios frente a las EPS y su desempeño como aseguradores, realizado en la vigencia anterior, con el que se pretendió medir el nivel de satisfacción de los usuarios de las EAPB. El informe ejecutivo concluye que el nivel de satisfacción de los usuarios es bajo, específicamente en asuntos relacionados con la oportunidad de la atención, la eficiencia entendida como la utilización de los recursos necesarios para la prestación del servicio y la orientación brindada. En alta proporción, los encuestados manifestaron haber tenido inconvenientes con las EPS por falta de oportunidad en citas de medicina especializada, necesidad de desplazarse por varias instituciones o sedes para obtener el servicio, falta de oportunidad en temas de autorizaciones. ✓

m. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?

Según la SNS, el cumplimiento efectivo de lo ordenado por la Corte Constitucional, mediante la remisión de los informes, denota la inexistencia de inconvenientes en el recaudo y procesamiento de la información requerida para identificar las EPS e IPS que se niegan a autorizar oportunamente los servicios de salud . Actualmente la entidad viene cumpliendo con la obligación de reporte de información relacionada con la restricción en el acceso a los servicios de salud por parte de las diferentes vigiladas.

n. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca ¿cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo?

Dado la respuesta anterior, la SNS presenta para el año 2015, el plan de trabajo previsto para atender la Orden 20, relacionada con las prácticas presentadas por las EPS durante la vigencia 2014, ha avanzado en un 50% teniendo en cuenta las siguientes actividades genera les que se han programado y realizado:

- a. Revisión de instrumentos y ajustes: Cumplida al 100%
- b. Planeación de las visitas de auditoria: Cumplida al 100%
- c. Ejecución de visitas de auditoria: Cumplida al 100%
- d. Elaboración de informes preliminares de auditoria por los equipos: Cumplida al 100%
- e. Revisión y envío de informes a vigilados: En ejecución
- f. Análisis de respuestas de las EPS a los informes preliminares de auditoría: No ha iniciado
- g. Elaboración de informes finales de auditoria: No ha iniciado
- h. Elaboración de informes para la Corte Constitucional: No ha iniciado

2. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

La SNS no da respuesta específica al ordenamiento esperado bajo los 14 criterios del Auto 044 de 2012.

Se anota, sin embargo, que el esquema de auditorías realizado en 2014 y por reportar para 2015, son avances significativos.

3. LOS RESULTADOS (POSITIVOS Y NEGATIVOS) DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESPUESTA.

3.1. Positivo (si los hay).

Esquema de auditorías

4. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

A pesar de no ser la respuesta específica a lo ordenado por la HCC, con relación a los 14 criterios del Auto 044, las PQR reiteran lo observado en negaciones y tutelas, donde las restricciones al acceso, pérdidas de oportunidad y continuidad del servicio, a través de autorizaciones y otorgamiento de citas, son los principales motivos.

En este sentido, observa la Defensoría del Pueblo, en uso de la autonomía médica, como obligación y atributo, que los profesionales deben ser específicos a la hora de determinar el tiempo en el cual el usuario del sistema de salud debe recibir los beneficios del mismo y dejar constancia en la historia clínica.

Lo anterior, además, se convierte en un insumo adicional para las auditorías que realiza la SNS y, adicionalmente, permitiría observar la insuficiencia real de las redes de servicio a la hora de garantizar oportunidad y continuidad de la atención.

Conclusión: ✓

El informe presentado no da respuesta a la Orden vigésima y al Auto 044 de 2012.

ORDEN VIGÉSIMO PRIMERA

(...) Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud unificar los planes de beneficios para los niños y las niñas del régimen contributivo y del subsidiado, medida que deberá adoptarse antes del 1 de octubre de 2009 y deberá tener en cuenta los ajustes necesarios a la UPC subsidiada de los niños y las niñas para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura. En caso de que para esa fecha no se hayan adoptado las medidas necesarias para la unificación del plan de beneficios de los niños y las niñas, se entenderá que el plan obligatorio de salud del régimen contributivo cubre a los niños y las niñas del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

Un informe sobre el proceso de cumplimiento de esta orden deberá ser remitido a la Corte Constitucional antes del 15 de marzo de 2009 y comunicado al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y a la Defensoría del Pueblo.

En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada para el 1° de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (...).

Entidad obligada: MSPS.

Las preguntas realizadas al MSPS fueron:

- 1.1. ¿Cómo se está garantizando el acceso de los niños, niñas y adolescentes al POS unificado? Además, enunciar: evolución de los indicadores sobre el acceso, la oportunidad, la disponibilidad y calidad de los beneficios del POS unificado a los niños, niñas y adolescentes, en general, de grupos étnicos y de poblaciones vulnerables y/o dispersas en particular?
- 1.2. ¿Qué impacto y qué problemas financieros y de flujo de recursos, de gestión del riesgo, de barreras de acceso han detectado en la implementación de la unificación, tanto en los aseguradores, como en los prestadores?
- 1.3. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?
- 1.4. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
- 1.5. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años.
- 1.6. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
- 1.7. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
- 1.8. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden



al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en ¿qué tiempo?

/

ORDEN VIGÉSIMO SEGUNDA

(...) Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente (...).

Entidad obligada: MSPS.

Las preguntas realizadas fueron:

- 1.1. ¿Cómo se está garantizando el acceso de la población al POS unificado? Además, enviar indicadores sobre el acceso, la oportunidad, la disponibilidad y calidad de los beneficios del POS, según localización, régimen de afiliación y relación específica con los resultados de las ordenes 19 y 20
- 1.2. Informar sobre el valor actual de la UPC e indicar las bases para el ajuste de su cálculo, así como los criterios y mediciones que se tuvieron en cuenta para el cumplimiento de esta orden, según el requerimiento de los puntos (i) y (ii)
- 1.3. ¿Qué problemas han detectado en la implementación de la unificación?
- 1.4. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?
- 1.5. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
- 1.6. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años.
- 1.7. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
- 1.8. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
- 1.9. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

ORDEN VIGÉSIMO TERCERA

(...) Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente tanto los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud (contributivo o subsidiado), diferente a un medicamento, como los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando estas sean ordenados por el médico tratante.

Hasta tanto éste trámite interno de las EPS no sea regulado de manera definitiva, se ordena al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud –y mientras este es creado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud– que adopten las medidas necesarias para garantizar que se ordene a las entidades promotoras de salud, EPS, extender las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de la entidad la aprobación de un medicamento no incluido en el POS, a las solicitudes de aprobación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, distintos a medicamentos, tales como actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando éstos sean ordenados por el médico tratante, teniendo en cuenta los parámetros fijados por la Corte Constitucional. Esta orden deberá ser cumplida dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.

Cuando el Comité Técnico Científico niegue un servicio médico, de acuerdo con la competencia de que trata la presente orden, y posteriormente se obligue a su prestación mediante una acción de tutela, sólo procederá el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, de acuerdo con lo dicho en esta providencia (...).

Entidades obligadas: MSPS y SNS/

- I. Las preguntas elaboradas al MSPS fueron: ✓
 - 1.1. Indicar si con la aplicación de la Circular 019 de 2012 ha agilizado la prestación de los servicios de salud no incluidos en el POS que son requeridos con urgencia. Justificar respuesta.
 - 1.2. ¿Cuáles han sido los avances obtenidos con la expedición de la Circular 019 de 2012, referente a la prestación de servicios de salud no incluidos en el POS requeridos con urgencia durante 2014?
 - 1.3. ¿Cuáles son los resultados específicos y concretos que se han obtenido con la aplicación de la Circular 019 de 2012, en cuanto al trámite de servicios de salud no incluidos en el POS pero que son requeridos con urgencia?
 - 1.4. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?

- 1.5. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
- 1.6. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
- 1.7. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
- 1.8. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
- 1.9. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

II. S.N.S

↳ RESPUESTA ENVIADA POR LA S.N.S.

- 1.1. **¿Cuántas quejas o reclamos ha recibido la entidad respecto a tecnologías negadas por las EPS no incluidas o explícitamente excluidas del POS que se han requerido por urgencia y por necesidad?**

De conformidad con el sistema de gestión, durante el año 2014 se presentaron 1640 PQR por negación de tecnologías en salud no incluidas en el plan obligatorio de salud.

- 1.2. **¿Cuántas investigaciones administrativas han iniciado, relacionadas con la negación de tecnologías en salud por parte de las EAPB?**

No se da respuesta a la pregunta

- 1.3. **¿Qué EAPB han sido sancionadas?**

No se da respuesta a la pregunta

- 1.4. **¿Qué sanciones han impuesto?**

No se da respuesta a la pregunta

- 1.5. **¿Cuántas de las EAPB sancionadas han cumplido con la sanción impuesta?**

A 31 de diciembre de 2014 no hay sanciones ✓

1.6. Para la Supersalud, ¿ha sido efectiva o no la implementación de la Circular 019 de 2012? Justificar respuesta. ✓

No se da respuesta a la pregunta ✓

1.7. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años ✓

No se da respuesta a la pregunta ✓

1.8. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso? Establezca ejemplos y/o estudios ✓

No se da respuesta a la pregunta ✓

1.9. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden? ✓

No se da respuesta a la pregunta ✓

1.10. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo ✓

Responde la SNS, que de conformidad con la orden 23 de la sentencia T 760 de 2008, la acción pertinente para dar cumplimiento a lo dispuesto por la Corte Constitucional para la expedición de la reglamentación necesaria para la autorización directa de tecnologías NO POS o expresamente excluidas del POS, es obligación por competencia, del ente Ministerial, quien en cumplimiento de lo anterior expidió la mencionada Circular 0196 de 2012.

2. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO. ✓

No es valorable el progreso a partir de la información proporcionada

3. LOS RESULTADOS (POSITIVOS Y NEGATIVOS) DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESPUESTA.

3.1. Positivo (si los hay).

No es valorable a partir de la información proporcionada

3.2. Negativos (si los hay).

No es valorable a partir de la información proporcionada

4. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

No es valorable a partir de la información proporcionada

5. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

En este punto, se reitera la observación del sexto informe de la Defensoría del Pueblo:

De las recomendaciones que la Defensoría del Pueblo en el documento de trabajo, Tutelas 2013, solicita al Ministerio de Salud y Protección Social:

“... aplicar los argumentos de la Honorable Corte Constitucional mencionados en sentencias como la T-046 de 2012, en la cual justifican la aplicación de la sanción del 50% en el valor del recobro en contra de las EPS, cuando estas a través de sus CTC, niegan servicios que se requieren con necesidad, ordenadas por su médico tratante, por lo que el usuario tienen que recurrir a la acción de tutela.”

Conclusión:

La Orden vigésimo tercera no se cumple.

ORDEN VIGÉSIMO OCTAVO ✓

Ordenar al Ministerio de la Protección Social que, si aún no lo han hecho, adopte las medidas necesarias para asegurar que al momento de afiliarse a una EPS, contributiva o subsidiada, le entreguen a toda persona, en términos sencillos y accesibles, la siguiente información

(i) Una carta con los derechos del paciente. Esta deberá contener, por lo menos, los derechos contemplados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (adoptada por la 34ª Asamblea en 1981) y los contemplados en la parte motiva de esta providencia, en especial, en los capítulos 4 y 8. Esta Carta deberá estar acompañada de las indicaciones acerca de cuáles son las instituciones que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos y cuáles los recursos mediante los cuales se puede solicitar y acceder a dicha ayuda.

(ii) Una carta de desempeño. Este documento deberá contener información básica acerca del desempeño y calidad de las diferentes EPS a las que se puede afiliarse en el respectivo régimen, así como también acerca de las IPS que pertenecen a la red de cada EPS. El documento deberá contemplar la información necesaria para poder ejercer adecuadamente la libertad de escogencia. El Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberán adoptar las medidas adecuadas y necesarias para proteger a las personas a las que se les irrespete el derecho que tienen a acceder a la información adecuada y suficiente, que les permita ejercer su libertad de elección de la entidad encargada de garantizarles el acceso a los servicios de salud. Estas medidas deberán ser adoptadas antes del primero (1º) de junio de 2009 y un informe de las mismas remitido a la Corte Constitucional.

Entidad obligada: MSPS

Las preguntas elaboradas al MSPS fueron: ✓

- 1.1. ¿Cuál es el estado actual de la implementación de la obligación de la entrega de la carta de derechos del paciente por parte de las instancias responsables? Detallar número de cartas entregadas por EPS, tipo de afiliados y medio de verificación previsto y en ejecución para el cumplimiento de la orden
- 1.2. ¿Cuál es el estado actual de la implementación de la obligación de la entrega de la carta de desempeño por parte de las instancias responsables? Detallar número de cartas entregadas por EPS, tipo de afiliados y medio de verificación previsto y en ejecución para el cumplimiento de la orden
- 1.3. ¿Cuál es el estado actual de uso, conocimiento e impacto de las cartillas y cartas de desempeño por los pacientes y afiliados al sistema para acceder a la información adecuada y suficiente, que les permita ejercer su libertad de

elección de la entidad encargada de garantizarles el acceso a los servicios de salud?

- 1.4. ¿Qué actividades de divulgación, incluyendo campañas educativas e información realizan las EPS al momento de la entrega de la cartilla de derechos y la carta de desempeño? Indicar con cifras, según EPS, el reporte de número de cartillas y cartas e información entregadas? Indicar fuentes previstas de información y suficiencia y calidad de la misma con la que el Ministerio da cuenta del efectivo cumplimiento de la orden
- 1.5. ¿Qué problemas han identificado?
- 1.6. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?
- 1.7. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
- 1.8. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
- 1.9. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
- 1.10. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
- 1.11. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo.

ORDEN VIGÉSIMO NOVENO

Ordenar al Ministerio de Protección Social que adopte las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la fecha fijada por la Ley –antes de enero de 2010–. En caso de que alcanzar esta meta sea imposible, deberán ser explicadas las razones del incumplimiento y fijarse una nueva meta, debidamente justificada.

Entidad obligada: MSPS

Las preguntas realizadas al MSPS fueron: ✓

- 1.1. ¿Cuál ha sido el avance o progreso general en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
- 1.2. ¿Cuál son las medidas específicas adoptadas y el avance correspondiente a la fecha, primero, del considerandos 2.5, según los criterios de los considerandos 2.6 y 2.6.1, del Auto 099 de 2014?
- 1.3. ¿Cuál son las medidas específicas adoptadas y el avance correspondiente a la fecha, primero, del considerandos 2.5, según los criterios de los considerandos 2.6 y 2.6.1, del Auto 099 de 2014?
- 1.4. ¿Cuáles son las medidas y las acciones adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con respecto a la segunda orden del Auto 354 de 2014?
- 1.5. ¿Cuáles son los resultados específicos y concretos que se han obtenido con la aplicación de la Circular 019 de 2012, en cuanto al trámite de servicios de salud no incluidos en el POS pero que son requeridos con urgencia?
- 1.6. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?
- 1.7. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
- 1.8. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
- 1.9. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
- 1.10. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
- 1.11. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo ✓

ORDEN TRIGÉSIMA

Ordenar al Ministerio de Protección Social que presente anualmente un informe a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello. El primer informe deberá ser presentado antes del 1° de febrero de 2009.

Entidad obligada: MSPS

Las preguntas realizadas al MSPS fueron:

- 1.1. Informar el número de acciones de tutela que resuelvan los problemas jurídicos de la sentencia T-760/08.
- 1.2. Informar y analizar su evolución total, por tasa de afiliados y discriminada por beneficios POS, no POS y otros servicios, según solicitudes por orden de tutela a la fecha.
- 1.3. Analizar los resultados del punto 2. en función de las medidas adoptadas y de los resultados correspondientes, de las ordenes 19, 20, 21, 23 y 28.
- 1.4. Informar, si no hay una disminución significativa del número de tutelas, el motivo por el cual dichas acciones no han disminuido, en total y por tasa de 10.000 afiliados
- 1.5. ¿Cuáles acciones específicas de política pública han implementado y van a implementar para solucionar este comportamiento y lograr que no haya una sola sentencia por estos motivos, tal como lo pretende la Honorable Corte Constitucional?
- 1.6. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
- 1.7. ¿Qué medidas concretas han adoptado para solucionar los problemas específicos encontrados?
- 1.8. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
- 1.9. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
- 1.10. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen en el cumplimiento de esta orden?
- 1.11. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

ORDEN TREINTA Y DOS

Trigésimo segundo.- Ordenar a la Secretaría General de esta Corporación remitir copia de la presente sentencia al Consejo Superior de la Judicatura para que la divulgue entre los jueces de la república.

1. RESPUESTA DADA POR EL CSJ

1.1. ¿Cómo se ha realizado la difusión u/o publicación de la sentencia T-760/08? Especificar claramente métodos.

La difusión y publicación de la Sentencia T-760 de 2008, se ha realizado a través de las actividades académicas antes enunciadas:

- (i) Cursos de Profundización,
- (ii) Videoconferencia Nacional
- (iii) Seminario de Divulgación de la Sentencia T-760 de 2008
- (iv) Diseño y elaboración de folletos informativos
- (v) Link de acceso rápido a la sentencia T-760 de 2008 en la página Web de la Escuela Judicial "Rodrigo Lara Bonilla".

1.2. ¿Cuántos jueces se han capacitado en los contenidos de la sentencia T-760/08? Hacer una relación por departamento y por año.

En respuesta, el CSJ presenta los siguientes datos para el período de 2014:

Cursos de profundización	139
Videoconferencia nacional	90
Seminario de actualización	238
Total	467

1.3. ¿Cuál ha sido el avance o progreso en el cumplimiento de lo ordenado?

Al respecto, el CSJ, a partir de las observaciones de la Corte realiza los ajustes del caso, con base a dicho material académico se replicó la formación en los Distritos Judiciales convocados el año anterior. Se realizó por primera vez **"Seminario de Actualización sobre el Derecho Fundamental a la Salud"**

1.4. ¿Qué problemas han identificado?

El CSJ identifica dos problemas:

- a. Falta de concurrencia e interés de los Magistrados(as) , Jueces(zas) y Empleados(as) de la Rama Judicial a las Actividades Académicas sobre Derecho a la Salud.
- b. Carencia de recursos económicos a efectos de extender la formación, con calidad eficacia y eficiencia, de manera presencial a todos los Distritos Judiciales del país.

1.5. ¿Qué actuaciones se han adelantado para el cumplimiento de la orden?

Refiere el CSJ la creación de un equipo de trabajo conformado por las Directoras y el personal del Centro de Documentación Judicial, Escuela Judicial "Rodrigo Lara Bonilla", la Oficina de Coordinación de Asuntos Internacionales y el despacho del Presidente, con el objeto de desarrollar un Plan de Acción en procura del cumplimiento de la Orden 32 de la Sentencia T-760 de 2008.

1.6. ¿Cuáles problemas persisten? ¿Cómo se ha pensado superarlos?

Persiste la falta de inscripciones de los servidores(as) judiciales para participar de los Cursos de Formación sobre el Derecho Fundamental a la Salud

El CSJ, para su superación, plantea:

- a. Llamar a cada uno de los Consejos Seccionales de la Judicatura de los Distritos Convocados con el objeto de solicitar apoyo en la difusión de la Circular convocatoria.
- b. Creación de noticias en nuestra página web ofertando dichas capacitaciones

2. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

El CSJ ha realizado los ajustes requeridos por la HCC y las recomendaciones de la Defensoría del Pueblo, creando un grupo de trabajo que permita una mejor coordinación de las actividades de formación encomendadas.

3. LOS RESULTADOS (POSITIVOS Y NEGATIVOS) DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESPUESTA.

3.1. Positivo (si los hay).

Se ha aumentado el número de estrategias y de jueces capacitados en la difusión de la Sentencia T-760 de 2008

3.2. Negativos (si los hay).

Se presenta falta de asistencia a las actividades presenciales por parte de los jueces llamados a las mismas.

4. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

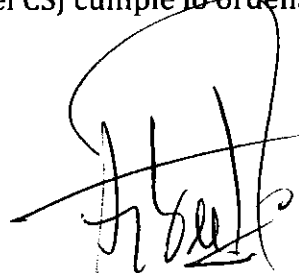
Se presenta falta de asistencia a las actividades presenciales por parte de los jueces llamados a las mismas.

5. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

La importancia de la capacitación de los jueces es absolutamente vital para la implementación de las medidas de amparo al derecho a la salud. Sugiere la Defensoría del Pueblo, primero, complementar el currículo de formación con lo atinente a la Ley Estatutaria con relación a lo actualmente aplicable a la Sentencia 760 de 2008. Segundo, individualizar y controlar la participación individual de los señores jueces a las actividades de capacitación.

Considera la Defensoría que el CSJ cumple lo ordenado con observaciones

Cordialmente,



NORBERTO ACOSTA RUBIO

Delegado para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.

- C.C. Dr. Alejandro Gaviria Uribe. Ministro de la Protección Social.
- Dr. Edgardo Maya Villazón. Contralor General de la República
- Dr. Alejandro Ordóñez Maldonado, Procurador General de la Nación.
- Dr. Norman Julio Muñoz. Superintendente Nacional de Salud.
- Dr. Edgar Carlos Sanabria Melo. Presidente Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura.

Elaboró: JAMR / LMGL



Bogotá, 11 de febrero de 2015

4050 – 229 (Favor citar al responder)

Doctor
ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Carrera 13 No. 32-76 Piso 23
Ciudad

Asunto: Seguimiento Sentencia T-760 de 2008.

Respetado señor Ministro:

De conformidad con lo ordenado en la sentencia T-760 de 2008, de manera atenta me permito solicitar información sobre el cumplimiento a la misma, en el período comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2014, la cual deberá responder a cada uno de los interrogantes de manera precisa, clara y concreta, con los debidos soportes. La información correspondiente, y las bases de datos depuradas a que haya lugar, deberán entregarse en medio físico y magnético para facilitar su análisis. Adicionalmente, es necesario indicar la dependencia y/o responsable del cumplimiento de cada orden.

Por tal motivo, solicito dar respuesta en los términos de ley establecidos para un derecho de petición de solicitud de información.

I. Orden 18

Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud la actualización de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley. La Comisión presentará un informe anual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación indicando, para el respectivo período, (i) qué se incluyó, (ii) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, (iii) cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad, y (iv) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, de salud pública y de sostenibilidad financiera.

Respecto a esta orden informar:

1. Enviar un informe de cumplimiento a esta orden, donde se especifique:
 - a) ¿Qué se introdujo, modificó y/o salió del POS? Justificar razones de coste efectividad y estudios de soportes si los hubiere
 - b) ¿Que se actualizó en presentación o uso? Justificar razones de coste efectividad y estudios de soportes si los hubiere
 - c) ¿Qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios? Justificar razones de coste efectividad y estudios de soportes si los hubiere
 - d) ¿Cuál es el impacto sobre la UPC, incluyendo medidas de regulación de precios?
 - e) ¿Cuáles son los posibles impactos, negativos y positivos sobre el acceso a los beneficios al POS relacionados en los anteriores puntos?
 - f) ¿Cuáles son los indicadores de seguimiento a la implementación de las medidas adoptadas y la respuesta que tomaría el Ministerio en cada caso?
 - g) ¿Qué participación tuvo la IETS, el INVIMA y la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos en estos procesos?
 - h) ¿El Ministerio cómo realiza seguimiento a la implementación de la política pública correspondiente a la presente orden, con qué información y como esta se retroalimenta y articula con la información y las actuaciones de la Superintendencia Nacional de Salud para garantizar que las medidas adoptadas conlleven el goce efectivo del derecho a la salud?
2. ¿Cómo se está garantizando el acceso y disponibilidad a los beneficios POS?
3. ¿Cuál es el efecto previsto que las actualizaciones o introducciones realizadas al POS sobre el número y monto de recobros y tutelas?
4. Informe sobre el proceso de participación ciudadana realizada para actualizaciones POS durante 2015. Favor indicar:
 - a) Número y nombre de ciudades donde se realizó este proceso.
 - b) Número de participantes, especificando sociedad civil, comunidad médica, etc.
 - c) Aportes realizados por los distintos participantes e indicación de los que se tuvieron en cuenta para su posterior inclusión
5. ¿Qué otros problemas y riesgos se identificaron en este proceso?
6. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo?

II. Orden 19.

Ordenar al Ministerio de la Protección Social que adopte medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad; (iii) indicando en cada caso las razones de la negativa, y, en el primero, indicando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico.

Respecto a esta orden presentar e informar:

1. Enviar un informe sobre los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico. En este informe se solicita especificar:
 - a) Número de negaciones **no** tramitadas ante CTC durante 2014.
 - b) Motivo de las negaciones
 - c) Causas por las cuales dichas negaciones no fueron objeto de decisión por el CTC.
 - d) En la respuesta, con relación a la base de datos de soporte, detallar: Identificadores del asegurado, asegurador, localización, fecha de la negación, régimen de afiliación, estado de la afiliación, tipo, codificación y detalle de los beneficios solicitados, considerados alto costo o no, valor de la negación, interposición o no de instrumentos legales y otras que variables consideren pertinentes para el análisis.
 - e) Describa el proceso de depuración, tratamiento y análisis de datos de las negaciones, así como la calidad y confiabilidad de la información.

2. Enviar un informe sobre los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad. Se solicita especificar:
 - a) Número de negaciones tramitadas ante CTC durante 2014.
 - b) Motivo de las negaciones
 - c) En la respuesta y base de datos, detallar: Identificadores del asegurado, asegurador, localización, fecha de la negación, régimen de afiliación, estado de la afiliación, tipo, codificación y detalle de

los beneficios solicitados, considerados alto costo o no, valor de la negación, interposición o no de instrumentos legales y otras que consideren pertinentes para el análisis

- d) Describa el proceso de depuración, tratamiento y análisis de datos de las negaciones, así como la calidad y confiabilidad de la información
3. ¿Según los hallazgos, la calidad y cantidad de información que recibe el Ministerio es suficiente para realizar un reporte válido, confiable y preciso que permita establecer un diagnóstico exacto y tomar las acciones administrativas y de política pública?
 4. ¿Qué problemas han identificado?
 5. ¿Qué actuaciones o medidas se han adelantado para responder a los problemas identificados y dar cumplimiento de la orden?
 6. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
 7. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
 8. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso? Establezca ejemplos y/o estudios
 9. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
 10. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

III. Orden 20.

Ordenar al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que adopten las medidas para identificar las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad. Con este fin, el Ministerio y la Superintendencia deberán informar a la Defensoría del Pueblo, a la Procuraduría General de la Nación y a la Corte Constitucional

Respecto a esta orden, le solicito informar

1. ¿Cuáles son las Entidades Promotoras de Salud que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas?

2. ¿Cuáles son las prácticas más frecuentes y cuáles sus posibles causas o factores asociados a las mismas?
3. ¿En este sentido, qué estudios ha adelantado el Ministerio, cuáles sus conclusiones y recomendaciones para el diseño de una política pública que promueva el respeto y la protección del derecho fundamental de la salud?
4. ¿Cuáles son las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas?
5. ¿Cuáles son las prácticas más frecuentes y cuáles sus posibles causas o factores asociados a las mismas?
6. ¿En este sentido, qué estudios ha adelantado el Ministerio, cuáles sus conclusiones y recomendaciones para el diseño de una política pública que promueva el respeto y la protección del derecho fundamental de la salud?
7. ¿Qué medidas se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, de las personas que se encuentran afiliadas a las Entidades Promotoras de Salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios identificadas?
8. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
9. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
10. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso? Establezca ejemplos y/o estudios
11. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
12. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en que tiempo

IV. Orden 21.

Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud unificar los planes de beneficios para los niños y las niñas del régimen contributivo y del subsidiado, medida que deberá adoptarse antes del 1 de octubre de 2009 y deberá tener en cuenta los ajustes necesarios a la UPC subsidiada de los niños y las niñas para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura. En caso de que para esa fecha no se hayan adoptado las medidas necesarias para la unificación del plan de beneficios de los niños y las niñas, se entenderá que el plan obligatorio de salud del régimen contributivo cubre a los niños y las niñas del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

Respecto a esta orden informar:

1. ¿Cómo se está garantizando el acceso de los niños, niñas y adolescentes al POS unificado? Además, enunciar: evolución de los indicadores sobre el acceso, la oportunidad, la disponibilidad y calidad de los beneficios del POS unificado a los niños, niñas y adolescentes, en general, de grupos étnicos y de poblaciones vulnerables y/o dispersas en particular?
2. ¿Qué impacto y qué problemas financieros y de flujo de recursos, de gestión del riesgo, de barreras de acceso han detectado en la implementación de la unificación, tanto en los aseguradores, como en los prestadores?
3. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?
4. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
5. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años?
6. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
7. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
8. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

V. Orden 22.

Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente (...).

Respecto a esta orden informar:

1. ¿Cómo se está garantizando el acceso de la población al POS unificado? Además, enviar indicadores sobre el acceso, la oportunidad, la disponibilidad

- y calidad de los beneficios del POS, según localización, régimen de afiliación y relación específica con los resultados de las ordenes 19 y 20
2. Informar sobre el valor actual de la UPC e indicar las bases para el ajuste de su cálculo, así como los criterios y mediciones que se tuvieron en cuenta para el cumplimiento de esta orden, según el requerimiento de los puntos (i) y (ii)
 3. ¿Qué problemas han detectado en la implementación de la unificación?
 4. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?
 5. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
 6. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
 7. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
 8. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
 9. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

VI. Orden 23.

Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente tanto los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud (contributivo o subsidiado), diferente a un medicamento, como los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando estas sean ordenados por el médico tratante.

Hasta tanto éste trámite interno de las EPS no sea regulado de manera definitiva, se ordena al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud –y mientras este es creado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud– que adopten las medidas necesarias para garantizar que se ordene a las entidades promotoras de salud, EPS, extender las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de la entidad la aprobación de un medicamento no incluido en el POS, a las solicitudes de aprobación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, distintos a medicamentos, tales como actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando éstos sean ordenados por el médico

tratante, teniendo en cuenta los parámetros fijados por la Corte Constitucional. Esta orden deberá ser cumplida dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.

Cuando el Comité Técnico Científico niegue un servicio médico, de acuerdo con la competencia de que trata la presente orden, y posteriormente se obligue a su prestación mediante una acción de tutela, sólo procederá el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, de acuerdo con lo dicho en esta providencia.

Respecto a esta orden informar:

1. Indicar si con la aplicación de la Circular 019 de 2012 ha agilizado la prestación de los servicios de salud no incluidos en el POS que son requeridos con urgencia. Justificar respuesta.
2. ¿Cuáles han sido los avances obtenidos con la expedición de la Circular 019 de 2012, referente a la prestación de servicios de salud no incluidos en el POS requeridos con urgencia durante 2014?
3. ¿Cuáles son los resultados específicos y concretos que se han obtenido con la aplicación de la Circular 019 de 2012, en cuanto al trámite de servicios de salud no incluidos en el POS pero que son requeridos con urgencia?
4. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?
5. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
6. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
7. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
8. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
9. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

VII. Orden 28.

Ordenar al Ministerio de la Protección Social que, si aún no lo han hecho, adopte las medidas necesarias para asegurar que al momento de afiliarse a una EPS, contributiva o

subsidiada, le entreguen a toda persona, en términos sencillos y accesibles, la siguiente información,

(i) Una carta con los derechos del paciente. Esta deberá contener, por lo menos, los derechos contemplados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (adoptada por la 34ª Asamblea en 1981) y los contemplados en la parte motiva de esta providencia, en especial, en los capítulos 4 y 8. Esta Carta deberá estar acompañada de las indicaciones acerca de cuáles son las instituciones que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos y cuáles los recursos mediante los cuales se puede solicitar y acceder a dicha ayuda.

(ii) Una carta de desempeño. Este documento deberá contener información básica acerca del desempeño y calidad de las diferentes EPS a las que se puede afiliarse en el respectivo régimen, así como también acerca de las IPS que pertenecen a la red de cada EPS. El documento deberá contemplar la información necesaria para poder ejercer adecuadamente la libertad de escogencia.

El Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberán adoptar las medidas adecuadas y necesarias para proteger a las personas a las que se les irrespeta el derecho que tienen a acceder a la información adecuada y suficiente, que les permita ejercer su libertad de elección de la entidad encargada de garantizarles el acceso a los servicios de salud. Estas medidas deberán ser adoptadas antes del primero (1º) de junio de 2009 y un informe de las mismas remitido a la Corte Constitucional.

Respecto a esta orden informar:

1. ¿Cuál es el estado actual de la implementación de la obligación de la entrega de la carta de derechos del paciente por parte de las instancias responsables? Detallar número de cartas entregadas por EPS, tipo de afiliados y medio de verificación previsto y en ejecución para el cumplimiento de la orden
2. ¿Cuál es el estado actual de la implementación de la obligación de la entrega de la carta de desempeño por parte de las instancias responsables? Detallar número de cartas entregadas por EPS, tipo de afiliados y medio de verificación previsto y en ejecución para el cumplimiento de la orden
3. ¿Cuál es el estado actual de uso, conocimiento e impacto de las cartillas y cartas de desempeño por los pacientes y afiliados al sistema para acceder a la información adecuada y suficiente, que les permita ejercer su libertad de elección de la entidad encargada de garantizarles el acceso a los servicios de salud?
4. ¿Qué actividades de divulgación, incluyendo campañas educativas e información realizan las EPS al momento de la entrega de la cartilla de derechos y la carta de desempeño? Indicar con cifras, según EPS, el reporte de número de cartillas y cartas e información entregadas? Indicar fuentes previstas de información y

suficiencia y calidad de la misma con la que el Ministerio da cuenta del efectivo cumplimiento de la orden

5. ¿Qué problemas han identificado?
6. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?
7. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
8. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
9. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
10. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
11. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo.

VIII. Orden 29.

Ordenar al Ministerio de Protección Social que adopte las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la fecha fijada por la Ley –antes de enero de 2010–. En caso de que alcanzar esta meta sea imposible, deberán ser explicadas las razones del incumplimiento y fijarse una nueva meta, debidamente justificada.

Respecto a esta orden informar:

1. ¿Cuál ha sido el avance o progreso general en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
2. ¿Cuál son las medidas específicas adoptadas y el avance correspondiente a la fecha, primero, del considerandos 2.5, según los criterios de los considerandos 2.6 y 2.6.1, del Auto 099 de 2014?
3. ¿Cuál son las medidas específicas adoptadas y el avance correspondiente a la fecha, primero, del considerandos 2.5, según los criterios de los considerandos 2.6 y 2.6.1, del Auto 099 de 2014?
4. ¿Cuáles son las medidas y las acciones adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con respecto a la segunda orden del Auto 354 de 2014?

5. ¿Cuáles son los resultados específicos y concretos que se han obtenido con la aplicación de la Circular 019 de 2012, en cuanto al trámite de servicios de salud no incluidos en el POS pero que son requeridos con urgencia?
6. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?
7. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
8. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
9. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
10. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
11. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

IX. Orden 30.

Ordenar al Ministerio de Protección Social que presente anualmente un informe a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello. El primer informe deberá ser presentado antes del 1° de febrero de 2009.

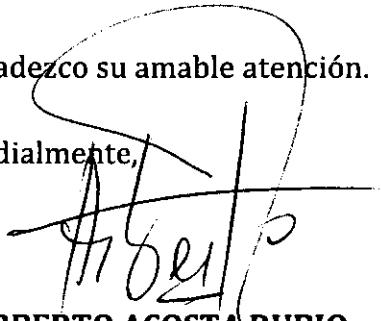
Respecto a esta orden informar:

1. Informar el número de acciones de tutela que resuelvan los problemas jurídicos de la sentencia T-760/08.
2. Informar y analizar su evolución total, por tasa de afiliados y discriminada por beneficios POS, no POS y otros servicios, según solicitudes por orden de tutela a la fecha.
3. Analizar los resultados del punto 2. en función de las medidas adoptadas y de los resultados correspondientes, de las ordenes 19, 20, 21, 23 y 28.
4. Informar, si no hay una disminución significativa del número de tutelas, el motivo por el cual dichas acciones no han disminuido, en total y por tasa de 10.000 afiliados

5. ¿Cuáles acciones específicas de política pública han implementado y van a implementar para solucionar este comportamiento y lograr que no haya una sola sentencia por estos motivos, tal como lo pretende la Honorable Corte Constitucional?
6. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
7. ¿Qué medidas concretas han adoptado para solucionar los problemas específicos encontrados?
8. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
9. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
10. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen en el cumplimiento de esta orden?
11. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

Agradezco su amable atención.

Cordialmente,



NORBERTO ACOSTA RUBIO

Delegado para Salud, la Seguridad Social y la discapacidad.

Elaboró:

Dres. JAMR/LMGL *F*



Bogotá, 14 de abril de 2015

4050 – 972(Favor citar al responder)

Doctor
ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Carrera 13 No. 32-76 Piso 23
Ciudad

Asunto: Seguimiento Sentencia T-760 de 2008.
Reiteración de información

Respetado señor Ministro:

De conformidad con lo ordenado en la sentencia T-760 de 2008, de manera atenta me permito **REITERAR** la solicitud de información sobre el cumplimiento a la misma, en el período comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2014, la cual deberá responder a cada uno de los interrogantes de manera precisa, clara y concreta, con los debidos soportes. La información correspondiente, y las bases de datos depuradas a que haya lugar, deberán entregarse en medio físico y magnético para facilitar su análisis. Adicionalmente, es necesario indicar la dependencia y/o responsable del cumplimiento de cada orden.

Por tal motivo, solicito dar respuesta en los términos de establecidos en la Ley 24 de 1992 (5 días hábiles). Es de aclarar que a la única orden a la que han dado respuesta es la orden 19, motivo por el cual, en este oficio no se relacionará.

I. Orden 18 ↓

Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud la actualización de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley. La Comisión presentará un informe anual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación indicando, para el respectivo período, (i) qué se incluyó, (ii) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, (iii) cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad, y (iv) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, de salud pública y de sostenibilidad financiera.

Respecto a esta orden informar:

1. Enviar un informe de cumplimiento a esta orden, donde se especifique:
 - a) ¿Qué se introdujo, modificó y/o salió del POS? Justificar razones de coste efectividad y estudios de soportes si los hubiere
 - b) ¿Que se actualizó en presentación o uso? Justificar razones de coste efectividad y estudios de soportes si los hubiere
 - c) ¿Qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios? Justificar razones de coste efectividad y estudios de soportes si los hubiere
 - d) ¿Cuál es el impacto sobre la UPC, incluyendo medidas de regulación de precios?
 - e) ¿Cuáles son los posibles impactos, negativos y positivos sobre el acceso a los beneficios al POS relacionados en los anteriores puntos?
 - f) ¿Cuáles son los indicadores de seguimiento a la implementación de las medidas adoptadas y la respuesta que tomaría el Ministerio en cada caso?
 - g) ¿Qué participación tuvo la IETS, el INVIMA y la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos en estos procesos?
 - h) ¿El Ministerio cómo realiza seguimiento a la implementación de la política pública correspondiente a la presente orden, con qué información y como esta se retroalimenta y articula con la información y las actuaciones de la Superintendencia Nacional de Salud para garantizar que las medidas adoptadas conlleven el goce efectivo del derecho a la salud?
2. ¿Cómo se está garantizando el acceso y disponibilidad a los beneficios POS?
3. ¿Cuál es el efecto previsto que las actualizaciones o introducciones realizadas al POS sobre el número y monto de recobros y tutelas?
4. Informe sobre el proceso de participación ciudadana realizada para actualizaciones POS durante 2015. Favor indicar:
 - a) Número y nombre de ciudades donde se realizó este proceso.
 - b) Número de participantes, especificando sociedad civil, comunidad médica, etc.
 - c) Aportes realizados por los distintos participantes e indicación de los que se tuvieron en cuenta para su posterior inclusión
5. ¿Qué otros problemas y riesgos se identificaron en este proceso?
6. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo?

II. Orden 20.

Ordenar al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que adopten las medidas para identificar las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad. Con este fin, el Ministerio y la Superintendencia deberán informar a la Defensoría del Pueblo, a la Procuraduría General de la Nación y a la Corte Constitucional

Respecto a esta orden, le solicito informar

1. ¿Cuáles son las Entidades Promotoras de Salud que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas?
2. ¿Cuáles son las prácticas más frecuentes y cuáles sus posibles causas o factores asociados a las mismas?
3. ¿En este sentido, qué estudios ha adelantado el Ministerio, cuáles sus conclusiones y recomendaciones para el diseño de una política pública que promueva el respeto y la protección del derecho fundamental de la salud?
4. ¿Cuáles son las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas?
5. ¿Cuáles son las prácticas más frecuentes y cuáles sus posibles causas o factores asociados a las mismas?
6. ¿En este sentido, qué estudios ha adelantado el Ministerio, cuáles sus conclusiones y recomendaciones para el diseño de una política pública que promueva el respeto y la protección del derecho fundamental de la salud?
7. ¿Qué medidas se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, de las personas que se encuentran afiliadas a las Entidades Promotoras de Salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios identificadas?
8. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
9. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
10. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso? Establezca ejemplos y/o estudios
11. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
12. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en que tiempo

III. Orden 21.

Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud unificar los planes de beneficios para los niños y las niñas del régimen contributivo y del subsidiado, medida que deberá adoptarse antes del 1 de octubre de 2009 y deberá tener en cuenta los ajustes necesarios a la UPC subsidiada de los niños y las niñas para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura. En caso de que para esa fecha no se hayan adoptado las medidas necesarias para la unificación del plan de beneficios de los niños y las niñas, se entenderá que el plan obligatorio de salud del régimen contributivo cubre a los niños y las niñas del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

Respecto a esta orden informar:

1. ¿Cómo se está garantizando el acceso de los niños, niñas y adolescentes al POS unificado? Además, enunciar: evolución de los indicadores sobre el acceso, la oportunidad, la disponibilidad y calidad de los beneficios del POS unificado a los niños, niñas y adolescentes, en general, de grupos étnicos y de poblaciones vulnerables y/o dispersas en particular?
2. ¿Qué impacto y qué problemas financieros y de flujo de recursos, de gestión del riesgo, de barreras de acceso han detectado en la implementación de la unificación, tanto en los aseguradores, como en los prestadores?
3. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?
4. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
5. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años?
6. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
7. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
8. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

IV. Orden 22.

Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente (...).

Respecto a esta orden informar:

1. ¿Cómo se está garantizando el acceso de la población al POS unificado? Además, enviar indicadores sobre el acceso, la oportunidad, la disponibilidad y calidad de los beneficios del POS, según localización, régimen de afiliación y relación específica con los resultados de las ordenes 19 y 20
2. Informar sobre el valor actual de la UPC e indicar las bases para el ajuste de su cálculo, así como los criterios y mediciones que se tuvieron en cuenta para el cumplimiento de esta orden, según el requerimiento de los puntos (i) y (ii)
3. ¿Qué problemas han detectado en la implementación de la unificación?
4. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?
5. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?

6. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
7. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
8. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
9. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

V. Orden 23.

Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente tanto los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud (contributivo o subsidiado), diferente a un medicamento, como los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando estas sean ordenados por el médico tratante.

Hasta tanto éste trámite interno de las EPS no sea regulado de manera definitiva, se ordena al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud –y mientras este es creado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud– que adopten las medidas necesarias para garantizar que se ordene a las entidades promotoras de salud, EPS, extender las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de la entidad la aprobación de un medicamento no incluido en el POS, a las solicitudes de aprobación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, distintos a medicamentos, tales como actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando éstos sean ordenados por el médico tratante, teniendo en cuenta los parámetros fijados por la Corte Constitucional. Esta orden deberá ser cumplida dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.

Cuando el Comité Técnico Científico niegue un servicio médico, de acuerdo con la competencia de que trata la presente orden, y posteriormente se obligue a su prestación mediante una acción de tutela, sólo procederá el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, de acuerdo con lo dicho en esta providencia.

Respecto a esta orden informar:

1. Indicar si con la aplicación de la Circular 019 de 2012 ha agilizado la prestación de los servicios de salud no incluidos en el POS que son requeridos con urgencia. Justificar respuesta.
2. ¿Cuáles han sido los avances obtenidos con la expedición de la Circular 019 de 2012, referente a la prestación de servicios de salud no incluidos en el POS requeridos con urgencia durante 2014?

3. ¿Cuáles son los resultados específicos y concretos que se han obtenido con la aplicación de la Circular 019 de 2012, en cuanto al trámite de servicios de salud no incluidos en el POS pero que son requeridos con urgencia?
4. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?
5. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
6. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
7. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
8. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
9. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

VI. Orden 28.

Ordenar al Ministerio de la Protección Social que, si aún no lo han hecho, adopte las medidas necesarias para asegurar que al momento de afiliarse a una EPS, contributiva o subsidiada, le entreguen a toda persona, en términos sencillos y accesibles, la siguiente información,

(i) Una carta con los derechos del paciente. Esta deberá contener, por lo menos, los derechos contemplados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (adoptada por la 34ª Asamblea en 1981) y los contemplados en la parte motiva de esta providencia, en especial, en los capítulos 4 y 8. Esta Carta deberá estar acompañada de las indicaciones acerca de cuáles son las instituciones que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos y cuáles los recursos mediante los cuales se puede solicitar y acceder a dicha ayuda.

(ii) Una carta de desempeño. Este documento deberá contener información básica acerca del desempeño y calidad de las diferentes EPS a las que se puede afiliarse en el respectivo régimen, así como también acerca de las IPS que pertenecen a la red de cada EPS. El documento deberá contemplar la información necesaria para poder ejercer adecuadamente la libertad de escogencia. El Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberán adoptar las medidas adecuadas y necesarias para proteger a las personas a las que se les irrespete el derecho que tienen a acceder a la información adecuada y suficiente, que les permita ejercer su libertad de elección de la entidad encargada de garantizarles el acceso a los servicios de salud. Estas medidas deberán ser adoptadas antes del primero (1º) de junio de 2009 y un informe de las mismas remitido a la Corte Constitucional.

Respecto a esta orden informar:

1. ¿Cuál es el estado actual de la implementación de la obligación de la entrega de la carta de derechos del paciente por parte de las instancias responsables? Detallar número de

- cartas entregadas por EPS, tipo de afiliados y medio de verificación previsto y en ejecución para el cumplimiento de la orden
2. ¿Cuál es el estado actual de la implementación de la obligación de la entrega de la carta de desempeño por parte de las instancias responsables? Detallar número de cartas entregadas por EPS, tipo de afiliados y medio de verificación previsto y en ejecución para el cumplimiento de la orden
 3. ¿Cuál es el estado actual de uso, conocimiento e impacto de las cartillas y cartas de desempeño por los pacientes y afiliados al sistema para acceder a la información adecuada y suficiente, que les permita ejercer su libertad de elección de la entidad encargada de garantizarles el acceso a los servicios de salud?
 4. ¿Qué actividades de divulgación, incluyendo campañas educativas e información realizan las EPS al momento de la entrega de la cartilla de derechos y la carta de desempeño? Indicar con cifras, según EPS, el reporte de número de cartillas y cartas e información entregadas? Indicar fuentes previstas de información y suficiencia y calidad de la misma con la que el Ministerio da cuenta del efectivo cumplimiento de la orden
 5. ¿Qué problemas han identificado?
 6. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?
 7. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
 8. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
 9. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
 10. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
 11. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo.

VII. Orden 29.

Ordenar al Ministerio de Protección Social que adopte las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la fecha fijada por la Ley -antes de enero de 2010-. En caso de que alcanzar esta meta sea imposible, deberán ser explicadas las razones del incumplimiento y fijarse una nueva meta, debidamente justificada.

Respecto a esta orden informar:

1. ¿Cuál ha sido el avance o progreso general en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
2. ¿Cuál son las medidas específicas adoptadas y el avance correspondiente a la fecha, primero, del considerandos 2.5, según los criterios de los considerandos 2.6 y 2.6.1, del Auto 099 de 2014?

3. ¿Cuál son las medidas específicas adoptadas y el avance correspondiente a la fecha, primero, del considerandos 2.5, según los criterios de los considerandos 2.6 y 2.6.1, del Auto 099 de 2014?
4. ¿Cuáles son las medidas y las acciones adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con respecto a la segunda orden del Auto 354 de 2014?
5. ¿Cuáles son los resultados específicos y concretos que se han obtenido con la aplicación de la Circular 019 de 2012, en cuanto al trámite de servicios de salud no incluidos en el POS pero que son requeridos con urgencia?
6. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?
7. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
8. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años
9. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
10. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen, en el cumplimiento de esta orden?
11. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

VIII. Orden 30.

Ordenar al Ministerio de Protección Social que presente anualmente un informe a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello. El primer informe deberá ser presentado antes del 1º de febrero de 2009.

Respecto a esta orden informar:

1. Informar el número de acciones de tutela que resuelvan los problemas jurídicos de la sentencia T-760/08.
2. Informar y analizar su evolución total, por tasa de afiliados y discriminada por beneficios POS, no POS y otros servicios, según solicitudes por orden de tutela a la fecha.
3. Analizar los resultados del punto 2. en función de las medidas adoptadas y de los resultados correspondientes, de las ordenes 19, 20, 21, 23 y 28.
4. Informar, si no hay una disminución significativa del número de tutelas, el motivo por el cual dichas acciones no han disminuido, en total y por tasa de 10.000 afiliados
5. ¿Cuáles acciones específicas de política pública han implementado y van a implementar para solucionar este comportamiento y lograr que no haya una sola sentencia por estos motivos, tal como lo pretende la Honorable Corte Constitucional?
6. ¿Cuál ha sido el avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado? Identifique línea de base no menor a 3 años



- 7. ¿Qué medidas concretas han adoptado para solucionar los problemas específicos encontrados?
- 8. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?
- 9. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?
- 10. ¿Cuáles problemas persisten y cuál es su origen en el cumplimiento de esta orden?
- 11. ¿Cómo se ha pensado superarlos y cuáles son las metas e indicadores para el 2015? Para ello, establezca cuál es el porcentaje de cumplimiento de la orden al presente y los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo

Agradezco su amable atención.

Cordialmente,

NORBERTO ACOSTA RUBIO

Delegado para Salud, la Seguridad Social y la discapacidad.

Elaboró: Dres. JAMR/LMGL L^{ra}

