



MVB
[Signature]

Bogotá, 17 de junio de 2016

Doctora:
MARTHA VICTORIA SACHICA MENDEZ
Secretaria General
CORTE CONSTITUCIONAL
Calle 12 No. 7-65

Asunto: Sentencia T-760 de 2008.
VIII Informe de seguimiento.

Respetada doctora Martha:

En cumplimiento a lo ordenado por la Sentencia T- 760 de 2008, de manera atenta la Defensoría del Pueblo presenta el octavo informe de seguimiento al análisis realizado a los reportes presentados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y el Consejo Superior de la Judicatura, con corte a 31 de diciembre de 2015.

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).

I. RESPUESTA ENVIADA POR EL MSPS.

El ministerio mediante oficio 201634200462991, radicado en la Defensoría el 28/03/2016, da respuesta a los interrogantes planteados por la Defensoría del Pueblo. A continuación se hace una breve descripción de las mismas:

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 costo, efectividad y estudios de soportes si los hubiere

El MSPS Indica que hicieron 5 actualizaciones: 3 correspondientes a aclaraciones de cobertura, uno a inclusiones y una ampliación de cobertura.

Las aclaraciones las realizaron analizando los 844 procedimientos de la CUPS no registrados como cubiertos en la Resolución 5521 de 2013. Con base a criterios técnicos y análisis de costos, se aclararon 268 procedimientos para la actualización 2015. En cuanto a medicamentos, se realizaron aclaraciones de cobertura de 137 principios activos, así como la concentración y forma farmacéutica de 229 medicamentos ya incluidos en el POS.

Respecto a la inclusión, esta se basó en las tecnologías “estándar de oro” para enfermedades huérfanas y, con ocasión a la ampliación, se estableció en el tiempo de cobertura de la fórmula láctea para hijos de madres infectadas por VIH de 6 a 12 meses.

- b) ¿Que se actualizó en presentación o uso? Justificar razones de coste efectividad y estudios de soportes si los hubiere

Informan que revisaron el anexo 01 "listado general de medicamentos POS" por cuanto evidenciaron algunos yerros por lo que se hacía necesario realizar algunos ajustes. Al respecto, corrigieron 5 yerros del código ATC, 4 en el consecutivo del código ATC y 14 en la descripción técnica de medicamentos. Estas aclaraciones fueron establecidas en la Resolución 5926 de 2014, donde además se determinó que los ajustes aclaraban la cobertura, no la ampliaban y que éstas, tampoco eran inclusiones.

Los medicamentos cubiertos se describen por principio activo, concentración y forma farmacéutica, mas no por presentación. Reiteran que aclararon 137 principios activos y que se aclaró la concentración y forma farmacéutica de 229 medicamentos ya descritos como cobertura del Plan de Beneficios.

- 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

Informan que a finales de 2014 se implementaron dos metodologías de nominación, una para sociedades científicas en tecnologías de primera línea y uso cotidiano y otra para cualquier actor del sistema, donde participaron 24 sociedades, nominando 510 tecnologías; 16 empresas de la industria farmacéutica, nominando 50 tecnologías y 3 personas naturales, nominando 4.

Indican que en el proceso de participación ciudadana adelantada en noviembre y diciembre de 2014, se establecieron 6 criterios de priorización: carga de enfermedad, situación de salud, guías de práctica clínica, primera línea, grupo poblacional y frecuencia de recobro.

Las tecnologías nominadas por los 3 grupos surtieron proceso de priorización, identificando 260 tecnologías, las cuales están en proceso de evaluación, por lo que aún no se han incluido en el Plan de Beneficios.

- d) ¿Cuáles son los efectos sobre la UPC, incluyendo medidas de regulación de precios?

El impacto sobre la UPC para 2016 es un incremento de 9.45%

- e) ¿Cuáles son los posibles efectos, negativos y positivos sobre el acceso a los beneficios al POS relacionados en los anteriores puntos?

El ministerio indica que la mayor disponibilidad de tecnologías y claridad en el Plan de Beneficios favorece la gestión de todos los actores debido a que al haberse realizado la aclaración relacionada con la eliminación de las concentraciones de 268 medicamentos, se otorga mayores opciones terapéuticas para los médicos y pacientes.

- f) ¿Cuáles son los indicadores de seguimiento a la implementación de las medidas adoptadas y la respuesta que tomaría el Ministerio en cada caso?

Informan que han priorizado un conjunto de registros, observatorios y sistemas de seguimiento con el propósito de orientar la formulación de políticas e intervenciones de salud a través del Sistema de Información Integral de la Protección Social (SISPRO), por lo que a través de él, recogen información de sistemas como los del DANE (registros vitales de nacimiento y defunciones), del SIVIGILA, de la encuesta nacional de salud (ENS) y del registro único de afiliados (RUAF), entre otras.

Para el seguimiento de la calidad en la atención en salud, cuentan con el Sistema de Información para la Calidad (SIC), que permite realizar el seguimiento y la evaluación a la gestión de la calidad de la atención en salud, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC). El SIC brinda información a los usuarios para la elección de los proveedores en salud, teniendo en cuenta la calidad de los servicios, para que puedan tomar decisiones informadas. Este sistema se mide en cuatro dimensiones: efectividad, seguridad, experiencia de la atención y gestión del riesgo.

- g) ¿Qué participación tuvo la IETS, el INVIMA y la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos en estos procesos?

La IETS realizó evaluación de 16 tecnologías en salud identificadas por los expertos como estándar de oro para el diagnóstico de ENHU, las cuales fueron incluidas en el proceso de actualización integral del POS 2015. Las otras dos entidades no contaron con participación.

- 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?

La Resolución 5521 de 2013 estableció la obligación a los actores del sistema de aportar información veraz y completa al ministerio, para que este pudiese hacer el respectivo monitoreo, actualización del POS y análisis o cálculos de la UPC. También iniciaron un proceso de actualización de POS en 2013 con vigencia 2014 con las instrucciones de envío de la información, la cual debe realizarse de manera mensual. Actualmente continúan con el monitoreo de la información.

Indican que la importancia del ordenamiento por desempeño de las EPS radica en que se ofrece a los usuarios y empresas del sector un contexto de comparación con respecto a sus similares, permitiendo conocer como la EPS a la cual se encuentran afiliados hacen bien las cosas o si tienen margen para mejorarlas. Igualmente, pretenden que con la encuesta de percepción de los usuarios, a toda persona se le entregue la carta de derechos y deberes, así como la carta de desempeño. Para el ministerio es importante que el usuario permanezca informado, motivo por el cual en el observatorio de calidad de la atención en salud dispuso unos indicadores tanto de las IPS como de las Eps para que el usuario y los demás actores del sistema pudieran revisar los resultados.

Igualmente informan que como la orden está relacionada directamente con la disponibilidad de las tecnologías en salud financiadas vía aseguramiento, con la expedición de dicha Resolución, se garantiza que dichas tecnologías estén en el plan de beneficios. Así mismo, mediante el sistema de información recopila las prestaciones de servicios que se dan en el sistema de salud, específicamente las financiadas vía el aseguramiento.

Así mismo, comentan que en 2015 iniciaron la elaboración y expedición de boletines que permiten mostrar las frecuencias de usos, costos y descripción de condiciones de salud de algunas enfermedades con el fin de informar al público en general y con el propósito de hacer seguimiento y establecer líneas de bases que permitan posteriormente contar con información para retroalimentar la política pública.

En cuanto a la SNS, informan que el ministerio reporta a dicha entidad las EPS que no remiten la información en los plazos y con la calidad prevista. Adicionalmente, el ministerio ha trabajado en forma coordinada para implementar el nuevo enfoque de vigilancia que la SNS que dicha entidad está diseñando e implementando, basado en la gestión del riesgo.

2. ¿Cómo se está garantizando el acceso y disponibilidad a los beneficios POS?

Con los decretos de portabilidad y movilidad en el sistema, el ministerio espera que se disminuyan las tutelas y los recobros. Hacen relación a la encuesta de percepción de usuarios, donde informan que en el 2014, el 54% de los encuestados indicaron que el acceso a los servicios de salud que les brinda su EPS fue fácil o muy fácil, así como la comunicación para solicitar información o hacer trámites.

El acceso a los beneficios POS se garantiza a través de la implementación de políticas del sector. Como resultado de la implementación de estas políticas enuncian que se ha presentado disminución de barreras de acceso a los servicios de salud, tal como lo comprueba los datos de la Encuesta de Calidad de Vida; y se ha mejorado en la percepción de la calidad en la atención en salud, de conformidad a los resultados de la encuesta de percepción de usuarios.

Así mismo, para contribuir a mejorar el acceso y disponibilidad, se adelantaron estrategias e instrumentos para la planeación y gestión de la prestación de servicios de salud a través de la elaboración de documentos sobre redes integrales de prestadores de servicios, del desarrollo de especificaciones técnicas y de criterios de habilitación del prestador primario, entre otras. Igualmente comentan que para garantizar la prestación de los servicios y no afectar su acceso, en el caso del cierre de una institución cuando se adoptan medidas de intervención forzosa para liquidar o administrar, con la Resolución 5158 de 2015, se modificó el artículo 15 de la Resolución 2003 de 2014; y, que se encuentran realizando promoción de la modalidad de telemedicina para lugares o sitios apartados con problemas de oferta.

3. ¿Cuál es el efecto previsto que las actualizaciones o introducciones realizadas al POS sobre el número y monto de recobros y tutelas?

Es la reducción en el número y monto de los recobros por actualizaciones e inclusiones realizadas.



4. Informe sobre el proceso de participación ciudadana realizada para actualizaciones POS durante 2015.

- 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

Informan que durante 2014 se inició el proceso de participación ciudadana con la aplicación de la metodología de ponderación de criterios para la selección de tecnologías a evaluar. Se realizó participación de los actores del sistema en el proceso de identificación, priorización y evaluación de las tecnologías identificadas mediante el consenso de expertos como estándar de oro para el diagnóstico de ENHU.

En 2015 se realizaron 3 convocatorias para la nominación de tecnologías, en las que participaron 24 sociedades científicas, nominando 510 tecnologías; 16 empresas de industrias farmacéuticas nominando 50 tecnologías y, 3 personas naturales nominando 4 tecnologías, tal como ya se había mencionado.

- a) Número y nombre de ciudades donde se realizó este proceso.

Se realizó en 9 ciudades durante los meses de noviembre y diciembre de 2014: Pasto, Cali, Barranquilla, Cartagena, Montería, Valledupar, Medellín, Cúcuta y Bogotá.

- b) Número de participantes, especificando sociedad civil, comunidad médica, etc.

El MSPS indica que en el proceso de participación ciudadana, asistieron 342 participantes, 273 usuarios y 69 de la comunidad científica, quienes nominaron 565 tecnologías. Para la identificación, priorización y evaluación de tecnologías para el diagnóstico de las ENHU contaron con 16 expertos de 5 sociedades y con 5 usuarios en representación de 42 asociaciones.

- c) Aportes realizados por los distintos participantes e indicación de los que se tuvieron en cuenta para su posterior inclusión

El proceso de nominación de tecnologías tuvo como resultado 565 tecnologías en salud para su posible inclusión. Reiteran lo relacionado con lo de estándar de oro-ENHU

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

No han identificado.

6. Para efectos de realizar un proceso de verificación efectivo a nivel nacional por parte de la Defensoría y teniendo conocimiento de la Circular 060 de 2015, se solicita nuevamente¹ allegar el cronograma a desarrollar durante el año 2016 a nivel nacional, o en su defecto notificar con suficiente tiempo a los correos electrónicos nacosta@defensoria.gov.co y lygonzalez@defensoria.gov.co las reuniones que al efecto se programen. Es de anotar que esta Delegada realizará la respectiva coordinación a través de sus Defensorías Regionales.

Es de interés de esta entidad estar presente en todas las reuniones que sobre participación ciudadana se lleven a cabo a nivel nacional (reuniones con usuarios, IPS, EPS, sociedad científica, etc.) con la finalidad entre otros motivos, de presentar un informe claro y preciso sobre este proceso a la Honorable Corte Constitucional en cumplimiento a la sentencia T 760/08.

El ministerio se compromete a enviar las invitaciones para los eventos que se programen en 2016.

7. ¿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?

¹ Dicha solicitud se realizó mediante correo electrónico de fecha 20 de enero de 2016 a los correos electrónicos participacionpos@minsalud.gov.co y fnates@minsalud.gov.co, sin que a la fecha se haya recibido respuesta por esta entidad.

Indican que como no se identificaron riesgos, no hay metas ni indicadores.

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

No se identificaron problemas.

II. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

El progreso en el cumplimiento de esta orden se presentó en la inclusión de tecnologías “estándar de oro” para la patología de enfermedades huérfanas (ENHU).

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

Positivos:

- La inclusión en el POS de las tecnologías denominadas “Estándar de Oro”
- La ampliación en el tiempo de la cobertura de la fórmula láctea par hijos de madres infectadas con VIH (de 6 a 12 meses)

Negativos:

- La publicación en la página web del ministerio del proceso de participación ciudadana, no llega a toda la comunidad. A pesar de ser un sitio público, la Defensoría ha constatado que algunas asociaciones y especialmente usuarios, no acceden a dicha página por desconocimiento en el manejo de la misma.
- No hay claridad sobre lo acontecido con las 565 tecnologías seleccionadas para ser incluidas en el POS. No se conoce el resultado de su evaluación.
- El proceso de participación solo se dio en 9 ciudades capitales de las 32 existentes en Colombia. Para la Defensoría el proceso no es representativo.

IV. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

- Insuficiente convocatoria y publicidad en el proceso de participación ciudadana.

- No participación del INVIMA ni de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos en estos procesos.
- A la fecha, la Defensoría del Pueblo no ha recibido la convocatoria para la participación en el proceso de participación ciudadana, tal como se comprometió el ministerio en las sesiones técnicas realizadas en la Corte y en la respuesta 6 antes mencionada.

V. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Para la Defensoría del Pueblo no es clara la forma y el procedimiento operativo con el cual se están incluyendo las sugerencias y peticiones de las inclusiones del POS a nivel nacional y local. Considera la Defensoría que el proceso debe ser más abierto, para crear la cultura de la participación en salud, la cual a la fecha es mínima, y creando mecanismos que lleguen directamente al usuario, para que éste participe de manera activa y así mismo, observe los resultados de su intervención.



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)

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

El ministerio, mediante oficio N°. 201631000462551, de fecha 21/03/2016 da respuesta a los interrogantes planteados por la Defensoría del Pueblo. A continuación, se hace una breve descripción de la respuesta dada:

I. RESPUESTA ENVIADA POR EL MSPS

- 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 (NTR). 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.

Sobre la vía de negación de servicios NTR, no tramitado por el CTC, corresponde a un 49,06% para el régimen contributivo y un 26,98% para el régimen subsidiado. El régimen contributivo tiene el 91% del total de autorizaciones no tramitadas por CTC.

Para el cuarto trimestre de 2015 la discriminación del motivo de los servicios NTR, para el régimen contributivo, presenta que el 20,77% son no tramitados por ser de cobertura POS y “otros motivos” ocupan el 74,11%. En el régimen subsidiado los servicios no tramitados corresponden en un 2,74% a cobertura POS y un 89,80% a “otros motivos”.

En cuanto a “otros motivos”, para el régimen contributivo, la mayor cantidad corresponden a inconsistencia en ampliación de soportes, seguido de inconsistencia en la orden médica. Para el régimen subsidiado la principal razón es servicio no pertinente al diagnóstico, seguida de tecnología no POSS, según acuerdo 029.

- 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 (NEG).
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

Sobre la vía de negación de servicios NEG, no autorizado por el CTC, corresponde a un 50,94% para el régimen contributivo y un 73,02% para el régimen subsidiado. El régimen contributivo tiene el 78% del total de negaciones.

Para el cuarto trimestre de 2015 la discriminación del motivo de los servicios NEG, para el régimen contributivo, presenta que el 0,4% son NEGADOS por ser de cobertura POS y “otros motivos” ocupan el 32,35%. Destacan No autorizados por INVIMA 25,37% e información incompleta por el médico el 23,79%. En el régimen subsidiado los servicios negados corresponden en un 7,55% a cobertura POS y un 39,71% a “otros motivos”. Destaca también la información aportada por el médico es incompleta el 22,85%.

En cuanto a “otros motivos”, para el régimen contributivo, la mayor cantidad corresponden a prescripción aprobada previamente por CTC, seguido de no cumple criterios de prescripción. Para el régimen subsidiado la principal razón es prescripción aprobada previamente por CTC, seguida de tecnología no POSS hace parte de las exclusiones explícitas, según Resolución 5521 de 2013.

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?

Anota el Ministerio: “... como se anotó por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en la sesión técnica realizada en el mes de febrero sobre el registro de servicios negados es necesario revisar el alcance y la forma del registro para lograr un cumplimiento más integral de la orden.”

4. ¿Qué problemas han identificado?

Identifica el Ministerio dos grupos de problemas: El primero asociado con la misa definición de negación y su alcance, pues en el contexto del sistema de salud el concepto de negación podría tener distintos alcances, eso sí todos ellos asociados a problema en el acceso a los servicios de salud que el Ministerio considera deben ser precisados. Segundo sobre asuntos asociados al registro de las negaciones que vale la pena revisar. Además de los problemas administrativos propios al trámite administrativo de autorización, con relación a la presencia o no de la tecnología requerida dentro del POS, determina el Ministerio 3 escenarios explicativos:

- a) Demoras que desencadenan problemas oportunidad en el proceso de autorización o prestación cuando la tecnología se encuentra en el plan de beneficios.
- b) Asuntos de pertinencia, asuntos administrativos o simplemente por deficiencias en el cumplimiento de sus responsabilidades.
- c) Un tercer escenario tiene que ver con las tecnologías que no están incluidas en el plan de beneficios.

El segundo grupo de problemas se relaciona con la forma de medición de lo que se considere una negación de servicios. Aclara, sin embargo, el Ministerio que actualmente, en el marco de la Ley Estatutaria, está realizando una modificación al proceso de acceso a las tecnologías no incluidas en el plan de beneficios, situación que obligatoriamente modifica la forma de recolección de información.

5. ¿Qué actuaciones o medidas se han adelantado para responder a los problemas identificados y dar cumplimiento de la orden?

Refiere el Ministerio que las actuaciones, además de lo respondido con ocasión del Auto 411, incluyen de manera especial la nueva configuración del Plan de Beneficios producto de la Ley Estatutaria y a la implementación gradual del Modelo de Atención Integral.

Indica el Ministerio, como le fue informado a la Honorable Corte Constitucional, que está trabajando en una resolución que modifica todo el proceso de acceso a tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios y pone en marcha un sistema de prescripción en línea mediante el cual se elimina la figura de los CTC con el alcance que se conoce actualmente.

6. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?

Dirige el Ministerio su respuesta a los informes trimestrales que envía a esta entidad, donde se cuantifican las negaciones, pero no se realiza una evaluación, o en su defecto análisis de resultados como lo solicitado.

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

Contesta el Ministerio: *"... es importante reconocer, como se mencionó en los puntos anteriores, que existen problemáticas y cambios en el entorno normativo que hacen necesario replantear o al menos discutir el alcance de esta Orden y su forma de cumplimiento por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud para avanzar de manera más efectiva con el cumplimiento de esta orden."*

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

Refiere el Ministerio no hace una evaluación sobre lo que los afiliados o pacientes perciben directamente de medidas administrativas internas como el registro de servicios negados que por su diseño actual es un instrumento de reporte de las EPS al Ministerio. Es más relevante para el Ministerio conocer anualmente si los ciudadanos consideran que les han negado servicios de salud. En este sentido, se presenta los resultados de las encuestas realizadas a los usuarios. A continuación el Ministerio una gráfica que no es completamente clara, por lo que no se hace alusión a ella.

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

Refiere el punto cuatro de este informe como respuesta a la pregunta.

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 el Ministerio: *"... Con la sesión técnica realizada con la Honorable Corte Constitucional y la reunión técnica pendiente sobre el sistema de prestación en línea el Ministerio espera poder informarle a la Defensoría del Pueblo la ruta de trabajo que se defina previa decisión de la Honorable Corte Constitucional. Paralelamente el Ministerio avanzará en los ajustes al registro actual de negaciones e informará previamente a la Defensoría del Pueblo los ajustes que se propongan."*

II. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

Esencialmente, el progreso en el cumplimiento de la actual orden se ha centrado en tres aspectos: Primero, cumplimiento de lo ordenado en el Auto 411 de 2015. Segundo, en las actividades necesarias para la reglamentación de la Ley Estatutaria en salud y, tercero, en la necesidad de dar alcance legal, técnico y operativo a la definición de negación.

Con relación al primer aspecto, el Ministerio expide la Resolución 1683 de 2015 que reglamenta el procedimiento para la remisión de la información para dar solución a las dificultades de recibo y oportunidad de la entrega de la información.

Con relación al segundo tema, el Ministerio avanza en función de lo ordenado por la Ley Estatutaria, en mejoras del sistema de información para el registro de la atención contra los listados de beneficiarios.

En lo tercero, las definiciones correspondientes serán comunicadas oportunamente. Todo lo anterior establece un potencial de acciones por ejecutar bajo los nuevos lineamientos jurídicos de la Ley Estatutaria

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

Presenta la Ministerio datos que demuestran un efecto positivo de entidades reportantes en el régimen contributivo aproximadamente de 10 puntos entre el primero y cuarto trimestre de 2015. En el régimen subsidiado, contrariamente, se presenta una leve disminución, poco más de un punto, entre el primero y cuarto trimestre, lo anterior asociado a una disminución en el número de entidades habilitadas.

Con relación al número de registros, también se observa un incremento el porcentaje de registros validados sobre la información enviada.

III. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

La suficiencia y calidad de en la generación de información basada en auto reporte, bajo la premisa de que los aseguradores pueden tener conflictos de interés en la generación y reporte de la misma.

Las diferentes barreras de acceso que se presentan por no trámite o negación de servicios POS, por inobservancia de los requerimientos de completitud y pertinencia de los profesionales en la orden médica.

IV. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Los resultados planteados permiten concluir en el cumplimiento parcial de la orden con observaciones. Pues las falencias con relación al año anterior persisten a pesar de las mejoras presentadas en el envío y recepción de información.

Las observaciones anteriormente presentadas se fundamentan en los informes trimestrales, principalmente en el del cuarto trimestre del 2015, por las causales inicialmente mencionadas.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (SNS)

I. RESPUESTA ENVIADA POR LA SNS.

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:

- f) Número de negaciones **no** tramitadas ante CTC durante 2015.
- g) Motivo de las negaciones
- h) Causas por las cuales dichas negaciones no fueron objeto de decisión por el CTC.

Refiere la SNS que *“la casi totalidad de los servicios negados cuentan con una justificación legal, administrativa o técnica... téngase en cuenta que el dato total reportado en desarrollo a la pregunta que nos ocupa, no determina la existencia de prácticas violatorias del derecho a la salud...”*

A continuación, refiere la SNS a los datos informados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

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.

- i) Describir el proceso de depuración, tratamiento y análisis de datos de las negaciones, así como la calidad y confiabilidad de la información.

No informan.

- 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:

- e) Número de negaciones tramitadas ante CTC durante 2015 y que fueron negadas.
- f) Motivo de las negaciones

En este punto se define la SNS como un usuario del SISPRO, por lo cual no realiza ningún proceso de depuración o tratamiento de la información.

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.

Se refiere la SNS al dato total de 162.617 tutelas para 2015 y a los informes del Ministerio al respecto.

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

También aquí la SNS especifica su calidad de usuario del sistema de información.

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 ¿cómo?

Refiere la SNS, que, luego de visitas realizadas, se presentan 75 investigaciones administrativas contra EPS que se han adelantado, con sanciones que tienen un valor de 5.120 millones de pesos. No se especifica la fecha de inicio del proceso.

4. Enumere y relaciones las EAPB contra las cuales se han iniciado investigaciones.

No informa.

5. Resultado de cada una de las investigaciones, o estado actual de las mismas.

No informa.

6. Sanciones impuestas. Relacionarlas por cada investigación.

No informa.

7. Relacionar la EAPB sancionadas que han cumplido con la sanción impuesta.

A la fecha, refiere la SNS que por Negaciones No POS y CTC, se relacionan 40 investigaciones administrativas que se adelantan contra EAPB por estos temas, donde se han impuesto sanciones por 1.451 millones

8. Mencionar los mecanismos mediante los cuales se solucionan los problemas de calidad en el reporte de información por parte de las EPS.

En lo atinente a la descripción de los mecanismos solicitados, en general, refiere la SNS se aplicó la Resolución 744 de 2012 y se aplica actualmente la Resolución 1683 de 2015.

9. Problemas identificados para el cumplimiento de lo ordenado.

10. Enunciar las medidas adoptadas para superar los problemas identificados y mencionar las metas e indicadores para el 2016. Para ello, establecer el porcentaje de

cumplimiento de la orden a la fecha, así como los correspondientes porcentajes que se aplican a cada medida y en qué tiempo.

La SNS indica que ha venido haciendo seguimiento al envío oportuno de la información, así como a su contenido.

11. 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.

Remite la SNS a los procesos de validación del Ministerio y a lo respondido en la pregunta 8.

12. ¿Qué análisis ha realizado esta entidad, en el ámbito de su competencia, sobre los resultados de las intervenciones realizadas durante el período solicitado para disminuir y superar la situación motivo de la presente orden?

Relaciona la SNS tres tipos de acciones. La primera, en ejercicio de sus competencias, la gestión de 51.016 casos en los cuales existía riesgo para la vida o la integridad física, para 2015. Se impartieron de inmediato cumplimiento para los vigilados.

Las segunda y tercer tipo de acción se refiere a la imposición de medidas cautelares y del mecanismo de control donde se ordenan medidas de intervención administrativas.

13. ¿Cuál es el concepto de esta entidad sobre el momento en el cual las barreras de acceso como la falta de oportunidad o dilación en la prestación de los servicios pueden o deben considerarse como negación de los beneficios a que los afiliados tiene derecho? ¿Cuál es el proceder de la entidad ante los casos de dilación de las prestaciones de servicios o su comportamiento sistemático?

Contesta la SNS que a partir del comportamiento de las PQR las barreras de acceso se materializan como falta de oportunidad al momento de expedir la autorización o por demora efectiva en la prestación.

Se presenta un incremento del 2015 frente al 2014, en lo cual cuenta la situación de SaludCoop y Caprecom.

II. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

Sin ser calificado como proceso, la Defensoría del Pueblo en general puede decir que la SNS no observa violación del derecho a la salud, sino una pérdida de oportunidad surgida por el trámite de autorización o de prestación efectiva. Como actor relevante en la superación de la situación, desvincula la función de control de la suficiencia y calidad en la generación de información sobre ese particular. Se remite, por su concepto de ausencia de violación del derecho a la salud, a las medidas cautelares o de intervención, cuando otros criterios lo ameritan.

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

Negativo.

No es posible afirmar el éxito o fracaso de las medidas adoptadas por la SNS para superar la situación que refiere la Orden 19.

IV. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

Desvincular la negación del derecho o la dilación de la prestación como una violación al goce material del derecho a la salud por la instancia de control que no genera soluciones a las conductas violatorias en que de manera sistemática incurren los actores del sistema

V. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

La apreciación contundente de la SNS frente a las posibles conductas violatorias al derecho a la salud por negación o dilación de los servicios, difiere de la posición del Ministerio de lograr una definición de mayor alcance, técnico y jurídico. Cree la Defensoría que es menester dar a la SNS la oportunidad de explicar su concepción de no violación del derecho a la salud contenido en la Orden 19.

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(...).

MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

I. RESPUESTA ENVIADA POR EL MSPS.

El ministerio, mediante oficio 201642300219312, de fecha 21/03/2016 da respuesta a los interrogantes planteados por la Defensoría del Pueblo. A continuación, se hace una breve descripción de la respuesta dada:

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

Remite el Ministerio al informe de la Superintendencia Nacional de Salud. Es importante anotar que el último informe entregado se refiere al año 2014 y está en construcción el informe sobre el año 2015 que se entregará en los plazos definidos por la Honorable Corte Constitucional.

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

Remite el Ministerio al informe de la Superintendencia Nacional de Salud.

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?

Considera el Ministerio que esta pregunta va más allá de lo estipulado en la orden 20 en la medida que las políticas para promover el respeto y protección al derecho fundamental a la salud no solo cobijan a las EPS sino a todos los actores del sistema.

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

Contesta el Ministerio que con anterioridad en los oficios radicados No 201430000057741 y 201411300566701 a la Corte Constitucional se ha dejado consignada la inaplicabilidad de las 14 prácticas violatorias del derecho a la salud, como criterios de evaluación y seguimiento para el ranking de IPS contempladas como obligatorias en el Auto 044 de 2012.

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

Responde el Ministerio: *“Los criterios mediante los cuales tanto IPS como EPS incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud, según lo estipulado en el Auto 044 de 2012 de la Corte Constitucional, se centran en la no autorización de la atención requerida por los pacientes y en la no afiliación de usuarios... Sin embargo, como respuesta al Auto 412 de 2015 el Ministerio realizó un ejercicio de medición del que espera sugerencias de los organismos encargados de hacer seguimiento al cumplimiento de la Sentencia.”*

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?

Como estudio, el Ministerio refiere el segundo informe nacional de calidad en salud 2015. Puntualmente para IPS, el análisis se fundamentó en 5 partes: i) evolución del indicador agregado para toda Colombia en el período 2009 a 2014; ii) evolución de indicador por departamento en el período 2009 a 2014; iii) referenciación del indicador en 2014 a nivel

departamental; iv) tabla con estadísticas descriptivas de indicador a nivel de IPS y una estimación del universo de IPS que debieron reportar el indicador, y v) figura que indica el porcentaje de IPS activas en 2014 que tienen una tendencia positiva en el indicador

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?

En general todas las medidas del Ministerio, inclusive las asociadas con la sostenibilidad financiera del sistema, están asociadas a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de las personas

8. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?

Remite el Ministerio al informe de la Superintendencia Nacional de Salud

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

En lo que se refiere a la medición de EPS consideramos que se ha logrado contar con un instrumento adecuado para identificar las prácticas violatorias identificadas por la Corte y en ese sentido se dio respuesta al resuelve número cuatro del auto 412 de 2015.

Con respecto a las IPS la situación es diferente. Como se anotó no se ha logrado consolidar un instrumento que permita dar respuesta adecuada a lo ordenado por la Corte y persisten las observaciones del Ministerio sobre las dificultades fácticas de realizar el ejercicio.

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

Considera el Ministerio que asociar medidas de percepción de los usuarios sobre las medidas específicas que se han tomado, por ejemplo, sobre el diseño de las auditorias o las investigaciones que ha realizado la Superintendencia Nacional de salud producto de la información recolectada para cumplir con lo ordenado, no es lo realmente prioritario. Continúa el Ministerio con los resultados de la encuesta de evaluación de los servicios de las

EPS del año 2015 en la cual se evidenció que el 74% de los usuarios se encuentra satisfecho con los servicios recibidos por su EPS.

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

Remite el Ministerio al informe de la Superintendencia Nacional de Salud

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.

Remite el Ministerio al informe de la Superintendencia Nacional de Salud

II. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

El avance del cumplimiento de la Orden permanece esencialmente en las respuestas a las preguntas sobre la situación de 2014.

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

Valorable en la respuesta de la SNS

IV. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

Valorable en la respuesta de la SNS

V. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

No hay cumplimiento por parte del Ministerio a esta orden. Lo informado es valorable en la respuesta enviada por la SNS.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

I. RESPUESTA ENVIADA POR LA SNS

La SNS, mediante oficio 2-2016-038501, de fecha 05/05/2016, da respuesta a los interrogantes planteados por la Defensoría del Pueblo. Es de anotar que la respuesta dada por la SNS no se ciñe al formato de requerimiento enviado por esta entidad. A continuación, se hace una breve descripción del informe recibido:

Resumen informe EPS

Bajo la metodología de auditorías planteadas en los ejercicios anteriores a las EPS y uso de fuentes secundarias, la SNS crea un indicador de calidad que incorpora los 14 criterios de conductas violatorias al derecho a la salud. Este es el "Indicador Integral de Calidad" dice la SNS: *"Teniendo en cuenta que, aunque son muy importantes los resultados de la verificación de estas prácticas no necesariamente reflejan las características de las EPS, por tanto, se consideró técnicamente la inclusión de otros indicadores sensibles frente a la garantía del Derecho a la Salud por parte de las EPS, los cuales la Superintendencia Nacional de Salud captura en el desarrollo de sus acciones de inspección, vigilancia y control. De acuerdo con lo anterior, se construyó un indicador Integral de la Garantía del Derecho a la Salud, a partir de los siguientes indicadores:"*

1. Indicadores T-760: Incluye los resultados de la auditoría realizada en la vigencia 2015, relativa a la verificación de las "prácticas violatorias" del derecho a la salud, descritas en los capítulos 4º y 8º de la sentencia T-760 de 2008. *"El contenido de estas estructuras fue definido a través de variables que fueron seleccionadas teniendo en cuenta los procesos propios del aseguramiento y garantía de la prestación de los servicios de salud, que desde la concepción del SGSSS se encuentran como de obligatorio cumplimiento para las EPS de régimen contributivo y subsidiado"*
2. Indicador de calidad: Incluye las variables relacionadas con accesibilidad y oportunidad, Citas en general
3. Indicadores de Desempeño Peticiones, Quejas y Reclamos: Involucra el indicador de POR radicadas
4. Medidas Adoptadas por la Superintendencia Nacional de Salud: Teniendo en cuenta que para la adopción de alguna medida especial sobre una EAPB

Indicador de calidad.

Refiere la SNS: *“El indicador final permite agrupar las entidades, teniendo en cuenta diferentes criterios que dan cuenta de una visión integral del desempeño de la entidad. Éste se calcula como el promedio geométrico de los indicadores sobre auditorías T760, desempeño sobre las PQR, desempeño en calidad y desempeño financiero, ajustado por el ponderador de medidas especiales. De acuerdo al resultado, se clasifican por régimen, en tres grupos teniendo en cuenta su nivel de vulnerabilidad al incumplimiento de la garantía al derecho de salud, siendo el 1 el de menor nivel. Para los grupos establecidos se adoptan distintas acciones de supervisión de acuerdo con su desempeño integral y su nivel de vulnerabilidad al incumplimiento de criterios de calidad y garantía de derechos”.*

Acciones de control

Medidas especiales: Se han implementado un total de 13 medidas especiales para 2015:

- Intervención forzosa administrativa 6
- Programas de recuperación 3
- Vigilancia especial 4

Sanciones: La Superintendencia Nacional de Salud a través de la Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos ha impuesto sanciones por incumpliendo asociados a la Garantía en la Prestación de los Servicios en Salud, como se detallan a continuación: Se han sancionado 15 EPS del régimen contributivo y 35 del régimen subsidiado, para un total de 50 EPS

Medidas cautelares: Con fundamento en el citado artículo 125, durante el 2016 se han proferido 27 Resoluciones contentivas de Medidas Cautelares que protegen los derechos de 277 usuarios, a partir de reclamaciones que fueron tramitadas por el Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud, sin haber obtenido la oportuna solución. Estas medidas versan sobre diferentes patologías entre las que se destacan la enfermedad renal crónica con trasplante, cáncer y VIH/SIDA, contra las siguientes EPS: Cruz Blanca, Coomeva, Nueva EPS, Salud Total, Comfacundi, Capital Salud, Ecoopsos, Cafesalud, Salud Vida, Emdisalud, Sanitas, Convida y contra la Unión Temporal Medicol 2012 contratista de la Fiduprevisora en el régimen exceptuado del Magisterio. De los anteriores casos, 15 Resoluciones fueron cumplidas en su totalidad, 9 de ellas fueron cumplidas parcialmente en los términos establecidos en la orden impartida, caso en el cual se surtió el respectivo traslado a la Superintendencia Delegada

para Procesos Administrativos, y 3 de los casos se encuentran actualmente en términos de cumplimiento.

Observación de la SNS frente a la metodología: Con la metodología presentada en este documento, se propone esta medición como línea base para futuros análisis. Así mismo, se debe tener en cuenta que su construcción y dimensiones incorporadas no la hace comparable con los resultados obtenidos en años anteriores.

Resumen IPS

De la conclusión del informe, se extrae la siguiente conclusión relevante:

“3. De acuerdo a la revisión bibliográfica un ranking en salud deberá contar con i. Un sistema de información que asegure datos confiables, verificables y comparables ii. Ejes de gestión que sean competencia exclusiva del prestador iii. Cantidad limitada pero útil de información – menos, es más- y iv. Realización previa de pruebas pilotos mediante acuerdos con un grupo manejable de prestadores. Es de anotar que, en esta revisión, no se encontró rankings que publicaran listados con más de 10.000 prestadores.

4. Es importante indicar que el ranking no debe perseguir una función meramente de inspección y vigilancia ya que como se anotó anteriormente, la SNS y las respectivas entidades territoriales realizan visitas y evaluaciones periódicas del cumplimiento de condiciones de habilitación de los prestadores. La habilitación se define como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud.

Siendo, así las cosas, las instituciones prestadoras de servicios deben pasar por un riguroso proceso de cumplimiento de estándares de calidad para poder certificarse y prestar servicios de salud a la población general. Colombia, a diferencia de otros países, cuenta con criterios de obligatorio cumplimiento de calidad para la prestación.”

II. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO Y OBSERVACION.

La SNS salud ha perfeccionado la metodología empleada para ambos grupos de entidades EPS e IPS. Aunque la metodología, sobre todo para el caso de las IPS, sigue los lineamientos



de los peritos constitucionales, 2015, todavía debe superar las falencias identificadas en el Auto 219 de 2016.

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.

I. RESPUESTA ENVIADA POR EL MSPS.

El ministerio, mediante oficio 201634200462991 del 22 de marzo de 2016 da respuesta a los interrogantes planteados por la Defensoría del Pueblo. A continuación se hace una breve descripción de los mismos:

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?

El ministerio informa le ha garantizado a todos los colombianos el acceso al POS a través de la prestación directa y efectiva de los servicios a los afiliados del sistema. Ante la solicitud de indicadores manifiestan que estos no provienen de la orden original, sino de los autos de seguimiento, así como establecen que la orden se cumplió con la expedición de los acuerdos 004 y 005 de 2009 y con la correspondiente fijación de la UPC para financiar estas medidas.

Para garantizar el acceso a los servicios en salud fundamentan su respuesta en las redes integrales de salud, lo que incluye la garantía de la financiación para infraestructura y dotación de la red hospitalaria. Hacen nuevamente alusión a lo enunciado en la orden 18, numeral 2 de las respuestas.

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?

Indican que para las EPS la unificación no es causa de problemas, lo que si es para la nación, ya que le ha generado un déficit fiscal de 169 mil millones en el año 2015, suma que fue girada en su totalidad. En el régimen subsidiado, el ministerio implementó el giro directo por lo que en la actualidad se gira cerca del 65% de los recursos directamente a las IPS.

3. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?

Para solucionar el flujo de recursos el Gobierno Nacional ha implementado medidas como, el giro directo en el régimen subsidiado y para entidades en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación en el régimen contributivo, para compra de cartera, créditos blandos y, utilización de recursos de las cajas de compensación familiar, entre otros.

Para mejorar cartera, el ministerio enuncia la Circular 030 de 2013 que la que estableció el procedimiento de aclaración de cartera, depuración obligatoria de cuentas, pago de facturación por prestación de servicios y cobros. Dicha circular implantó como reporte periódico de información por parte de las EPS y de las entidades territoriales, así como la obligación de las IPS de reportar al PISIS las facturas generadas por servicios prestados a ambos regímenes de salud.

4. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?

Señalan que como quiera que la unificación se encuentra cumplida al 100% no hay lugar a realizar estas evaluaciones.

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.

Tampoco se hace necesaria esta línea de base porque la unificación se dio al 100%, al igual que la fijación de la UPC.

6. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?

El ministerio hace alusión a la encuesta de percepción de usuarios, para indicar que más de la mitad de los usuarios encuestados percibieron un cambio positivo en el acceso y en la experiencia global con su EPS.

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

No relacionan problemas al respecto.

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

Como no hay problemas no hay lugar a formular metas ni indicadores para superarlos.

II. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

La unificación del plan de beneficios establecida en esta orden, efectivamente se realizó. Sin embargo y a pesar de las medidas anunciadas por el ministerio, en la práctica sigue persistiendo las barreras de acceso a la atención en los servicios de salud, especialmente de la población afiliada al régimen subsidiado.

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

Negativo.

- Encuesta de percepción de usuarios como única fuente de información para indicar que el acceso a los servicios en salud ha mejorado.

IV. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

- La oferta de servicios en algunas zonas del país es insuficiente.
- Se continúan presentando barreras de acceso especialmente desde la expedición de la Resolución 1479 de 2015.

V. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Es necesario revisar la oferta de servicios en las regiones con el fin de garantizar, junto con el financiamiento de la UPC, el acceso real y efectivo a los servicios del POS unificado.

Preocupa a la Defensoría que la información solicitada sobre la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas adoptadas, así como del avance o progreso porcentual y cualitativo en el cumplimiento de lo ordenado, identificando línea de base no menor a 3 años, no sea resuelta por el ministerio con el argumento que al “cumplirse con la unificación” y con la fijación de la UPC, no daría lugar a una respuesta.

Respecto a las demás consideraciones sobre UPC, mediante oficio N° 729 del 8 de junio de 2016 y con ocasión al cumplimiento del Auto 220 del mismo año, la Defensoría allegó informe a la Honorable Corte Constitucional.

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.

En general el MSPS considera cumplida esta orden, por lo que las respuestas se ciñen a esta presunción. Por ello, se anexan algunas de las observaciones de la Defensoría del Pueblo, con ocasión a las sesiones técnicas del Auto 220 de 2016.

I. RESPUESTA ENVIADA POR EL MSPS.

El ministerio, mediante oficio 201634200462991, de fecha 22/03/2016, da respuesta a los interrogantes planteados por la Defensoría del Pueblo. A continuación, se hace una breve descripción de la respuesta dada:

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

Responde el Ministerio que la orden se cumple desde el Acuerdo 27 de 2011 y 32 de 2012 y remite al literal h9 relativo al cumplimiento de la Orden 18.

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)

Se remite a la contestación de la pregunta 2 de la misma orden.

3. ¿Qué problemas han detectado en la implementación de la unificación?

Responde el Ministerio en el mismo sentido de haber cumplido con el 100% de la orden

4. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?

Responde el MSPS: *“Como no persisten problemas no hay lugar a adoptar medidas para superarlos.”*

5. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?

Responde el MSPS: *“Como quiera que la unificación del Plan Obligatorio de salud se encuentra cumplida la 100% mediante regulación y su implementación, no hay lugar a efectuar evaluaciones...”*

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

Responde el MSPS: *“... al haberse cumplido la orden en un 100% no se hace necesaria la definición de la línea de seguimiento...”*

7. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?

Responde el MSPS, con base en la percepción de la calidad de la prestación de los servicios de salud, la calificación de Muy Buena y Buena por los afiliados al sistema se mantiene en el período 2011 – 2015 en niveles superiores al 83%, 85,37% para 2015.

Específicamente para los adultos mayores hay una reducción de la percepción de calidad del 11,52% y de los menores de edad del 4,17%.

Hay un incremento de la precepción de Mala y Muy mala del 13,82%, mayor incremento para los adultos mayores en un 66,87% y de 50,34% para los menores de edad.

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

Responde el MSPS que “no persisten problemas”.

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

No hay lugar a formular metas ni indicadores.

II. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

No presenta el MSPS ningún cambio o evaluación necesaria sobre esta orden por considerarla cumplida en un 100%.

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

No se presentaron por cuanto el ministerio se limitó a dar por cumplida la norma en el 100%.

IV. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

No se presentaron por cuanto el ministerio se limitó a dar por cumplida la norma en el 100%.

V. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Respecto a lo observado por la esta entidad con ocasión a esta orden, fue comunicado – como ya se mencionó – a la Honorable Corte Constitución, mediante oficio N° 729 del 8 de junio de 2016 y con ocasión al cumplimiento del Auto 220 del mismo año.



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.

Al respecto el ministerio, no da respuesta a los interrogantes planteados por la entidad², los cuales se relacionan a continuación:

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 Oficio 4050- 137 del 8 de junio de 2016.

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

I. RESPUESTA ENVIADA POR LA SNS

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

Entre el período señalado, 2015, la SNS recibió 28.006 quejas o reclamos de los usuarios contra las EPS, por tecnologías no incluidas o explícitamente excluidas en el POS, lo que representa un 8,6% del total de quejas que recibió la entidad.

2. ¿Cuáles han sido las tecnologías, POS y No POS que han sido motivo de quejas o reclamos ante esta entidad?

Relaciona la SNS 25 tipos frecuentes de queja, de los cuales, las cinco primeras causas son:

- Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos No POS
- Demora en la Autorización de medicamentos No POS
- Negaciones para la entrega de medicamentos No Pos
- Demora de la autorización de insumos No POS
- Demora en la autorización de cirugías No POS

3. ¿Cuántas de ellas se han derivado de la utilización del formato de negación de servicios?

Refiere la SNS que su base de datos no especifica tal aspecto, puede concluir cuales de ellas deben contar con formato de negación de servicios, las tres primeras, son:

- Negación para la entrega de medicamentos No POS 3474
- Negación de la autorización de medicamentos No POS 751
- Negación de insumos médicos hospitalarios No POS 459

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

No informan.

5. ¿Qué EAPB han sido sancionadas?

No informan.

6. (respondida en el siguiente apartado)

No informan.

7. ¿Qué sanciones han impuesto?

No informan.

8. ¿Cuántas de las EAPB sancionadas han cumplido con la sanción impuesta?

La SNS en su sistema de información de investigaciones administrativas solo encuentra un solo expediente, donde uno de los motivos es negación de servicios POS. Investigación concluida

6 ¿Cuáles han estado intervenidas o fueron intervenidas por esta entidad, durante el período?

Relaciona la SNS 15 entidades intervenidas durante este período, todas para intervención forzosa para liquidar, de las cuales 5 están terminadas y las otras 10 vigentes. De estas 15 intervenciones, 13, que equivalen al 67%, pertenecen al régimen subsidiado

9. ¿Para esta entidad, en el ámbito de sus competencias, primero, ¿Cuál ha sido la suficiencia y calidad de la información reportada por las entidades obligadas con motivo de la Circular 019 de 2015? ¿Cuáles son los análisis de riesgo u otros de interés de la entidad, sobre la información reportada en la Circular 019 de 2015, con relación a lo dispuesto a esta orden?

Responde la SNS que la información requerida se encuentra en etapa de análisis, dado que el plazo de reporte se cumplió para el 11 de diciembre de 2015, considerando los siguientes elementos:

- Identificación de las entidades
- Número de entidades, 3050
- Selección de la muestra
- Proceso de análisis señalado

Hace claridad la Defensoría que las entidades a que se refiere la orden son las EPS y en tal sentido se solicita información en lo relacionado con la Circular 019 de 2015.

10. ¿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

Con relación a sus competencias, responde la SNS, esta entidad ha venido realizando auditorías diseñadas para verificar el cumplimiento de los 14 criterios establecidos por la Corte, a saber:

- “Se niegan a autorizar oportunamente servicios excluidos en el POS... porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada”
- “se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor... aun cuando dichos servicios estén excluidos del POS y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación”

La SNS refiere que cuenta con información de 2013, 2014 y 2015.

No se presenta información adicional.

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

Se reitera lo expresado en la respuesta 11 de la Orden 20.

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

Refiere la SNS que los problemas que aún persisten se identifican al afectación financiera y administrativa que afectan la capacidad financiera de las EPS, en la medida en que los costos asumidos por estas entidades no son reconocidos por los pagadores de manera inmediata.

Hace referencia al Decreto 2702 de 2014 que concede un plazo de 7 años, para las entidades que no cumplan los requerimientos financieros mínimos, de cumplimiento gradual de los mismos.

El monto del defecto de solvencia se calcula en 5,3 billones de pesos. Para efectos de la gradualidad y plazo estipulado, la SNS enfatiza que debe mejorarse el modelo de atención que impliquen la optimización de los recursos de UPC, como la caracterización de la población afiliada y su perfil epidemiológico, junto con acciones de prevención y tratamiento de manera que no se llegue a un detrimento de sus condiciones.

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?

A partir del Decreto 2462 de 2013, se establecen mínimos de cumplimiento por período, así como mecanismos como el giro directo en caso de incumplimiento. Reitera la SNS la divulgación sobre la necesidad de mejorar las condiciones financieras a través de un adecuado modelo de atención en salud. Por ello, a partir de la expedición del Decreto 2462 de 2013, la SNS viene trabajando en un modelo de supervisión basado en riesgos para mitigar de los riesgos que afectan la estabilidad financiera del SGSSS, la operación de aseguramiento y los resultados de salud.

II. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

En general, puede decirse que el esquema de auditorías se mantiene, no se presenta información específica sobre el objeto de la orden en términos del mejoramiento del proceso interno de autorización y la mejora de la calidad y la oportunidad de la información y/o intervenciones oportunas que disminuyan los riesgos de las condiciones de la salud de los usuarios.

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

Negativo.

Hasta tanto no se implemente el modelo de riesgo propuesto, o la correspondiente implementación de los modelos del Ministerio sobre Ley Estatutaria, los usuarios siguen sin cambios significativos en el riesgo de negaciones de servicios No POS.

IV. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

La información suficiente, de calidad y periódica para la oportuna intervención de la SNS en protección del derecho a la salud de los usuarios del sistema en lo referente al objeto de esta orden.

El sistema de auditorías solo reporta un caso de negación No POS para proceso de investigación y sanción administrativa y su periodicidad anual no permite intervenciones oportunas

V. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Debe fomentarse el uso y seguimiento del formato de negación de servicios, así como derivar información oportuna de los procedimientos de registro y reporte de negaciones del Ministerio, en cumplimiento de la Orden 19 para el mejor ejercicio y protección del derecho a la salud de los usuarios al sistema, por parte de la SNS.

Reiterar en completar la información de la orden a la fecha, incluyendo negaciones con pagos obligatorios de las EPS cuando se llega a la tutela y la correspondiente coordinación con la información disponible de la Orden 30.

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 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.

Entidad obligada: MSPS

I. RESPUESTA ENVIADA POR EL MSPS.

El ministerio, mediante oficio 201614000476331, del 28 de marzo de 2016 da respuesta a los interrogantes planteados por la Defensoría del Pueblo. A continuación se hace una breve descripción de la respuesta dada:

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

El ministerio da respuesta a las dos preguntas en un solo documento en el que informa que, la obligación de la entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud se ha cumplido en su totalidad, argumentando que se cuenta con normas que determinan las obligaciones de entrega y actualización de dichas cartas por parte de las entidades responsables. Así mismo indican que con base a las mismas normas, el ministerio adelanta acciones de seguimiento y reportes periódicos a las instancias de Inspección Vigilancia y Control. Al respecto, enuncia las siguientes normas: Resolución 4343 de 2012, que incluye de manera clara y explícita los derechos y deberes de los usuarios y reglamenta el contenido de las cartas; Circular 014 de 2013, modificada por la Circular 068 de 2014, a través de la cual se le comunica a las EPS de ambos regímenes, las fuentes a consultar para la carta de desempeño; Circular 016 de 2013, conjunta con la SNS, en la que se le informa a las EPS el procedimiento para situar el contenido de las cartas en la web, así como el mecanismo para que la SNS realice la verificación de su entrega a los nuevos afiliados y, la Resolución 1379 de 2015 que establece el mecanismo de reporte de información para verificar la entrega de las cartas.

Informan que a 31 de diciembre de 2015 han remitido a la Superintendencia Nacional de Salud, dos informes de verificación correspondientes al segundo y tercer trimestre del año 2015 con ocasión a la entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño de las Entidades Promotoras de Salud.

Así mismo, el ministerio a través de links remitidos por las EPS al correo dispuesto en la circular 016 de 2013, realiza verificaciones a los contenidos de las cartas, de lo cual informa trimestralmente a la SNS sobre los hallazgos de la revisión, con el fin de que dicha entidad adopte las medidas a que haya lugar. A 31 de diciembre de 2015 han enviado diez reportes de verificación detallada de los contenidos de las cartas, las cuales han sido insumo para realizar de manera periódica ejercicios de inspección y vigilancia a través de actividades que conllevan a que los usuarios del sistema conozcan sus derechos y deberes en salud, para que exijan su cumplimiento efectivo.

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?

Al respecto el ministerio se basa en la encuesta de percepción de usuarios, donde realizan preguntas sobre los servicios que le prestan las EPS, entre las cuales se interroga sobre la entrega o no de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño, y a los usuarios que afirman recibirla, se les solicita evaluar la información y su utilización.

Informan que según los datos recolectados en 2015, el 21% de los usuarios afirma haber recibido la carta de derechos y deberes, de los cuales el 86% indicaron que es de alta calidad y el 67%, la han utilizado. En cuanto a la carta de desempeño, el 3% manifiesta haberla recibido, de los cuales el 80% indican que la información es de alta calidad y es utilizada por el 55% de los usuarios.

Igualmente el ministerio informa que del seguimiento a la entrega de las cartas de Derechos y de Desempeño del segundo y tercer trimestre del año 2015, se evidencian los siguientes resultados: 12.585 usuarios recibieron la Carta de Derechos y 1.308 no la recibieron; 12.544 usuarios recibieron la Carta de Desempeño y 1.349 no; 12.401 usuarios leyeron la Carta de Derechos y 1.492 no; y, 12.399 usuarios leyeron la Carta de Desempeño y 1.494 no.

Así mismo, de los 12.477 usuarios que representan el 90% de las respuestas recibidas, indicaron haber recibido asesoría por parte de las EPS frente a dudas y 1.416 informaron no haber recibido asesoría

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

El ministerio indica que la orden dirigida a ellos era para adoptar las medidas necesarias que aseguraran la entrega de las cartas a los usuarios al momento de afiliarse al sistema, lo que

indican haber cumplido. Por tal motivo y con ocasión a la pregunta informan que las actividades de divulgación son de autonomía de las EPS.

Sin embargo informan que dentro del proceso de mejoramiento que ha implementado, no solo para el cumplimiento de la orden sino para la divulgación masiva de los derechos y deberes del afiliado y del paciente, han distribuido plegables sobre la carta de Derechos y Deberes en distintos eventos, buscando así la información al mayor número de usuarios. Realizan reuniones a grupos de usuarios para explicarles el contenido de la carta de deberes y derechos del afiliado y del paciente, invitándolos a hacer respetar sus derechos y a cumplir con sus deberes.

Por último indican difunden por redes sociales y por la página web del ministerio la información relacionada con la Carta de Derechos y de Desempeño, por lo que las EPS deben informarle, cada vez que realicen una actualización o modificación a las cartas sobre su contenido o cuando realicen cambios en el enlace que permite acceder a la información.

5. ¿Qué problemas han identificado?

Los problemas identificados se relacionan con la extensión y comprensión de las cartas, debido al grado de educación de algunos afiliados, por lo que la orden estableció que la carta debía manejar términos sencillos y accesibles a los usuarios. Sin embargo indican que les preocupa lo establecido en el Auto 264 que ordena que los derechos y deberes sean copia textual. Así mismo, es difícil medir el entendimiento de las cartas por parte de los usuarios, debido a la subjetividad que se presenta.

6. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?

Debido a que los usuarios no tienen el mismo grado de educación, en la Circular 016 de 2013, se le solicitó a las EPS el diligenciamiento de un formulario tipo cuestionario, para verificar si el afiliado recibió las cartas, si las entendió y si le explicó en caso de no entender. Adicionalmente a través de las campañas de difusión masiva se ha entregado información en términos sencillos y comprensibles.

Frente a la medición y verificación de la entrega de las cartas, el ministerio señala que se diseñó un procedimiento para evaluar periódicamente dicha entrega, mediante la elaboración de los anexos técnicos requeridos para el reporte por parte de las EPS; a partir



de los cuales se realiza el respectivo análisis que permite medir y verificar su entrega y lectura.

7. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?

Como se mencionó, el ministerio hace nuevamente relación a la encuesta de percepción de usuarios que es aplicada a una muestra representativa de usuarios de las EPS a nivel nacional, en la que se pregunta a los usuarios sobre los servicios que les prestan las EPS. En la misma se les pregunta sobre la entrega de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño, quienes las califican en el evento de haberlas recibido e informan si las han utilizado o no.

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

El ministerio reitera que de conformidad a la Circular 016 de 2013, verifica de manera constante el contenido de las Cartas de Derechos y Deberes y de Desempeño mediante el correo electrónico cartadederechos@minsalud.gov.co, en el cual se recepciona los link de acceso a las cartas de cada Asegurador.

Respecto a la línea base, indican que fue fijada en Junio de 2013, encontrando que de un universo de 50 EPS (18 del régimen contributivo y 32 del régimen subsidiado), en funcionamiento y bajo vigilancia de la SNS, 21 enviaron enlace activo que accede a la información de las cartas, 7 cumplían con los requisitos de la carta de derechos y solo 8 con la carta de desempeño.

Al realizar el análisis por régimen, encontraron que en el contributivo de 18 EPS auditadas 11 EPS enviaron enlace activo que accede a la información de la carta de derechos y deberes y carta de desempeño, lo que representa un 61% del total de las EPS del régimen contributivo revisadas. De éstas 11 EPS, 7 cumplían con los requisitos de la carta de derechos y deberes y 6 cumplían con los requisitos de la carta de desempeño.

Para el régimen subsidiado de las 32 EPS auditadas, 10 enviaron enlace que accede a la información de la carta de derechos y deberes y carta de desempeño. De éstas 10 ninguna cumplía con los requisitos y solo 2 cumplían con los requisitos de la carta de desempeño.

Por último, el ministerio finaliza diciendo que a 31 de diciembre de 2015, de un universo un total de 45 EPS (13 EPS del régimen contributivo y 32 EPS del régimen subsidiado), en funcionamiento a la fecha, son objeto de vigilancia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. De éstas, 37 EPS cuentan con enlace activo que accede a la información de la carta de derechos y deberes y carta de desempeño, solo 20 cumplen con los requisitos de la carta de derechos y deberes y 17 cumplen con los requisitos de la carta de desempeño.

Al realizar el análisis por régimen, se encontró en el régimen contributivo, que de las 13 EPS auditadas, 11 reportan enlace activo que accede a la información de la carta de derechos y deberes y carta de desempeño, de las cuales 6 cumplen con los requisitos de la carta de derechos y deberes y 5 EPS cumplen con los requisitos de la carta de desempeño.

Para el régimen subsidiado de las 32 EPS auditadas 26 EPS enviaron enlace activo que accede a la información de la carta de derechos y deberes y carta de desempeño, de las cuales 14 cumplen con los requisitos de la carta de derechos y deberes y 12 EPS cumplen con los requisitos de la carta de desempeño.

Conforme se evidencia que el reporte de los enlaces que acceden directamente a la información de Carta de Derechos y Deberes y Carta de Desempeño, pasó de 42% de las EPS en junio de 2013 a 82% a Diciembre de 2015. Frente al cumplimiento de los contenidos de la carta de derechos y deberes para el periodo analizado se pasó de 14% en junio de 2013 a 44% a diciembre de 2015.

Frente al cumplimiento de los contenidos de la carta de desempeño para el periodo analizado se pasó de 16% en junio de 2013 a 38% a diciembre de 2015. Según régimen, se tiene que en el contributivo se pasó de 33% en junio de 2013 al 38% a diciembre de 2015 y en el régimen subsidiado se pasó de 6% en junio de 2013 al 38% a diciembre de 2015.

Frente a la verificación de la entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño de las Entidades Promotoras de Salud, según la Resolución 1379 de 2015 que fijó como línea de base el segundo trimestre del año 2015, se encontró que de una muestra enviada de 15.135 registros se recibió respuesta para 10146 registros dieron respuesta a las preguntas del cuestionario establecido en la circular 016, encontrando que para el tercer trimestre del año 2015 de 5492 registros se recibió respuesta a 3747 que equivalen a un 68% de respuesta efectiva.

Así mismo se informa que de un 89% al 94% el porcentaje de las personas que reportaron haber recibido la carta de derechos y la carta de desempeño y se aumentó de un 88% al 92% el porcentaje de personas que manifestaron haber leído las cartas de Derechos y desempeño, y que el 92% de las personas manifestaron haber recibido asesoría por parte de las EPS frente a las dudas sobre el contenido de la información.

9. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?

El ministerio con base en la “Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado -2015” informan que como respuesta a la pregunta sobre la utilidad de las cartas que han recibido, el 85% de los usuarios consideraron que era muy útil. Ahora, respecto a la carta de desempeño, indican que en promedio el 88% de los usuarios consideran que la información es muy útil.

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

El ministerio informa que pese al esfuerzo realizado por ellos, así como por la SNS, para su difusión, se evidencia que algunas EPS persisten en el incumplimiento en el contenido de las cartas de derechos y deberes y de desempeño y en la obligatoriedad del suministro de la información a los nuevos afiliados.

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.

El ministerio indica que con la expedición de las Resoluciones 4343 de 2012³ y 1379 de 2015⁴, esperan que el seguimiento periódico de los contenidos y de su entrega, articulado con acciones conjuntas de la SNS orientadas al cumplimiento de planes de mejoramiento y procesos sancionatorios derivados de la inobservancia de la normatividad vigente, permitan

³ Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y de la Carta de Desempeño de las EPS

⁴ Por la cual se establece el mecanismo para el reporte de información que permitirá la verificación periódica de la entrega de dichas Cartas

que las EPS cumplan con los contenidos de las cartas de derechos y deberes y de desempeño y con la obligatoriedad del suministro de la información a los nuevos afiliados.

Como metas cumplidas e indicadores en 2015 relacionan las siguientes: “(...)

- *Meta: realizar trimestralmente el seguimiento al contenido de la carta de derechos y deberes del 100% de las EPS del régimen contributivo y subsidiado.*

Indicador (porcentual): # De EPS con seguimiento al contenido de la carta de derechos y deberes, # Total de EPS en funcionamiento objeto de vigilancia por parte de la SNS.

45 = 100% = 45

- *Meta: realizar trimestralmente el seguimiento al contenido de la carta de desempeño del 100% de las EPS del régimen contributivo y subsidiado.*

Indicador (porcentual): # De EPS con seguimiento al contenido de la carta de desempeño, # Total de EPS en funcionamiento objeto de vigilancia por parte de la SNS. 45= 100% = 45

- *Meta: realizar trimestralmente el seguimiento a la entrega de la carta de derechos y deberes del 100% de las EPS del régimen contributivo y subsidiado.*

Indicador (porcentual): # De EPS con seguimiento a la entrega de la carta de derechos y deberes, # Total de EPS en funcionamiento objeto de vigilancia por parte de la SNS. 43= 100% = 43

- *Meta: realizar trimestralmente el seguimiento a la entrega de la carta de desempeño del 100% de las EPS del régimen contributivo y subsidiado.*

Indicador (porcentual): # de EPS con seguimiento a la entrega de la carta de desempeño, # Total de EPS en funcionamiento objeto de vigilancia por parte de la SNS. 43= 100% = 43 (...)”

II. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

La Defensoría del Pueblo nota un incremento favorable en la difusión y conocimiento de las cartas de derecho y el interés por su constante monitoreo y seguimiento a su cumplimiento, a través de estrategias como el diligenciamiento de un formulario tipo cuestionario, con el que se pretende conocer si efectivamente la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño es entregada al afiliado, así como si fue fácil su comprensión y si ha sido útil.

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

Positivos:

- La expedición de reglamentación referente a la obligatoriedad de las EPS de entregar las cartas de derechos y deberes del paciente, así como de la desempeño.

- La verificación de manera constante, por parte del ministerio, de la entrega material y efectiva por parte de las entidades promotoras de salud de las cartas a los nuevos afiliados.
- El fortalecimiento de las acciones de IVC por parte de la SNS, con ocasión al envío por parte del ministerio de los reportes periódicos, los cuales generan el desarrollo de actividades que pretenden el mayor conocimiento por parte de los usuarios del Sistema, de sus derechos y deberes en salud, con el fin de que hagan efectivo su cumplimiento.
- Las campañas de divulgación adelantadas por el ministerio a través de plegables, vallas publicitarias, redes sociales etc., de la carta de derechos y deberes.

IV. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

- Falta mayor divulgación y entrega de la carta de desempeño.

V. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

La orden vigésimo octava se cumple con observación. Para la Defensoría es importante que la implementación de esta orden sea efectiva, ya que si esto sucede, los usuarios de salud en Colombia pasarían a ser una fuente importante para la regulación del sistema. Es importante que el ministerio continúe en la generación de acciones de seguimiento y reportes periódicos para que se cumpla el objetivo de la orden.

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

I. RESPUESTA ENVIADA POR EL MSPS.

El ministerio, mediante oficio 201631000462551 del 21 de marzo de 2016, da respuesta a los interrogantes planteados por la Defensoría del Pueblo. A continuación se hace una breve descripción de la respuesta dada:

1. ¿Cuál ha sido el avance o progreso general en el cumplimiento de lo ordenado?
Identifique línea de base no menor a 3 años

El ministerio informa que el propósito fundamental del aseguramiento es la cobertura universal, para lo cual, el indicador de aseguramiento que utilizan es la Base de Datos Único de Afiliados (BDUA), donde se publica información mensual del número de afiliados, la entidad territorial a la que pertenecen y el régimen de afiliación.

La información de la BDUA corresponde a datos reportados por las EPS y por las entidades territoriales y sirve de insumo para los procesos de giro de UPC a las EPS de ambos regímenes, teniendo en cuenta el número de afiliados. El análisis de cobertura es el municipio o departamento.

Según el ministerio, se ha incrementado el porcentaje de población cubierta, al pasar de 93,9% en 2010 al 97,6 en 2015, siendo mayor en el régimen contributivo.

Adicionalmente, el ministerio utiliza la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) para realizar el seguimiento a variables que no están en la BDUA, por lo que según los datos contenidos en

ella, se pasó de una cobertura del 91,4%, en 2014 a 94,6% en 2015, observándose un incremento considerable en la población rural.

Al respecto, el ministerio identifica como principales retos, lograr la afiliación de la población pobre no asegurada (PPNA) que teniendo el beneficio del subsidio pleno no se afilia (se estima que hay cerca de 560.000 personas) y, de la población no identificada como pobre, que sin tener el beneficio de un subsidio, no tiene la capacidad de pago suficiente para pertenecer al régimen contributivo. En este último grupo, está la población SISBEN con puntajes superiores a los establecidos en el nivel 2 y, la población no encuestada. Según cifras de la ENCV, las causas de no afiliación se dan por falta de dinero, por no vinculación laboral, por la simple falta de interés y por los trámites administrativos que se deben realizar.

Para el sostenimiento financiero, el ministerio indica que existen dos fuentes: el financiamiento, donde se requiere de nuevas fuentes, ya que los recursos no son infinitos y, la transparencia, en el sentido del uso racional de los servicios, la auto regulación médica, los controles de recaudo y el papel de las EPS, entre otros.

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?

Con relación al Auto 099, el ministerio presenta los avances, objetivos y las actividades establecidas en el mismo. Al respecto informan que el primer objetivo del auto consistía en garantizar los recursos que hicieren sostenible la universalización del aseguramiento y la unificación de los planes de beneficios, para lo cual elaborarían planes plurianuales de universalización y unificación de los planes y harían seguimiento anual sobre los planes financieros integrales del R.S, e indicadores de universalidad y unificación. En este sentido, los avances respecto al primer punto, se enfocaron al proceso de inicio de la igualación de la prima pura por UPC, llegando en el 2014 a un porcentaje de igualación del 91.45%, y en la universalización de la afiliación, garantizando los recursos para la financiación de todo el aseguramiento.

Con ocasión a los planes de financiación territorial, se dispuso junto con los departamentos y distritos, un plan financiero integral del R.S., que incluyera todas las fuentes que financian y cofinancian su operación y las demás que definen los entes territoriales.

El Decreto 196 de 2013 estableció a las entidades territoriales, elaborar y presentar planes financieros, involucrando en su totalidad los recursos sectoriales, la progresiva ampliación del aseguramiento y el componente de subsidio a la oferta, incluyendo aportes patronales y los recursos propios o rentas cedidas. Posteriormente se expidió la Resolución 4015 de 2013 donde se estableció que cada 4 años los departamentos y distritos debían presentar al ministerio de salud el plan financiero territorial en salud (PFTS), coincidiendo con el periodo de los alcaldes y gobernadores.

Con ocasión esta resolución, 32 departamentos y 4 distritos presentaron el PFTS, de los cuales se devolvieron 29 por no cumplir con la resolución 4015 y a 7 se les devolvió por no tener aprobada la organización de la red prestadora de servicios de salud.

Con corte a 31 de diciembre de 2015, las entidades territoriales presentaron nuevamente los PFTS, de los cuales los ministerios de Hacienda y Salud, aprobaron 11 y desaprobaron 15. Se anota que el departamento de La Guajira no envió el PFTS por cuanto no tiene red de prestadores aprobada por el ministerio.

Para los años 2016 a 2019, los ministerios de Salud y Hacienda expidieron la Resolución 4834 de 2015, que modificó la 4015 de 2013 en el sentido que los PFTS deberían presentarse antes del 31 de marzo del primer al año del periodo institucional (cada 4 años). Informan que a comienzos de 2016 el ministerio realizó capacitación, divulgación y asistencia técnica a las entidades territoriales para efecto de la presentación de estas.

Respecto al segundo objetivo del Auto, el cual estaba enfocado en lograr el aseguramiento en salud de la población no afiliada que no cuenta con alguna capacidad de pago, se propusieron dos actividades: Reglamentar las disposiciones respecto del subsidio parcial a la cotización e implementar los mecanismos de afiliación de la población con alguna capacidad de pago, lo cual se encuentra en proceso.

El tercer objetivo era lograr el aseguramiento en salud de la población no afiliada sin capacidad de pago, cuya actividad estaba dirigida a implementar estrategias de afiliación obligatoria al R.S en los términos del art. 32 de la Ley 1438. Al respecto indica el ministerio que mediante Decreto 2353 de 2015, se estableció la afiliación oficiosa establecida en el parágrafo 3 del artículo 40, como una forma de promover el aseguramiento en salud a esta población. Adicionalmente realiza asistencia técnica a las entidades territoriales para la atención de dicha población, especialmente cuando estos acuden a hospitales públicos y no

cuentan con afiliación al sistema y el adelantamiento inmediato del trámite de aplicación de la encuesta del SISBEN y su afiliación posterior.

Otro objetivo era el de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población afiliada, para lo cual se generaron lineamientos y reglamentación de la atención primaria en salud, se implementaron estrategias APA y las redes integradas, se hizo seguimiento a la implementación e indicadores de resultados en salud y se determinaron las condiciones necesarias para implementar la portabilidad.

Con relación al acceso y difusión de los indicadores de resultados en salud, se cuenta con el SISPRO, en el cual el ministerio continúa trabajando en la depuración de la información con el fin de lograr mejoras en la cobertura y en la calidad de los datos consignados en la BUDA.

Ahora, con relación a la portabilidad, hoy en día es un derecho efectivo que garantiza a todos los ciudadanos sin necesidad de trámites, ni de cambiarse de EPS, acceder a los servicios de salud cuando tenga de desplazarse a un lugar diferente al de su residencia.

Respecto al objetivo de racionalizar, automatizar y facilitar los trámites de afiliación, traslado y registro de novedades del sistema, se establecieron reglas claras de afiliación y movilidad (para cambios entre regímenes), se reglamentó la afiliación (sistema de afiliación transaccional⁵) y se estructuró e implementó el sistema de registro único de afiliados de cada uno de los subsistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y subsidio familiar.

En el segundo semestre de 2015, entró en servicio el portal de afiliación, el cual permite que los afiliados que tengan inconsistencias, los verifiquen y corrijan previa validación contra el modelo de identificación. El portal es www.minseguridadsocial.gov.co.

3. ¿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?

El ministerio indica que las medidas y acciones fueron contestadas en el Auto 354 número 7.1 del mismo. Sin embargo, la Defensoría desconoce dicha respuesta, ya que el ministerio nunca allegó copia de la misma.

⁵ Decreto 2353 de 2015. Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.

4. ¿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?

Con dicha circular han garantizado la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS para los casos de urgencia, el cual se debe dar de manera oportuna de conformidad con el concepto del médico tratante, quien una vez prestado el servicio, debe presentar ante el CTC las prestaciones médicas de las tecnologías suministradas en el marco de la urgencia, con su justificación respectiva, soportada en el resumen de la historia clínica.

5. ¿Qué medidas específicas han adoptado para solucionar los problemas encontrados?

El ministerio indica como problemas identificados las brechas de cobertura relacionadas con el acceso efectivo y de calidad, en particular en las regiones apartadas de los centros urbanos y, con el desarrollo de los sistemas de información. Con relación a las brechas, esta se da principalmente en las personas en condición de víctimas, por lo que se encuentra trabajando conjuntamente con la unidad de víctimas en campañas de concientización a fin de informarlas y disuadirlas sobre los beneficios de la afiliación.

Lo relacionado a zonas dispersas, el ministerio hace alusión al modelo implementado en el departamento de Guainía, indicando que previa convocatoria, se seleccionó la EPS que operará en dicho departamento, la cual empezaba a partir del mes de mayo de 2016.

Respecto a los sistemas de información, indican que el mayor problema se presenta en menores identificados con registro civil, por el hecho de que hay entidades que no reportan oportunamente a la Registraduría. Igualmente se evidencia registros de menores y mayores sin identificación del BDU.

6. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?

El ministerio indica que como medida para garantizar la continuidad en la afiliación, se expidió el Decreto 2353 de 2015, continuando con el esfuerzo de la implementación de estrategias diferenciales como la de la afiliación de víctimas en donde la participación de las entidades territoriales y otros organismos nacionales son fundamentales.

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

El ministerio indica que al contar con una cobertura del 96% implica una cobertura prácticamente universal y la sostenibilidad de la misma. Así mismo, se han logrado incrementos importantes en la afiliación llegando en 2015 al 97,6%, que comparada con el año 2010 representa un incremento del 3,7%, pero como el objetivo es llegar a una cobertura universal, siguen adelantando estrategias para cerrar todas las brechas, teniendo en cuenta el costo del aseguramiento en el marco de la sostenibilidad.

8. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?

Para dar respuesta a esta pregunta, nuevamente el ministerio hace relación a la encuesta de percepción de usuarios, indicando que el 81% de los encuestados respondió que fue fácil o normal el acceso a los servicios de salud a través de su EPS, siendo mayor la percepción en el régimen subsidiado.

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

Informan que a pesar de los esfuerzos realizados a diciembre 31 de 2015 aún habían 1.1 millones de personas no afiliadas, para lo cual el ministerio continúa adelantando estrategias para lograr la afiliación de estas personas. Indican que la implementación de un modelo de salud diferencial para zonas rurales y apartadas es fundamental para cerrar dichas brechas.

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

Como estrategias enuncian las establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, entre las cuales mencionan, la garantía del acceso efectivo a los servicios y la mejorar de la atención, la sostenibilidad financiera del sistema de salud y la medición de indicadores.

Respecto al primer punto, este está dirigido a cerrar las brechas de cobertura, avanzar en el fortalecimiento del aseguramiento, con la competencia entre aseguradores y de las

capacidades transaccionales. Así mismo, avanzar en el modelo integral de atención en salud, apuntando al acceso efectivo, con oportunidad, calidad e integralidad en la atención; en el programa de inversión pública hospitalaria, el fortalecimiento del talento humano en salud y consolidación de la política de mejoramiento de la calidad, entre otros.

Para cerrar estas brechas, el ministerio indica como acciones a adelantar, el establecimiento de nuevas reglas de afiliación, mecanismos de afiliación inmediata a recién nacidos, mecanismos de afiliación para personas identificadas como pobres, subsidiados parciales para garantizar continuidad en la atención y generación de herramientas para facilitar el acceso al SGRL.

Con ocasión a la sostenibilidad financiera, continuarán con el plan de estabilización, se dará continuidad a la política farmacéutica, se harán ajustes de conformidad a la Ley Estatutaria en Salud (LES) y se consolidará la política de investigación, innovación y ciencia para el desarrollo de tecnologías en salud, así como la política para la definición de beneficios.

Respecto a los indicadores propuestos en el Plan de Desarrollo, indican que el porcentaje de población afiliada al sistema de salud 2015, superó la meta (97%), ya que fue del 97,6%. Ahora, con ocasión al porcentaje sobre avance en la implementación del modelo de atención para zonas dispersas 2015, este no se cumplió, ya que entraría en funcionamiento en el mes de mayo de 2015.

II. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

Reglamentación del sistema de afiliación transaccional, establecido mediante Decreto 2353 de 2015, el cual según información del ministerio, entró en servicio en el segundo semestre del mismo año.

Las medidas previstas por el ministerio con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la atención, los cuales están dirigidas a cerrar las brechas de cobertura, avanzar en el fortalecimiento del aseguramiento, en la competencia entre aseguradores, las capacidades transaccionales, el avance en el modelo integral de atención en salud, en el programa de inversión pública hospitalaria, en el fortalecimiento del talento humano en salud y en la consolidación de la política de mejoramiento de la calidad, entre otros.

La implementación del sistema de registro único de afiliados de cada uno de los subsistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y subsidio familiar

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

Positivo:

- Implementación del portal de afiliación, el cual permite que los afiliados que tengan inconsistencias, verifiquen y realicen la respectiva corrección, previa validación contra el modelo de identificación. El portal es www.minseguridadsocial.gov.co.

Negativo:

- Falta de divulgación del portal de afiliación por parte del ministerio. Además que al hacer verificación por parte de la Defensoría de la página web www.minseguridadsocial.gov.co⁶, la misma no estaba en funcionamiento, apareciendo “URL solicitado no se ha podido conseguir”

IV. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

- El ministerio no da respuesta taxativa a la información que se solicita, tal es el caso de la información requerida respecto a las medidas y las acciones adoptadas por él, en relación a la segunda orden del Auto 354 de 2014. En este sentido dicho ministerio indicó que las medidas y acciones habían sido contestadas en el Auto 354 números 7.1, la Defensoría desconoce dicha respuesta, ya que el ministerio nunca allegó copia de la misma, por lo cual no se puede establecer su cumplimiento.
- Con relación a la Circular 019 de 2012, el ministerio indica que se ha garantizado la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS para los casos de urgencia. Sin embargo, según los usuarios que acuden a la Defensoría, esto en la práctica no se da, ya que la constante de las IPS donde los usuarios requieren la urgencia, es la de no practicar ningún procedimiento, hasta que la EPS autorice su realización, buscando en los eventos en que no cuentan con contrato, la remisión del paciente.

V. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

⁶ Hoy 15 de junio de 2016

A la Defensoría del Pueblo preocupa la implementación del modelo de salud diferencial para zonas rurales y apartadas, ya que el primer piloto que es en Guainía y que empezó en mayo de 2016 ha presentado diversos problemas, según información obtenida por la Defensoría Regional Guaina, los cuales debieron haber sido previstos (durante el tiempo que demoró su inicio)⁷.

Respecto a las actividades enunciadas por el ministerio, enfocadas al cierre de las brechas de cobertura, la Defensoría del Pueblo espera que éstas se cumplan, para lo cual le solicita a dicha entidad el seguimiento de las mismas, para que así se logre el propósito para el cual fueron establecidas. Así mismo, se hace necesario que los ajustes financieros programados por el ministerio, de conformidad a lo establecido en la LES, garanticen de manera efectiva el propósito de la norma, y la garantía del acceso a los servicios en salud de los usuarios en condiciones de oportunidad y calidad.

⁷ Al respecto, la Defensoría realizará desplazamiento a dicho departamento, con el fin de realizar verificación en terreno.

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

I. RESPUESTA ENVIADA POR EL MSPS.

El MSPS, mediante oficio 201614000476231, de fecha 28/03/2016 da respuesta a los interrogantes planteados por la Defensoría del Pueblo. La respuesta del MSPS es un informe parcial, así lo titula el propio MSPS en su informe cuantitativo, de explicar las razones de no disminución, o de aumento, como sucede en el 2015, del número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia. Se deja como anexo un resumen del informe cuantitativo del Ministerio y se permite la Defensoría solicitar el informe final para su análisis comparativo con los datos y análisis del informe que anualmente realiza esta entidad.

1. Informar el número de acciones de tutela que resuelvan los problemas jurídicos de la sentencia T-760/08.

El MSPS, sobre la base de una muestra de 5419 Acciones de tutela, presenta como dato aproximado 146.680, 3 tutelas por cada 1000 habitantes, acciones para 2015, lo cual, en palabras del propio MSMS, evidencia un incremento para este período. No se tuvieron en cuenta para este análisis 375 expedientes que no tienen relación directa con el aseguramiento y/o prestación de servicios.

Dentro de las causas de solicitud, las que son mayores a mil, se tienen:

- Solicitud de atención integral
- Solicitud de servicio POS que no ha sido negado, pero si demorado.
- Solicitud de servicio ordenado por médico tratante y negado por ser No POS

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.

Refiere el MSPS que durante los últimos 5 años la tendencia se mantiene estable, para un promedio de 2,3 tutelas por 1000 habitantes. Para 2015 se presenta un incremento de con un dato aproximado en 146.680, lo que representa una participación del 23,9% El dato total se encuentra en espera de la base de datos de la Corte Constitucional.

El MSPS considera que hay una masificación de la tutela, lo que en parte denota que este fenómeno se encuentra sujeto a factores macroeconómicos y sociales, lo dice que la tutela se ha convertido en un mecanismo excesivo por parte de la población colombiana.

Frente a las causas de la solicitud, de acuerdo a los datos preliminares del estudio, se evidencian las siguientes mayores causas, mayores a 1000:

- Tratamiento integral
- Citas médicas
- Medicamento

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.

Como principal motivo de las tutelas, considera el MSPS no es la negación sino la demora. Los tres primeros servicios solicitados son tratamiento integral, citas médicas y medicamentos, donde la solicitud de atención integral es accesoria, por lo cual la problemática en las tutelas se fundamenta en las dificultades de acceso, disponibilidad de servicios POS y negación o no autorización de lo No POS. Como medidas relaciona las siguientes:

Actualización y aclaración del Plan de Beneficios

Mediante mesas de trabajo con actores del sistema de salud se encuentran los siguientes resultados:

- Análisis de 844 procedimientos de la CUPS
- Priorización de tecnologías de enfermedades huérfanas.

- Ampliación del tiempo de cobertura de la fórmula láctea para hijos de madres infectadas con VIH
- Aclaración de coberturas de medicamentos

Con estas aclaraciones el Plan de Beneficios alcanza coberturas en más de un 75% de todas las concentraciones de medicamentos.

Resalta el MSPS encuentros regionales de diálogo propositivo en varias capitales de departamento con el fin de recolectar insumos y propuestas para la construcción colectiva de procedimientos técnicos científicos.

Garantizar la continuidad de la atención

Mediante el Decreto 2353 de 2015 se unifican y actualizan las reglas de afiliación para garantizar su continuidad. Para ello se dan disposiciones para:

- Incentivar que las EPS y entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud
- Desincentivar la denegación de servicios de salud:
 - Prohibición de la selección de riesgo
 - Prohibición de negar la afiliación por modificaciones a la capacidad de afiliación
 - Prohibición a inducir a poblaciones especiales por una determinada EPS
 - Acceso a los servicios de salud desde la fecha de su afiliación
 - Afiliación al SGSSS por una única vez
 - Creación del sistema de afiliación transaccional
 - Reglas de traslado
 - Efectos de mora en las cotizaciones de trabajadores dependientes e independientes
 - Garantía de servicio a las mujeres gestantes y beneficios a menores de edad
 - Consecuencias de la superación de la afiliación.

Actualizando e incrementado la UPC

Para garantizar acceso y disponibilidad de tecnologías determino 8 acciones para el régimen contributivo y 5 para el régimen subsidiado. Entre otras, para el régimen contributivo se

relaciona ajuste de la prima, reconocimiento de prima adicional, aumentar prima PyP Disminuir el porcentaje de cotización a la cuenta de promoción, incrementar porcentaje de cotización para incapacidades y mantener transferencia al régimen subsidiado. Para el régimen subsidiado: Aplicar los incrementos del contributivo, reconocer primas adicionales y prima diferencial. Se prevén los avances hacia un plan implícito de beneficios y la definición de las exclusiones.

Mejores condiciones de salud a la población colombiana

En general, en el marco de la implementación de la Ley 1751 de 2015, se establecen las siguientes acciones:

- Política de atención integral
- Fortalecimiento de la oferta pública de servicios de salud

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

Responde le MSPS que el aumento anual es dependiente de lo ocurrido en el año anterior, 2014. Añade, lo ocurrido con SaludCoop y Caprecom como causantes del incremento entre enero y octubre de 2015. Espera el Ministerio que la liquidación de estas dos EPS disminuya el número de tutelas.

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?

- Centra el MSPS su respuesta, sobre acciones específicas de política pública en la Política de Atención Integral PAIS, conformada por:

- Marco estratégico fundamentado en APS
- Modelo Integral de Atención MIAS para implementación
 - Caracterización de la población
 - Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS
 - Gestión Integral de Riesgo en Salud GIRS
 - Delimitación territorial del MIAS
 - Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

- Redefinición del Rol de Asegurador
- Redefinición del esquema de incentivos

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

La respuesta el MSPS establece su cumplimiento en la medida del estudio de tutelas presentado, como informe preliminar y preparación del informe final.

7. ¿Qué medidas concretas han adoptado para solucionar los problemas específicos encontrados?

Remite el MSPS a las respuestas 3, 4 y 5.

8. ¿Cuál ha sido la evaluación cuantitativa y cualitativa de las medidas previamente adoptadas para justificar las actuales?

Responde el MSPS que las acciones de política planteadas en el informe están dispuestas para atacar problemas de mediano y largo plazo. Sin embargo, existen indicios de impactos positivos por ejemplo de las medidas de saneamiento de cartera, aumento de cobertura en el PAI, de cobertura de aseguramiento y disminución de barreras de acceso relacionadas con la movilidad de los usuarios

9. ¿Cómo perciben los afiliados y pacientes del sistema de salud este avance o progreso?

A partir de la encuesta de percepción de EPS de 2015, refiere el MSPS, que el 91% de los encuestados no han pensado en interponer una queja en el sistema, lo que indica que la población se encuentra conforme con su EPS.

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

Considera el MSPS que no persiste ningún problema, sino que, por el contrario, hay un mayor alcance en el análisis de las tutelas, brindando información más precisa sobre las causas de las tutelas.

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

Reitera el MSPS la imposibilidad de asignar un puntaje de impacto a las medidas. No existe manera unificada de medir impacto de las acciones.

II. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

El MSPS presenta una metodología de recolección de información bien fundamentada. La definición de criterios de clasificación y/o agrupación para los análisis relevantes en términos de acciones adelantadas o por realizar está pendiente del informe final mencionado avanzado en la metodología del estudio de tutelas solicitado por la Corte Constitucional, cuyo análisis se esperan en términos de la presentación del informe final del mismo.

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

Los resultados de la metodología son un avance positivo ante los requerimientos de la Corte, sin embargo, la Defensoría se reserva las observaciones pertinentes hasta el recibo del estudio final.

IV. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

En general el MSPS da respuesta a la orden de presentar un estudio *“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”*. Sin embargo, ante un informe parcial, en el cual no se fija fecha de entrega, se reserva la Defensoría el análisis correspondiente a la capacidad explicativa del mismo.

V. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

1. La metodología presentada está bien fundamentada en términos de la muestra y variables de análisis. Sin embargo, el MSPS establece que se trata de un informe preliminar, por tanto, espera la Defensoría poder analizarlo.



2. Presenta el informe un incremento del número de tutelas que, para 2015, argumenta el MSPS, se puede explicar como un fenómeno masivo que entre otros factores cuentan los macroeconómicos y sociales, argumentando que la tutela se ha convertido en un mecanismo excesivo por parte de la población colombiana.
3. En este aspecto, hay que observar las características de la tutela, el hecho de que se mantiene como el único mecanismo de protección expedito con que cuentan los ciudadanos para demandar el restablecimiento de su derecho y, que, a pesar de su desgaste, de inclusive llegar en gran magnitud al mecanismo del desacato, el número de tutelas no disminuye.
4. Es razonable pensar que hoy, como parte de los conceptos presupuestario: negación, tutela, recobro su número y calidad se disminuyan en presencia de medidas regulatorias que esperan que los incentivos funcionen, ante la debilidad de lo mecanismos de control, con la participación de privados.
5. Por la gravedad de los argumentos acerca del uso de la tutela por fuera de un estado de necesidad de salud por parte de los ciudadanos, en medio de la situación que hoy presenta el sistema de salud, a la expectativa de la reglamentación e implementación de la Ley Estatutaria en salud, la Defensoría espera analizar el informe completo para realizar las observaciones pertinentes.

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.

I. RESPUESTA ENVIADA POR EL CSJ.

El CSJ da respuesta a la solicitud de información enviada por la Defensoría del Pueblo, a través del oficio NOJ16-123 del 23 de febrero de 2016 y con oficio EJM16-82 del 01 de marzo de 2016. Al respecto esta entidad menciona que con el primer oficio se envió copia de los informes presentados a la Honorable Corte Constitucional en cumplimiento al Auto 271 de 2014, por lo que la Defensoría no hará análisis al respecto, por considerar que son de conocimiento de tan honorable corporación.

1. ¿Se ha avanzado en el proceso de difusión u/o publicación de la sentencia T-760/08?
Establecer la magnitud del avance

Al respecto, el CSJ informa que el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ) mantiene actualizado el microsítio del consejo, con la información que en relación a la Sentencia T-760/08 emite la Corte Constitucional. Igualmente, han editado 5 mil ejemplares de la sentencia, los cuales fueron distribuidos en su totalidad a funcionarios judiciales, realizaron transmisión en directo de la audiencia pública de seguimiento a la sentencia y se tiene previsto el diseño y elaboración de folletos informativos, los cuales están pendientes del visto bueno de la Corte.

2. En cuanto a los problemas enunciados para el cumplimiento de esta orden, relacionados en el informe mencionado, el CSJ identificó dos:

- 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.

Informan que con el fin de suplir esas deficiencias, la Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla” (EJRLB) ha implementado el programa de difusión, divulgación y extensión académica a través del campus virtual, mediante la cual los funcionarios conocerán los cursos de

del cumplimiento de la Orden 32 de la Sentencia T-760 de 2008. Favor informar las acciones esperadas y adelantadas por este grupo y sus efectos.

No envían respuesta al respecto.

5 En el requerimiento anterior se les preguntó sobre el avance o progreso en el cumplimiento de la orden. Al respecto informaron que persistía la falta de inscripciones de los servidores(as) judiciales para participar de los Cursos de Formación sobre el Derecho Fundamental a la Salud y plantearon como solución:

- 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

Con ocasión a lo anterior, favor informar sobre lo acontecido, detallar la respuesta por Consejo Seccional.

La EJRLB informa que realizaron las llamadas a los diferentes Consejos Seccionales de la Judicatura donde se realizaron cursos de formación en los contenidos de la Sentencia T-760/08, solicitando apoyo en la difusión de circulares que convocaban a las mesas de estudio del derecho fundamental a la salud, lo cual no tienen evidenciado, pero se observó el apoyo de los Consejos en la difusión de las circulares como en el desarrollo de los cursos de formación.

2. ¿Cuál ha sido el avance o progreso en el cumplimiento de esta orden?

No dieron información al respecto.

12. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

La capacitación a nivel nacional de 612 funcionarios judiciales en temas como la actualización derecho a la salud, la Acción de Tutela y la vulneración del derecho fundamental a la salud por emisión de ondas electromagnéticas de las antenas de comunicación, así como de las enfermedades catastróficas y de alto costo, y del derecho a la salud y desarrollo de las telecomunicaciones, la cuales fueron desarrolladas en su mayoría de manera presencial; así como los demás actividades adelantadas para la difusión de la

formación que se impartirán en cada vigencia, los temas, fechas y sedes donde se realizarán, permitiendo inscripciones en línea. Igualmente comentan que hacen llamadas a los funcionarios inscritos en la base de datos, para mantenerlos informados sobre los cursos de información que se realizan en cada distrito judicial.

Adicionalmente informan que están implementando estrategias de comunicación a través de las redes sociales y de la página de la escuela para comunicar a los funcionarios sobre los temas de capacitación.

- 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. Favor informar las medidas adoptadas y sus resultados para superar dichos inconvenientes.

Para superar la carencia de recursos, la EJRLB ha aceptado invitaciones de entidades como el Min TIC, así como de la Agencia Nacional del Espectro (ANE) para la realización de jornadas académicas, donde se han abordado temas como el llamado "*principio de precaución*" y los contenidos de la Sentencia T-760/08.

3. ¿Cuántos jueces fueron capacitados durante el año 2015 en los contenidos de la sentencia T-760/08? Hacer una relación por departamento, tiempo capacitación y medio.

En el marco de formación en el Derecho Fundamental a la Salud, el cual abarca a todos los empleados de la rama judicial (magistrados, jueces, y empleados en todas las especialidades) informa la EJRLB que, durante 2015 se realizaron nueve (9) actividades de capacitación en ciudades como Quibdó, Bogotá (transmitida a los consejos seccionales del país), Medellín, Cali, Cartagena, Santa Marta, Barranquilla y Bogotá (Distritos judiciales convocados), siendo capacitados 612 funcionarios judiciales.

4. En cuanto a la respuesta emitida por el CSJ de las acciones adelantadas para el cumplimiento de esta orden, refirió 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

sentencia (ejemplares de la sentencia, transmisión audiencia pública, entre otras), representan un avance significativa en el cumplimiento de la orden.

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

Positivo.

- La implementación del campus virtual, con el refuerzo adicional realizado por la EJRLB, en el sentido de realizar llamadas telefónicas a los funcionarios inscritos en sus bases de datos, con el fin de informarles sobre los procesos de formación.

Negativo.

- Preocupa la circunstancia que la base de datos con la que cuenta la EJRLB, no se encuentren incluidos todos los funcionarios judiciales del país, especialmente los que laboran en los sitios más lejanos y con poca o nula capacidad tecnológica.

14. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

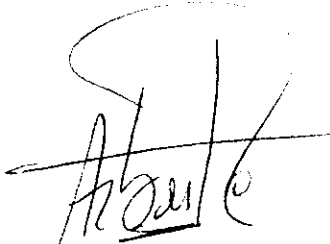
La no consecución de recursos propios para garantizar la formación, con calidad, eficacia eficiencia y de manera presencial, a todos los Distritos Judiciales del país; y que ésta solo se refuerce, a través de las invitaciones que realicen otras entidades. No se observa la búsqueda de recursos por parte del CSJ, para la garantía en la realización de estas actividades con la frecuencia requerida.

15. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Preocupa a la Defensoría del pueblo la no información respecto a las acciones adelantadas por el grupo 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 esta orden, el cual fue enunciado por el CSJ en respuesta dada en 2015, por lo que esta entidad no cuenta con información respecto a las acciones adelantadas por este grupo y sus efectos. Por tal motivo y considerando de gran

importancia el plan de acción implementado, esta entidad espera que dichos informes sean allegados lo más pronto posible.

Cordialmente,



NORBERTO ACOSTA RUBIO

Delegado para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad

Anexo lo anunciado en cinco (5) folios

Elaboró: JAMR / LMGL

ANEXO 1.

RESPUESTA DEL MIISTERIO DE SALUD SOBRE LA ORDEN 30 DE SEGUIMIENTO A LA SENTENCIA 760 DE 2008 (RESUMEN)

METODOLOGIA

La población objetivo para la muestra son las tutelas que durante el año 2015 invocaron vulneraciones al derecho a la salud. A su vez, el marco de muestreo está representado por las tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional en el año 2015. Se utilizó un método de muestreo probabilístico estratificado, en donde los estratos son los departamentos. Para encontrar el tamaño total de la muestra (n)

La precisión de las estimaciones se mide en términos del error máximo esperado E , que en este caso es inferior al 5%. Adicionalmente, se contempló un nivel de confianza (Z_{j2}) del 95%.

Por su parte, se tomó una proporción de $P=50\%$, de esta manera se genera la mayor variabilidad y por ende el mayor tamaño de muestra, con lo cual Q es igual a 50%. Al asumir este tamaño de muestra se está garantizando el cubrimiento para fenómenos de ocurrencia inferior

Marco estadístico: La base de datos suministrada por la Corte Constitucional contiene los siguientes campos, de los cuales se le agrega el Departamento para poder realizar la muestra que se recolecta semanalmente:

1. Fecha en la secretaria: Fecha en la cual llega al despacho de la Corte.
2. Demandante: Quien interpuso la acción de tutela Demandado: contra quien se interpone la acción
3. Juez de Primera Instancia. Este campo involucra los siguientes factores: departamento,
4. ciudad y juzgado, que fueron utilizados individualmente.
5. Juez de Segunda Instancia. Este campo involucra los factores: ciudad y juzgado. Primera Instancia. Hace referencia a la decisión del juez de primera Instancia.
6. Segunda Instancia. Hace referencia a la decisión del juez de segunda Instancia

VARIABLES

1. Derecho de salud invocado.
2. Características de edad y sexo
3. Régimen de afiliación
4. Naturaleza del accionante
5. Existencia de representación legal iv. Naturaleza del demandando
6. Departamento
7. Municipio de residencia de los demandantes
8. Tutelas no relacionadas con el ámbito de salud.

TUTELAS MAL CATALOGADAS

Dando a lugar a 375 acciones de tutela que no corresponden al ámbito de la salud, lo que equivale que un 7% del total de acciones de tutelas están mal catalogadas.

DERECHO INVOCADO

La violación de derechos fundamentales como el del trabajo, presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución, seguido de la reclamación a la vida digna, representaron en promedio el 1.9% del total de las acciones de tutela analizadas.

1. DERECHO INVOCADO

DERECHO INVOCADO	Nº TUTELAS	PART%
SALUD	4.986	92,0%
TRABAJO	116	2,1%
PRESENTAR PETICIONES	101	1,9%
VIDA	86	1,6%
MINIMO VITAL	59	1,1%
OTROS	58	1,1%
DEBIDO PROCESO	8	0,1%
LIBERTAD DE CONCIENCIA	3	0,1%
LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD	2	0,0%

2. GENERO

Las mujeres aportan el 51% de las tutelas, sólo un 2% más que los hombres.

3. EDAD

GRUPO ETAREO #	%	#	%	#	%
1 a 5	4,4%	123	6,2%	163	5,3%
5 a 14	6,0%	167	8,9%	233	7,4%
15 a 44	25,8%	719	22,8%	600	24,3%
45 a 64	28,0%	780	22,7%	597	25,4%
65 y más	23,7%	661	21,9%	576	22,8%
No Especifica	12,2%	340	17,4%	458	14,0%

REGIMEN DE AFILIACION

REGIMEN DE AFILIACION	%
CONTRIBUTIVO	52
SUBSIDIADO	37
ESPECIALES	5

En este sentido, se registró que el 52% pertenecen al régimen contributivo, seguido del 37% afiliado al régimen subsidiado y con el 5% se encuentran las personas que hacen parte de un régimen especial.

Esto respalda en primer lugar, los datos reportados por el MSPS sobre el alcance efectivo de la

cobertura universal y, en segundo lugar, el hecho de que aproximadamente la mitad de las personas que interponen una acción de tutela cuentan como mínimo como un ingreso base de cotización.

4. SITUACION DE VULNERABILIDAD

GRUPOS VULNERABLES	#	%
NO APLICA	2482	45,8
PERSONA DE LA TERCERA EDAD (MAYORES DE 60 AÑOS) NIÑOS, NINAS Y ADOLESCENTES (HASTA LOS 18 AÑOS) PERSONA EN SITUACION DE DISCAPACIDAD RECLUSO	1570	29,0
MUJER EMBARAZADA	871	16,1
VICTIMAS DE VIOLENCIA Y DEL CONFLICTO ARMADO (SE INCLUYEN VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DESPLAZADOS)	219	4,0
HOMOSEXUALES	118	2,2
INDIGENAS Y MINORIAS ÉTNICAS PERSONAS EN ESTADO DE INDIGENCIA	90	1,7
PERSONAS CON ENFERMEDADES HUERFANAS	55	1,0
	6	0,1

El 46% de las personas que incoan la acción de tutela no hacen parte de estos grupos, por lo que pudiera inferirse que el marco regulatorio existente asegura una atención - y no necesariamente se ciñe al campo de la salud - que es preferente y por tanto evita que estos ciudadanos tengan que recurrir acciones de tutela... las personas de la tercera edad con un 29% de participación, es el grupo en situación de vulnerabilidad que presenta mayor número de acciones de tutela frente a los demás grupos en situación de vulnerabilidad.

5. EXISTENCIA DE REPRESENTACION EN AS ACCIONES

DE TUTELAS REPRESENTACION POR GRUPOS DE EDAD

REPREAENTACION	1 a 5	5 a 14	15 a	45 a	65	No Esp	Total
A TITULO PROPIO	1		841	964	459	532	2.797
CURADOR_ TUTOR_ PADRES	246	348	266	14	9	77	960
OTRA FORMA DEAGENCIA	19	25	145	301	701	122	1.313
PERSONERIA O DEFENSORIA DEL	8	16	29	56	34	14	157
REPRESENTA DA POR ABOGADO	12	11	37	42	32	52	186
REPRESENTANTE LEGAL DE LA					2	3	6
TOTAL	286	400	1.319	1.377	1.237	800	5.419

Pues bien, teniendo lo anterior como precedente, se pudo evidenciar que el 52% de los accionantes lo realizan a título propio, y se da en una mayor proporción en los grupos de edades entre los 45 a 64 años, seguido de la representación por agencia oficiosa con un 24%. Llama la atención que el grupo etario al cual se presenta más esta figura jurídica es en los mayores de 65 años y más.

6. SEGÚN ORIGEN

DEPARTAMENTO	#	%
ANTIOQUIA	1209	22,31%
VALLE DEL CAUCA	631	11,64%
BOGOTA DC	618	11,40%
CALDAS	337	6,22%
NORTE DE SANTANDER	284	5,24%
SANTANDER	279	5,15%
RISARALDA	219	4,04%
TOLIMA	193	3,56%
CORDOBA	173	3,19%
CESAR	151	2,79%
ATLANTICO	134	2,47%
HUILA	129	2,38%
QUINDIO	127	2,34%
BOLIVAR	126	2,33%
CAUCA	122	2,25%
NARIÑO	120	2,21%
CUNDINAMARCA	104	1,92%
META	102	1,88%
BOYACA	78	1,44%
MAGDALENA	70	1,29%
SUCRE	60	1,11%
CAQUETA	36	0,66%
LA GUAJIRA	28	0,52%
ARAUCA	27	0,50%
CASANARE	20	0,37%
CHOCO	17	0,31%
SAN ANDRES PROVIDENCIA S. CATALINA	14	0,26%
PUTUMAYO	6	0,11%
GUAVIARE	2	0,04%
AMAZONAS	2	0,04%
GUAINIA		0,02%

Antioquia, con un 22%, seguido del Departamento de Valle del Cauca con un 12% y Bogotá con 11%

7. NATURALEZA DEL DEMANDADO

DEMANDADO	#	%
EPS	4.078	75%
OTRAS ENTIDADES RELACIONADAS	358	7%
EPS - ENTIDAD TERRITORIAL	253	5%
EPS - OTRAS ENTIDADES RELACIONADAS	157	3%
PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	144	3%
REGIMEN DE EXCEPCIÓN	129	2%
ENTIDAD TERRITORIAL	107	2%
EPS - PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	95	2%
EPS - REGIMEN DE EXCEPCIÓN	23	0%
PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD - REGIMEN DE EXCEPCIÓN	19	0%
EPS - PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD - ENTIDAD TERRITORIAL	10	0%
EPS - PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD - OTRAS ENTIDADES RELACIONADAS	9	0%
PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD - ENTIDAD TERRITORIAL	9	0%

Tal y como se indica en la tabla No. 8, son las EPS con el 75% las entidades que mayor número de tutelas reportaron en el presente análisis

8. ENTIDADES DEMANDADAS NO RELACIONADAS CON EL AMBITO DELA SALUD

ENTIDAD	#	%
ENTIDADES GUBERNAMENTALES Y OTROS	100	27
ORGANISMOS OTRAS ENTIDADES	70	19
ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	58	16
ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES	44	12
UNIDAD PARA LA ATENCION Y REPARACION INTEGRAL	39	10
DE VICTIMAS EMPRESAS DE SERVICIOS PUBLICOS Y	26	7
TELEFONIA CELULAR ENTIDADES DE MEDICINA	12	3
PREPAGADA	12	3
ENTIDADES DE SEGUROS PRIVADOS	10	3
INPEC	1	0

NO ESPECIFICA

Es el caso de las entidades gubernamentales y demás organismos, que ocuparon el primer lugar con 27% de participación, cuyas acciones de tutela corresponden en su mayoría a reclamaciones a la administración local para solicitar entre otras cosas, nueva valoración del SISBEN, reparación de vías, limpieza de canales sépticos, reubicación de vendedores ambulantes, solicitud de subsidios, etc

9. TIPO DE SOLICITUD

SOLICITUD	#
SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD POS QUE NO HA SIDO NEGADO PERO ESTA DEMORADA	4.380
SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD ORDENADO POR EL MÉDICO TRATANTE Y NEGADO POR NO SER POS	3.886
SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y NEGADO POR SER NOPOS	796
SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD NO POS QUE FUE APROBADO PERO ESTA DEMORADA	447
SOLICITUD DE ATENCIÓN INTEGRAL.	322
SOLICITUD DE TRASLADO DE UNA PERSONA A LA QUE SE LE NIEGA POR OTRAS RAZONES	268
SOLICITUD DE EXENCIÓN DE CUOTAS MODERADORAS O COPAGOS	253
SOLICITUD DE PRESTADOR ESPECIFICO POR PARTE DEL PACIENTE. NO EXISTE UNA ATENCION PREVIA	158
SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL NEGADA POR AGO TARDIO	144
SOLICITUD DE QUE SE MANTENGA UN MISMO PRESTADOR	110
SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD NEGADO POR PERTINENCIA MÉDICA	88
SOLICITUD DE SERVICIO QUE ES NEGADO PORQUE FUE ORDENADO POR UN MÉDICO PARTICULAR NO ADSCRITO	77
SOLICITUD DE LICENCIA DE MATERNIDAD O PATERNIDAD NEGADA PORQUE NO COTIZÓ TODO EL EMBARAZO O COTIZÓ TARDIAMENTE	75
SOLICITUD DE DOCUMENTO HISTORIA CLINICA	31
SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE SON EL COTIZANTE CAMBIO SU SITUACIÓN LABORAL A DESEMPLEO	31
SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE SON NEGADOS POR MORA EN LA COTIZACION	22
SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE SON NEGADOS POR QUE EL COTIZANTE CAMBIO SU SITUACIÓN LABORAL A DESEMPLEADO TIEMPO NECESARIO PARA PODER TRASLADARSE POR QUE DENTRO DE SU GRUPO	7
SOLICITUD DE TRASLADO QUE SE LE NIEGA A PESAR DE HABERSE CUMPLIDO EL TIEMPO NECESARIO PARA PODER TRASLADARSE POR QUE DENTRO DE SU GRUPO	2
FAMILIAR ALGUIEN PADECE UNA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA Y DEBERÍA ESPERARMÁS TIEMPO PARA TRASLADARSE	1
NO APLICA	1

Por consiguiente, una misma tutela puede dentro de un mismo tipo de solicitud incluir varios servicios de salud. Es decir, una tutela que puede clasificarse dentro de solicitud de servicio NO POS que fue aprobado pero que esta demorado y así mismo puede incluir la solicitud por varios servicios de salud como una cita con especialista o el inicio de un tratamiento.

10. TIPOS DE SOLICITUDES

SOLICITUD	%
SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD POS QUE NO HA SIDO NEGADO PERO ESTA	39,5
SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD ORDENADO POR EL MÉDICO TRATANTE Y NEGADO POR SER NO POS	35,0
SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y NEGADO POR SER NO POS	7,2
SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD NO POS QUE FUE APROBADO PERO ESTA DEMORADO	4,0
SOLICITUD DE ATENCIÓN INTEGRAL	2,9
SOLICITUD DE TRASLADO DE UNA PERSONA LA QUE SE LE NIEGA POR OTRAS RAZONES	2,4
SOLICITUD DE EXENCIÓN DE CUOTAS MODERADORAS O COPAGOS	2,3
SOLICITUD DE PRESTADOR ESPECÍFICO POR PARTE DEL PACIENTE. NO EXISTE UNA ATENCIÓN PREVIA	1,
4 SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL NEGADA POR PAGO TARDÍO.	1,
3 SOLICITUD DE QUE SE MANTENGA UN MISMO PRESTADOR	1
SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD NEGADO POR PERTINENCIA MÉDICA	0,8
SOLICITUD DE SERVICIO QUE ES NEGADO PORQUE FUE ORDENADO POR UN MÉDICO PARTICULAR NO	0,7
SOLICITUD DE LICENCIA DE MATERNIDAD O PATERNIDAD NEGADA PORQUE NO COTIZÓ TODO EL EMBARAZO O COTIZÓ TARDIAMENTE	0,7
SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE SON EL COTIZANTE CAMBO SU SITUACIÓN LABORAL	0,3
SOLICITUD DE DOCUMENTO HISTORIA CLÍNICA	0,3
SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE SON NEGADOS POR MORA EN LA COTIZACIÓN	0,2

Solo el total..no está por regímenes aquí

Como se evidencia la causa que origina mayor número de tutela es la demora o retraso en la prestación de un servicio POS con el 39,5% seguido de la solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser un servicio NO POS con un 35%. Particularmente la solicitud de atención integral se encuentra representada en un 3% del total de las solicitudes... se constata un incremento por parte del régimen contributivo frente al régimen subsidiado frente a las solicitudes antes mencionadas, no obstante, se conservan una proporcionalidad en estas peticiones en ambos regímenes... En el régimen subsidiado al parecer presentan mayores inconvenientes de índole administrativo que el régimen contributivo, específicamente frente a la solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos y negación de traslados entre EPS, para un total de casos reportados por el régimen subsidiado de 290 frente a 208 casos del régimen

contributivo.

Para otro escenario, las personas afiliadas al régimen contributivo- 103 casos en contra de 52 solicitudes del régimen subsidiado- interponen mayores acciones de tutela para la atención por parte de un prestador específico que no hace parte de la red de prestadores

11. SOLICITUDES POR TIPO DE SERVICIO

SERVICIO	%
TRATAMIENTO INTEGRAL	23,7%
CITAS MEDICAS	12,6%
MEDICAMENTO	10,5%
VIATICOS	8,3%
PROCEDIMIENTO	5,9%
CIRUGIA PLASTICA REPARADORA O FUNCIONAL	5,4%
INSUMO PARA EL ASEO PERSONAL	5,0%
CONTINGENCIAS ECONOMICAS	4,3%
EXAMENES DE LABORATORIO Y COMPLEMENTARIOS	3,0%
IMAGEN DIAGNOSTICA	2,7%
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	2,3%
SUPLEMENTO DIETARIO	2,1%
PROTESIS U ORTESIS	2,1%
AFILIAC 10 NES	2,1%
RECURSO HUMANO AT	1,9%
DISPOSITIVO MEDICO	1,4%
ATE NCION DOMICILIARIAAT	1,3%
COSMETICOS	1,1%
SERVICIO DE AMBULANCIA	0,9%
CIRUGIA PLASTICA ESTETICA, COSMETICA O DE EMBELLECIMIENTO	0,9%
ENSERES	0,9%
MATERIAL DE CURACION	0,7%
ANALISIS CONDUCTUAL APLICADO ABA	0,3%
TERAPIAS APLICADAS CON MUSICA O ANIMALES	0,3%
DOCUMENTOS	0,2%
NO APLICA	0,0%

De esta manera se obtiene que el tratamiento integral (23,7%), seguido de citas médicas (12,6%) y la solicitud de viáticos (10,5%) sean los servicios que con mayor demanda reclaman. Es importante anotar, que a pesar que en el aparte anterior se relacionaron 322 casos cuya motivación principal de la acción de tutela es la solicitud integral, existen por su parte, varias tutelas que, si bien su causa es distinta como la demora en la prestación de un servicio POS, en sus pretensiones pueden solicitar, a manera de ejemplo: medicamentos, citas y tratamiento integral.

Por otro lado, si se profundiza la demanda por citas médicas podemos encontrar que la citas por las especialidades de ortopedia (8,4%), seguido de la especialidad de medicina interna (7,4%) y la especialidad de oftalmología- retinología (7,1%) son las especialidades médicas con mayor demanda por vía tutela.

12. SOLICITUDES POR ESPECIALIDADES%

ESPECIALIDAD	#	%
ORTOPEDIA	118	8,4
MEDICINA INTERNA	104	7,4
OFTALMOLOGIA RETINOLOGIA	99	7,1
NEUROLOGIA	91	6,5
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	62	4,4
MEDICINA GENERAL	58	4,1
UROLOGIA	58	4,1
CIRUGIA GENERAL	49	3,5
CARDIOLOGIA	42	3,0
OTORRINOLARINGOLOGIA	42	3,0
PSIQUIATRIA	42	3,0
MEDICINA DEL TRABAJO DEL DEPORTE	41	2,9
ONCOLOGIA	41	2,9
ANESTESIOLOGIA	38	2,7
ENDOCRINOLOGIA	36	2,6
ODONTOLOGIA	36	2,6
FISIATRIA	35	2,5
GASTROENTEROLOGIA	34	2,4
NEUROCIRUGIA	31	2,2
DERMATOLOGIA	30	2,1
NUTRICIONISTA	28	2,0
REUMATOLOGIA	24	1,7
TRAUMATOLOGIA	23	1,6
NEFROLOGIA	22	1,6
NEUMOLOGIA	22	1,6
CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y	21	1,5
PEDIATRIA	21	1,5
HEMATOLOGIA	20	1,4
NEUROPEDIATRIA	15	1,1
		%

CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	14	1,0%
PSICOLOGIA	13	0,9%
ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	11	0,8
NUTRICION	10	0,7%
INFECTOLOGIA	9	0,6%
CIRUGIA CAROIOVASCULAR	8	0,6%
NEUROPSICOLOGIA	6	0,4%
ALERGOLOGIA	5	0,4%
CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	5	0,4%
GENETISTA	4	0,3
CABEZA Y CUELLO	3	0,2%
CIRUGIA PEDIATRICA	3	0,2%
INMUNOLOGIA	3	0,2%
RADIOLOGIA	3	0,2%
REHABILITACION	3	0,2%
TERAPIAS FISICAS DE LENGUAJE Y DEMAS	3	0,2
CIRUJANO CARDIOVASCULAR	2	0,1 %

En el régimen subsidiado solicitan mayor cantidad de citas por las especialidades médicas como ginecobstetricia y medicina general, 108 casos, frente 74 casos del régimen contributivo. Llama la atención que se demande por este tipo de especialidades dado que son servicios de puerta de entrada al sistema.

En contraste en el régimen contributivo- 50 expedientes- se presentan más casos que solicitan la atención por la especialidad de neurología frente al régimen subsidiado -33 expedientes- .

13. CARACTERIZACION DE LAS DECISIONES JUDICIALES

Para las acciones de tutela relacionadas con salud, 5047, se identificó que son las Empresas Promotoras de Servicios de Salud, la entidad ante la cual se interpone mayor número de acciones de tutela correspondiéndole un 81% de participación del total de entidades demandadas.

