



CORTE CONSTITUCIONAL

13 JUL 24 10 41



CORRESPONDENCIA RECIBIDO

160 - 297

DEFENSORIA DEL PUEBLO
RAD.Nro: 40998 2013/07/23
Origen : PARA LA SALUD Y LA SEG
Folios : 38

Bogotá, 16 de julio de 2013

Doctora:
MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General
CORTE CONSTITUCIONAL
Calle 12 No. 7-65

Respetada doctora Martha:

En cumplimiento a lo ordenado por la Sentencia T- 760 de 2008, de manera atenta remito el quinto informe de seguimiento, teniendo en cuenta los informes presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Superior de la Judicatura, con corte a 31 de diciembre de 2012.

Es de resaltar que la Superintendencia Nacional de Salud a pesar de los reiterados requerimientos, no envió la información solicitada, motivo por el cual no se rinde informe de cumplimiento a las órdenes establecidas a dicha entidad.

Cordialmente,

NORBERTO ACOSTA RUBIO
Delegado para la Salud y Seguridad Social

Anexo lo anunciado en treinta y siete (37) folios.

Elaboró: LMGL

- G.C. Dr. Alejandro Gaviria Uribe. Ministro de la Protección Social.
- Dr. Gustavo Enrique Morales Cobo. Superintendente Nacional de Salud.
- Dr. Edgar Carlos Sanabria Melo. Presidente Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura.

QUINTO INFORME DE CUMPLIMIENTO
SENTENCIA T - 760/08
DIRIGIDO A LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL

La Defensoría del Pueblo se permite enviar el quinto informe del análisis realizado a los reportes presentados por el Ministerio de salud y Protección Social y el Consejo Superior de la Judicatura en cumplimiento a las ordenes emitidas por la Honorable Corte Constitucional a dichas entidades en la sentencia T- 760 de 2008 y que la entidad viene haciendo seguimiento.

Sin embargo es preocupante el hecho que las entidades obligadas a cumplir con las órdenes establecidas en la sentencia, no estén enviando los informes de cumplimiento - en la periodicidad establecida (ordenada en cada una de las órdenes)- sin que medie una solicitud de esta entidad. Igualmente, preocupa que entidades como la Superintendencia Nacional de Salud, haga caso omiso a las solicitudes de información realizados por la Defensoría.

I. 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 1º 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.

Previo requerimiento realizado por esta entidad, respecto al proceso de participación ciudadana, el Ministerio de Salud y Protección Social

presenta informe de actividades realizadas durante el año 2012, por la Comisión de Regulación en Salud, en liquidación, informando:

1. Las respuestas que se han adoptado por la entidad o el sistema:

Sea lo primero recordar que una de las exigencias para cumplir con la actualización integral del POS, consiste en garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud, de conformidad con las normas que rigen el sistema.

En su informe, el ministerio indica que el objetivo del proyecto de participación ciudadana adelantado por la CRES, buscó brindar espacios a usuarios organizados, representados por asociaciones de pacientes, asociaciones de usuarios, veedurías ciudadanas y copacos; a la comunidad médica, que a su vez formara parte de las asociaciones científicas u otras de naturaleza similar y la comunidad en general. La metodología contemplaba información y capacitación, acompañamiento en el proceso y consulta ciudadana, para que en el ejercicio de intervención, se consolidaran las decisiones de la CRES y se creara confianza en los ciudadanos, bajo una comprensión del Sistema de Salud, sus beneficios y garantías, las relaciones entre los participantes, la racionalidad y la limitación de los recursos financieros.

La participación ciudadana en la CRES, se diseñó como un proceso democrático y representativo de organizaciones de la sociedad civil que llevaba implícito los componentes básicos de información (derecho de los usuarios a participar en las decisiones públicas de su interés); capacitación (información general de la CRES, tipos de planes del SGSSS, UPC, etc.); acompañamiento en el proceso (desarrollo de los talleres para establecer los criterios de inclusiones); consulta ciudadana (mecanismo para que la ciudadanía realice observaciones, propuestas y recomendaciones en relación con los proyectos que se someten a consulta); y, divulgación.

La población objetivo que se convocó, además de los señalados anteriormente, incluyó a los funcionarios y contratistas de la CRES como

030



usuarios internos y, a grupos específicos de interés como funcionarios delegados de las EPS, funcionarios delegados de las IPS, funcionarios de la Rama Judicial - Jueces y Magistrados, periodistas y demás organismos del sector salud e interesados en el SGSSS como usuarios externos.

En dicho informe el Ministerio hace un recuento de lo realizado por la CRES hasta el año 2011, sin que se evidencie actuaciones adelantadas durante el periodo 2012. Sin embargo, informan que, el proyecto de Participación Ciudadana que es transversal a las decisiones regulatorias de la CRES, continuaría capacitando los diversos grupos sociales del sector salud de manera permanente, pues seguido a la actualización del POS, se continuaría con la divulgación y la pedagogía para conocimiento del POS y con la dinámica para la actuación permanente de este paquete de beneficios, como lo establece la Ley y la jurisprudencia emanada de la Honorable Corte Constitucional

2. La valoración del progreso:

Actualización del POS 2012. SE basó en la realización de evaluaciones de 1 tecnologías en salud y de tecnologías derivadas de la actualización integral del POS 2011. Inclusión, mediante Acuerdo 34 de 2012, del Misoprostol. Igualmente se realizaron ajustes metodológicos y actualización por solicitud de terceros.

3. Los resultados (positivos y negativos) de la implementación de la respuesta.

Positivos:

- Actualización del POS, según metodología propuesta, con participación ciudadana.
- Se realizaron todos los estudios pertinentes sobre el medicamento Misoprostol y su efecto en la UPC.
- Se realizaron dos consensos de expertos para identificar los criterios de priorización del POS.
- Actualización del POS a partir de solicitud de terceros.



* Negativos:

- Para el 2012, el aplazamiento de algunas de las propuestas presentadas.
- Solicitud del Señor Procurador de abstenerse de introducir servicios quirúrgicos o médicos para la interrupción voluntaria del embarazo.
- Nuevas dinámicas por la supresión de la CRES y la creación del IETS, Instituto de evaluación de las tecnologías en salud, así mismo la definición de rutas metodológicas para la actualización por solicitud de terceros.

4. Principales dificultades que persisten y sus causas

Se reitera lo mencionado. La creación de rutas metodológicas expeditas que permitan incorporar de manera costo-efectiva y oportuna la petición de terceros sobre nuevas tecnologías

5. Observaciones de la Defensoría del Pueblo

Frente al acceso de los niños al sistema de salud, como población sujeta de protección especial, de manera integral, con las demás Ordenes de la Corte Constitucional, la Defensoría considera que el seguimiento del goce efectivo de sus derechos, debe realizarse a través los mecanismos interinstitucionales de que disponga el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los niños deben considerarse como población crítica ante los hechos recientes de intervención de EPS del régimen Subsidiado. Asegurar que su tránsito no afecte la continuidad y calidad de los tratamientos. Por ello, se recomienda un plan especial Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud en cooperación con las entidades territoriales.

Por lo anterior, la Defensoría recomienda que teniendo en cuenta que el proceso y la metodología han seguido los lineamientos del derecho a la



participación ciudadana y cumplen con los requerimientos de la Honorable Corte Constitucional, se hace necesario e indispensable que el proceso continúe por parte del Ministerio, entidad que asumió las funciones de la CRES.

II. 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.

Ministerio de Salud y Protección Social

Respecto a esta orden, la Defensoría del Pueblo, le solicitó al Ministerio de Salud informar sobre el avance o progreso en el cumplimiento de lo ordenado, los problemas que han identificado, las actuaciones que han adelantado para el cumplimiento de la misma, si los problemas persisten y las medidas adoptadas para superarlos.

Transcurrido un tiempo sin obtener respuesta, la Defensoría procedió a requerirlos nuevamente, enviando el Ministerio la siguiente información.

- 1. Las respuestas que se han adoptado por la entidad o el sistema:

El Ministerio de Salud y Protección Social, informó que con el fin de garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país, enviaran a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, expidió la Resolución 744 de 2012, por la cual se adoptó el "Registro único de negación de servicios

médicos de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar - EOC y realizó capacitación a las entidades, en el diligenciamiento del reporte e información de negación de servicios

2. La valoración del progreso:

Se expide una Resolución y dos Circulares para capacitación:

- Resolución 744 de 2012: "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar - EOC y se dictan otras disposiciones"
- Circular 1336 de 2012 para capacitación
- Circular 1337 de 2012 para capacitación

3. Los resultados (positivos y negativos) de la implementación de la respuesta.

Positivo:

Se diseña malla validadora y solo se acepta la información filtrada por ella

Negativo:

Falla en los archivos remitidos por los aseguradores

4. Principales dificultades que persisten y sus causas

La calidad, suficiencia y veracidad de la información remitida por los aseguradores.

5. Observaciones de la Defensoría del Pueblo

Por otra parte, es de resaltar, que el informe presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en respuesta a lo solicitado por esta entidad, solo se limita a presentar un análisis descriptivo univariado de la

52



información en términos porcentuales, lo cual no es suficiente para tener la perspectiva necesaria para la formulación de política pública y/o los mecanismos de control que contribuyan a garantizar o restablecer el goce efectivo del derecho a la salud.

Por lo anterior, la Defensoría del Pueblo recomienda establecer mecanismos regulatorios y de control para mejorar el reporte veraz de información y realizar procesamiento manual de las bases para controlar la calidad de la información validada, ya que de no seguirse con estas recomendaciones no es clara la utilidad esperada de esta información para proteger el derecho a la salud.

Superintendencia Nacional de Salud:

Igualmente, se ofició a la Superintendencia Nacional de Salud, solicitando informar el número de EPS sancionadas por incumplir con esta orden y si han cumplido con la sanción impuesta; a cuantas de ellas le han revocado la resolución, indicando el motivo; si las investigaciones, trámites adelantados y sanciones impuestas contra las EPS que han omitido la presentación de informes o lo han hecho de forma indebida, han sido realmente efectivas y eficaces para lograr el cumplimiento de esta orden, los problemas que han identificado, los problemas que persisten y las medidas para superarlos.

Transcurrido más de un mes sin obtener respuesta, la entidad procedió a requerirlo nuevamente, sin que a la fecha, se haya recibido respuesta por parte de dicha entidad.

NEGACIONES DE SERVICIOS POR PARTE DE LAS EPS

Análisis a esta orden, elaborado por la Defensoría del Pueblo:

1. Antecedentes.

En cumplimiento de la precitada orden, el entonces Ministerio de la Protección Social, expidió la Resolución N° 3173 de 2009 "por la cual se



adopta el Registro de Negación de Servicios y Medicamentos por parte de las EPS y EOC del Régimen contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, modificada por la Resolución N° 3821 de 2009, las cuales fueron derogadas posteriormente mediante Resolución N° 163 de 2011.

En los informes presentados por la Defensoría del Pueblo ante la Honorable Corte Constitucional se manifestó la falta de compromiso por parte de las EPS para enviar dicha información y la mala calidad de la misma de las EPS que la enviaron, razón por la cual, no se pudo elaborar informes que cumplieran con el objetivo de la orden mencionada. Por lo anterior, la Sala Especial de Seguimiento en el numeral primero de la parte resolutive del Auto número 043 de 2012 ordenó:

“(…) REQUERIR al Ministerio de Salud y Protección Social para que, en el término de treinta (30) días calendario, contados a partir de la notificación de esta providencia, profiera una nueva regulación en relación con los registros de servicios negados observando los lineamientos expuestos en los numerales 4 y 5 de la parte motiva de la presente providencia. En el mismo término, el Ministerio enviará un informe a la Corte Constitucional en el que justifique cómo cada una de las medidas adoptadas cumple con los criterios establecidos en la orden décimo novena”.

Conforme con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 744 de 2012, que derogó la Resolución N° 163 de 2011, en la cual diseño y adoptó un nuevo registro para que las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar - EOC, enviaran la información a la Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud - CRES, Defensoría del Pueblo y a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de ese Ministerio o la dependencia que hiciera sus veces.

Igualmente la Resolución N° 744 de 2012 estableció que en el evento en que las EPS y EOC no cumplan con los criterios para el diligenciamiento y entrega del Registro de Negación de Servicios Médicos, la información reportada será objeto de devolución para su corrección por una única vez, por lo que la Dirección de Administración de Fondos de la Protección

513



Social del Ministerio de Salud y Protección Social, deberá revisar e informar a las EPS y EOC, de forma clara y concisa los errores que se presenten en un término no mayor a diez(10) días hábiles, contados a partir del recibo de la información.

La información debidamente corregida por las EPS y EOC deberá ser presentada nuevamente a los destinatarios de la información en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, siguientes al recibo de la solicitud de corrección.

No obstante lo anterior, la Defensoría del Pueblo en la revisión efectuada a la información reportada en el periodo mayo - diciembre de 2012, encontró problemas de calidad de la misma, especialmente en la clasificación del tipo de servicio negado (medicamentos clasificados como procedimientos, procedimientos ubicados en actividades, etc.), mala codificación CUMS y CUPS (mismo servicio con varios códigos, en ocasiones diferentes a CUMS y CUPS) y problemas de codificación en las dos terceras partes de los registros, los cuales fueron detectados en el cruce efectuado entre la base de Negaciones y las tablas CUMS y CUPS, lo que denotaba la no revisión por parte del Ministerio de dicha información, tal como lo establece la Resolución N° 744 de 2012.

Es por ello que, con el fin de rendir información más cercana a la realidad a la Corte Constitucional, la Defensoría del Pueblo realizó depuraciones a las bases de datos enviadas a la entidad, resumiendo - hasta el momento -, la información del periodo mayo- diciembre de 2012 en las tablas que más adelante se presentarán.

2. Información Reportada

En el periodo mayo-diciembre de 2012, cincuenta y nueve (59) EPS reportaron información de las negaciones de servicios. Las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar - EOC-, reportaron un total de 185.477 negaciones, de las cuales el 50,7% correspondieron al régimen contributivo y el 49,3% al Subsidiado. El mayor número de negaciones fueron por



medicamentos (52,4%), seguidas de procedimientos (37,2%) e insumos y dispositivos (9,6%) (Tabla N° 1).

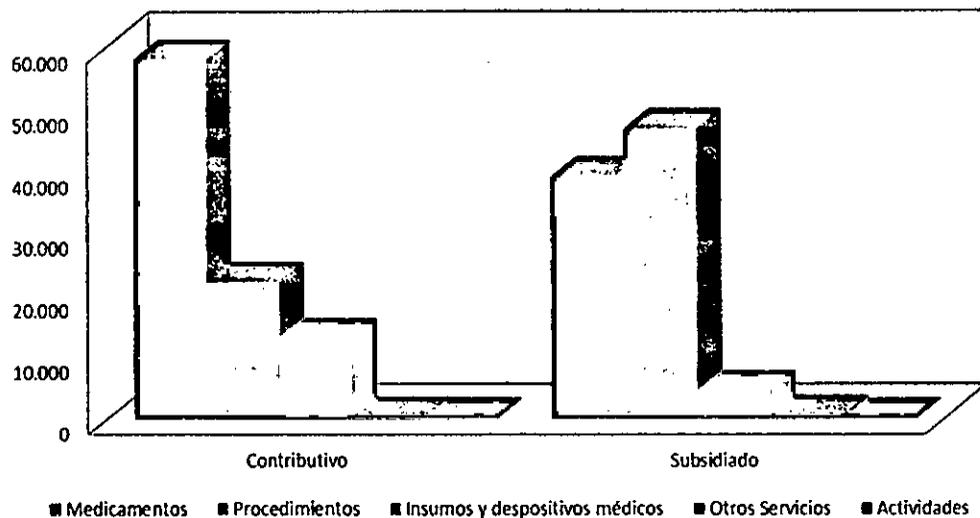
La negación de medicamentos es mayor en el régimen contributivo (59,7%), mientras que en el régimen subsidiado se presenta una mayor negación de procedimientos (67,9%) (Gráfica N° 1).

TABLA N° 1

NEGACIONES DE SERVICIOS EPS Periodo Mayo - Diciembre de 2012						
	RÉGIMEN				TOTAL	
	Contributivo		Subsidiado		N° Negaciones	Part %
	N° Negaciones	Part %	N° Negaciones	Part %		
Medicamentos	58.042	61,68	39.153	42,85	97.195	52,40
Procedimientos	22.169	23,56	46.809	51,23	68.978	37,19
Insumos y despositivos médicos	13.140	13,96	4.581	5,01	17.721	9,55
Otros Servicios	435	0,46	650	0,71	1.085	0,58
Actividades	319	0,34	179	0,20	498	0,27
TOTAL SOLICITUDES	94.105	100,00	91.372	100,00	185.477	100,00

Fuente: Reporte de Negaciones EPS
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica N° 1. Negación de servicios según solicitudes.



Teniendo en cuenta la modalidad de atención, el 85,28% correspondió a negaciones de tipo ambulatorio y el 14,04% a negaciones hospitalarias (Tabla N° 2).

TABLA N° 2

NEGACIONES DE SERVICIOS EPS SEGÚN MODALIDAD DE ATENCIÓN Periodo Mayo - Diciembre de 2012						
	RÉGIMEN				TOTAL	
	Contributivo		Subsidiado		N° Negaciones	Part %
	N° Negaciones	Part %	N° Negaciones	Part %		
Ambulatorio	80.289	85,32	77.879	85,23	158.168	85,28
Hospitalario	13.080	13,90	12.963	14,19	26.043	14,04
Urgencias	70	0,07	458	0,50	528	0,28
Domiciliario	57	0,06	72	0,08	129	0,07
No Informa	609	0,65	0	0,00	609	0,33
TOTAL SOLICITUDES	94.105	100,00	91.372	100,00	185.477	100,00

Fuente: Reporte de Negaciones EPS

Cálculos: Defensoría del Pueblo

2.1. Negaciones de servicios en el régimen contributivo según EPS.

En el régimen contributivo, veinte (20) EPS reportaron información durante el periodo mencionado, Coomeva con el 31,5% es la EPS con mayor el número de negaciones, seguida de Salud Total (11,9%), Aliansalud (11,28%) y Nueva EPS (10,37%) (Tabla N° 3).



TABLA N° 3.

NÚMERO DE NEGACIONES EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		
Periodo Mayo - Diciembre de 2012		
	N° de Negaciones	Part. %
Comeva	29.666	31,52
Salud Total	11.205	11,91
Aliansalud	10.611	11,28
Nueva EPS	9.760	10,37
Famisanar	5.739	6,10
Sura EPS	4.391	4,67
Comfenalco Antioquia	3.732	3,97
Saludcoop	3.455	3,67
Compensar	3.343	3,55
Sánitas	3.236	3,44
Servicio Occidental de Salud S.O.S	2.541	2,70
Comfenalco Valle	1.985	2,11
Humana Vivir	1.888	2,01
Cafesalud	895	0,95
Golden Group EPS	645	0,69
Cruz Blanca	439	0,47
Solsalud	280	0,30
Salud Colpatría	201	0,21
Saludvida	60	0,06
Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia	33	0,04
Total	94.105	100,00

Fuente: Reporte de Negaciones EPS
 Cálculos: Defensoría del Pueblo

2.2. Negaciones de servicios en el régimen subsidiado según EPS

En el régimen subsidiado, treinta y nueve (39) EPSS reportaron información, Caprecom con el 29,5% es la EPSS con el mayor número de negaciones, seguida de Mutual SER (17,8%), Humana Vivir (10,21%) y Capital Salud (7,73%) (Tabla N° 4).

TABLA N° 4

NÚMERO DE NEGACIONES EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO		
Periodo Mayo - Diciembre de 2012		
	N° de Negaciones	Part. %
Caprecom	26.996	29,55
Asociación Mutual ser	16.258	17,79
Humana Vivir	12.988	14,21
Capital Salud	7.061	7,73
Coosalud	4.178	4,57
Comfamiliar de la Guajira	2.059	2,25
Comfama	1.860	2,04
Cafam	1.849	2,02
Comfamiliar Huila	1.738	1,90
Emdis Salud	1.677	1,84
Colsubsidio/Comfenalco	1.673	1,83
Comparta	1.616	1,77
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó	1.594	1,74
Comfacor	1.538	1,68
Unicajas/Comfacundi	1.091	1,19
Anas Wayuu EPS indigena	871	0,95
Empresa Cooperativa Solidaria de Salud "Ecoopsos"	854	0,93
Cóndor	851	0,93
Manexka	684	0,75
Asociación Indigena del Cauca	572	0,63
Solsalud Subsidiado	444	0,49
Emssanar	427	0,47
Humana Vivir Subsidiado	376	0,41
Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud"	369	0,40
Saludvida	345	0,38
Pijaos salud EPSI	308	0,34
Cafesalud Subsidiado	232	0,25
Comfasucre	173	0,19
Cajacopi	158	0,17
ComfaOriente	136	0,15
Convida	131	0,14
Comfaboy	71	0,08
Comfachocó	71	0,08
Mallamas EPSI	69	0,08
Comfamiliar Cartagena	29	0,03
Comfenalco Tolima	19	0,02
Comfamiliar de Nariño	3	0,00
Comfenalco Antioquia	2	0,00
Capresoca	1	0,00
Total	91.372	100,00

Fuente: Reporte de Negaciones EPS
Cálculos: Defensoría del Pueblo



3. Concepto de Negaciones

En general el 51,46% de las negaciones fue realizado por el Comité técnico científico -CTC- , a pesar de haber sido ordenado por el médico tratante. Estas negaciones son mayores en el régimen contributivo correspondiendo al 82,67% del total de negaciones de este régimen, mientras que el 48,48% fue ordenado por el médico tratante, no tramitado ante el CTC por la EPS, siendo mayor este tipo de negaciones en el régimen subsidiado. (Tabla N° 5).

TABLA N° 5

NEGACIONES DE SERVICIOS EPS SEGÚN CONCEPTO DE NEGACIÓN Periodo Mayo - Diciembre de 2012						
	RÉGIMEN				TOTAL	
	Contributivo		Subsidiado			
	N° Negaciones	Part %	N° Negaciones	Part %	N° Negaciones	Part %
Ordenado por médico tratante negado por CTC	77.792	82,67	17.651	19,32	95.443	51,46
Ordenado por médico tratante y no tramitado ante CTC	16.313	17,33	73.632	80,58	89.945	48,49
No informa	0	0,00	89	0,10	89	0,05
TOTAL NEGACIONES	94.105	100,00	91.372	100,00	185.477	100,00

Fuente: Reporte de Negaciones EPS
Cálculos: Defensoría del Pueblo

3.1. Negaciones ordenadas por médico tratante y negado por CTC

Como se dijo anteriormente el 51,46% de las negaciones fueron por el CTC. La razón principal son "otros motivos" (34,85%); sin embargo, entre los motivos especificados, el más destacado es la "no de pertinencia de la solicitud" con el 20,77%, especialmente en el régimen contributivo, seguida de "información aportada es incompleta" (16,91%) y "lo solicitado no cumple con las normas vigentes del INVIMA". Es preocupante que el 2,55% de las negaciones del CTC sean porque el servicio solicitado es POS, lo que denota desconocimiento del médico tratante respecto de lo que es POS y No POS, o porque al usuario se les está trasladando esta carga administrativa (Tabla N° 6).



TABLA N° 6

NEGACIONES POR CTC, ORDENADAS POR MÉDICO TRATANTE Período Mayo - Diciembre de 2012						
	RÉGIMEN				TOTAL	
	Contributivo		Subsidiado		N° Negaciones	Part %
	N° Negaciones	Part %	N° Negaciones	Part %		
No existe pertinencia de la solicitud realizada por el Profesional de la salud tratante	19.526	25,10	297	1,68	19.823	20,77
La información aportada por el profesional de la Salud es incompleta o insuficiente	13.160	16,92	2.979	16,88	16.139	16,91
No cumple con las normas vigentes del Invíma	10.133	13,03	966	5,47	11.099	11,63
No existe riesgo inminente para la vida del paciente	6.578	8,45	1.431	8,11	8.009	8,39
El servicio solicitado no es de salud	3.826	4,92	172	0,97	3.998	4,19
El servicio solicitado es POS	1.145	1,47	1.288	7,30	2.433	2,55
El médico solicitante no pertenece a la red de la EPS	513	0,66	60	0,34	573	0,60
Sin Información	13	0,02	28	0,16	41	0,04
La cobertura de otras pólizas no ha sido agotada	12	0,02	20	0,11	32	0,03
La cobertura de la póliza del SOAT no ha sido agotada	7	0,01	23	0,13	30	0,03
Otros motivos	22.879	29,41	10.387	58,85	33.266	34,85
TOTAL NEGACIONES	77.792	100,00	17.651	100,00	95.443	100,00

Fuente: Reporte de Negaciones EPS
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Entre los "otros motivos" - que como se mencionó fue el primer criterio de negación - relacionados en la negación del CTC se pueden identificar como los más frecuentes los siguientes: "debe ser asumido por el ente territorial", "soportes incompletos e inconsistentes", "solicitud extemporánea", "expresamente excluidas del POS" y, "los documentos no cumplen con los requisitos".

3.2. Negaciones ordenadas por médico tratante y NO tramitadas ante CTC

Las solicitudes que fueron negadas y no tramitadas ante el CTC correspondieron al 48,49%, siendo superior en el régimen subsidiado. Las razones por las cuales no se llevaron al CTC fueron "otros motivos" (87,21%), "servicios POS" (9,13%) y, "el usuario presenta periodo en mora" (0,73%) (Tabla N°7).

EF

TABLA N° 7

NEGACIONES NO TRAMITADAS ANTE CTC Y ORDENADAS POR MÉDICO TRATANTE Periodo Mayo - Diciembre de 2012						
	RÉGIMEN				TOTAL	
	Contributivo		Subsidiado		N° Negaciones	Part %
	N° Negaciones	Part %	N° Negaciones	Part %		
Servicio POS	5.098	31,25	3.114	4,23	8.212	9,13
El usuario presenta periodo de mora	576	3,53	79	0,11	655	0,73
La cobertura del SOAT no ha sido agotada	16	0,10	418	0,57	434	0,48
Médico solicitante no pertenece a la red de la EPS	35	0,21	353	0,48	388	0,43
El usuario se encuentra en periodo de Urgencia	173	1,06	159	0,22	332	0,37
Cambio de Régimen	80	0,49	3	0,00	83	0,09
Traslado entre EPS	54	0,33	0	0,00	54	0,06
La cobertura de la póliza de otros seguros no ha sido agotada	15	0,09	2	0,00	17	0,02
Otros motivos	10.259	62,89	68.184	92,60	78.443	87,21
Sin Información	7	0,04	1.320	1,79	1.327	1,48
TOTAL NEGACIONES	16.313	100,00	73.632	100,00	89.945	100,00

Fuente: Reporte de Negaciones EPS
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Entre los "otros motivos" relacionados para no tramitarlo ante el CTC, se identificaron como los más frecuentes los siguientes: "servicio No POS se debe tramitar por subsidio a la oferta", "no cubierto por POSS", "inconsistencias en soporte", "no fue diligenciado el formato CTC por el médico", "error en la solicitud del servicio", "solicitud repetida" y, "asumido por el ente territorial".

La Defensoría del Pueblo, teniendo en cuenta lo anterior y como medida para contrarrestar el comportamiento reiterativo de las EPS, quienes vienen negando servicios de salud a los ciudadanos, estén o no en el POS, sin tener en cuenta que los usuarios acuden a ellas en ejercicio de sus derechos fundamentales, considera que, como una forma de hacerles asumir las consecuencias generadas por su comportamiento, se debería - en todos los casos en que soliciten la autorización de recobro ante el FOSYGA y los afiliados o beneficiarios hayan tenido que acudir a la Acción de Tutela para la obtención judicial de una orden que les imponga la prestación de servicios-, autorizar solo el 50% del valor de los servicios que hayan efectivamente prestado a los usuarios. Por tal motivo, esta entidad considera que sigue siendo válido los argumentos de la Honorable Corte Constitucional mencionados en sentencias como la T-046 de 2012, en la que



se dijo que el recobro ante el FOSYGA solo podría ascender al 50%, por lo que los jueces de primera instancia deberían aplicarlo en sus fallos.

Es de anotar que el cierre de EPS viene afectando la prestación de los servicios de los usuarios, incrementando las negaciones de atenciones en los diferentes servicios, que están costando vidas de usuarios por falta de atención.

III. Orden vigésimo:

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 la Protección Social

- 1. Las respuestas que se han adoptado por la entidad o el sistema.

Durante el año 2012, la Corte Constitucional emitió el Auto 044, donde le ordenó a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social que, de manera conjunta presentaran un informe en el que identificaran las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurrieran en las prácticas violatorias del derecho a la salud descritas en la sentencia T-760 de 2008. De dicho auto, la Defensoría del Pueblo envió informe el 31 de mayo de 2012.



Posteriormente, emitió el auto 260 del 16 de noviembre, donde la Corte Constitucional encontró - entre otras cosas - que si bien los informes presentados hasta la fecha constituían un avance en el cumplimiento de la orden, los parámetros utilizados por el Ministerio de Salud y por la Superintendencia Nacional de Salud para identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurrieran en prácticas violatorias del derecho a la salud, no habían sido suficientes ni eficaces, como quiera que limitarse a medir de manera parcial dichas prácticas, no permitía identificar con claridad y precisión las entidades que vulneran en mayor medida el derecho a la salud de los colombianos. De dicho auto esta entidad envió respuesta en el mes de febrero de este año.

Por solicitud realizada por la Defensoría del Pueblo, respecto a un consolidado del cumplimiento a esta orden, el Ministerio de Salud y Protección Social envió informe donde presentó un Ranking de aseguradores de acuerdo a los 14 criterios de la Corte Constitucional, contenidos en el Auto 044 de 2012. Manifiestan que consultaron dimensiones relevantes de derechos para los usuarios, por lo que decidieron articular el Ranking con la carta de derechos y deberes de los mismos al momento de la afiliación.

Para el Ministerio de Salud y Protección Social, no hay suficiente cobertura de la información necesaria para la generación del Ranking, la cual se puede compensar con procesos técnicos para identificar múltiples fuentes de información, como encuestas, las cuales pueden mostrar resultados divergentes.

2. La valoración del progreso.

El Ministerio diseñó un ranking de aseguradores de acuerdo a los 14 criterios de la Corte Constitucional, contenidos en el Auto 044 de 2012

3. Los resultados (positivos y negativos) de la implementación de la respuesta.



Positivo

- Se consultan dimensiones relevantes de derechos para los usuarios y se propone articular el Ranking con la carta de derechos y deberes de los mismos al momento de la afiliación

Negativo

- Insuficiencia y especificidad de la información necesaria para la generación del Ranking, las cuales se compensan por procesos técnicos para identificar múltiples fuentes de información

4. Principales dificultades que persisten y sus causas

Cobertura de los datos necesarios para la formación del Ranking compensada por la implementación de otros instrumentos como encuestas, las cuales pueden mostrar resultados divergentes.

5. Observaciones de la Defensoría del Pueblo

Por lo anterior, la Defensoría del Pueblo considera que hay cumplimiento parcial de la orden dada la baja confiabilidad de las fuentes de información que conlleva a la poca comparabilidad y precisión de los resultados, que hace que los usuarios no cuenten con la suficiente información en el proceso de selección de aseguradora.

Sin embargo, esta entidad reconoce el esfuerzo adelantado por el Ministerio de Salud y Protección Social, sobre todo en lo que se refiere a la consulta sobre la variable de derechos realizada a los usuarios. Así mismo, se debe continuar con los esfuerzos por mejorar la confiabilidad y precisión de las fuentes de información y se les recomienda diseñar un sistema de evaluación dentro del cual el Ranking se configure como un componente principal y positivo para medir el desempeño de los aseguradores por las diferentes dimensiones relevantes, incluyendo el concepto y calificación de la red de prestación.

Al respecto, un solo indicador de ordenamiento por Ranking para

diferentes dimensiones puede generar confusión, por tanto, se recomienda un indicador de ordenamiento por cada dimensión, informando sobre la base de rangos de desempeño. Por último se le invita al Ministerio a asumir las actuaciones necesarias, de regulación y control, sobre estos resultados, y a la Superintendencia Nacional de Salud, para el mejoramiento de la garantía del derecho a la protección de la salud.

Superintendencia Nacional de Salud:

La Defensoría del Pueblo ofició a la Superintendencia Nacional de Salud, solicitando información sobre el avance o progreso en el cumplimiento de lo ordenado, los problemas que han identificado, las actuaciones adelantadas para el cumplimiento de la misma, los problemas que persisten, así como su posible solución. Sin embargo, transcurrido más de un mes sin obtener respuesta, la entidad procedió a requerirlo nuevamente, sin que a la fecha, se haya recibido respuesta por parte de dicha entidad.

IV. Orden vigésimo primero.

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.

Respecto a esta orden, la Defensoría del Pueblo, le solicito al Ministerio de Salud y Protección Social- entidad que asumió las funciones de la CRES-, informar sobre las medidas tomadas para realizar la verificación de la unificación del POS para los niños y niñas, los problemas detectados en la implementación de la unificación, las medidas adoptadas para solucionar

los problemas encontrados y según los resultados obtenidos, informar el grado de cumplimiento de esta orden y si ha sido efectiva o no.

1. La identificación del problema:

Para la Defensoría del Pueblo, no existe una verificación real del cumplimiento a esta orden, dado que no se ha realizado un monitoreo efectivo para este grupo poblacional que permitan determinar si hay problemas o no en la unificación.

2. Las respuestas que se han adoptado por la entidad o el sistema:

El Ministerio de Salud y Protección Social, informó que habían instituido el observatorio de seguimiento del uso de tecnologías en salud del POS, donde establecieron - a partir de tutelas -que los mayores problemas obedecen a la falta de oportunidad. Igualmente informan que los casos conocidos por no cumplimiento a esta orden, han sido trasladados a la Superintendencia Nacional de Salud para la respectiva investigación y sanción.

3. La valoración del progreso:

Aunque el Ministerio informa sobre la creación de un observatorio de seguimiento del uso de tecnologías en salud del POS, atendiendo a las funciones propias de cada una de estas entidades en el 2012, aún no hay resultados articulados en las diferentes variables que conforman acceso efectivo de los niños a los servicios con oportunidad, calidad, efectividad, continuidad, integralidad y sostenibilidad, según protocolos de atención a tecnologías adecuadas.

4. Principales dificultades que persisten y sus causas

- Falta de adecuados sistemas de información y no exploración de otras fuentes para verificar la efectividad de la unificación.
- Se siguen presentando problemas en el acceso a los servicios, los

cuales, en su mayoría se dan por falta de oportunidad, como en el caso del manejo integral de cáncer infantil.

5. Observaciones de la Defensoría

Para la Defensoría, existe cumplimiento parcial de la orden. No hay estudios o modelos recientes que midan la sostenibilidad financiera del sistema de salud, a corto y mediano plazo, a partir de la unificación de los planes de beneficios en los dos regímenes para toda la población. Actualmente se tiene como base los estudios 2011 de la CRES y las pruebas piloto de Barranquilla y Cartagena.

En este sentido debe incorporarse el comportamiento de los mercados afluentes al de salud (mercado de medicamentos, insumos, recurso humano, etc.), y la presión de precios que pueden ejercer los actores sobre el equilibrio financiero del mismo. Igualmente se debe incorporar los efectos de la reciente reforma tributaria sobre el mercado laboral y el recaudo del régimen contributivo y, respecto a los estudios de sostenibilidad, estos deberán discernir sobre las experiencias recientes con las EPS intervenidas o en liquidación, en temas como sostenibilidad de los planes de beneficios y las potenciales fallas regulatorias que distorsionan las estructuras de costos del sistema de salud.

V. Orden vigésimo segunda:

La Comisión de Regulación en Salud deberá remitir a la Corte Constitucional, antes del 1 de febrero de 2009, el programa y el cronograma para la unificación de los planes de beneficios, el cual deberá incluir: (i) un programa; (ii) un cronograma; (iii) metas medibles; (iv) mecanismos para el seguimiento del avance y (v) la justificación de por qué se presentó una regresión o un estancamiento en la ampliación del alcance del derecho a la salud. Copia de dicho informe deberá ser entregada a la Defensoría del Pueblo en dicha fecha y, luego, cada semestre, deberá elaborar informes de avance del cumplimiento del programa y del cronograma, a partir de la fecha indicada.

Respecto a esta orden, la Defensoría del Pueblo, le solicito al Ministerio de Salud y Protección Social- entidad que asumió las funciones de la CRES-, informar sobre el avance o progreso en el cumplimiento de lo ordenado,



los problemas que han identificado, las actuaciones que han adelantado para el cumplimiento de la misma, si los problemas persisten y las medidas adoptadas para superarlos.

1. La identificación del problema.

Se cuestionan los estudios técnicos que demuestran si la suficiencia de la UPC para cubrir la unificación de los planes de beneficio, máxime frente a la actual crisis que presentan las Empresas Administradoras de los Planes de Beneficio (EAPB) del Régimen Subsidiado, quienes no están de acuerdo con la UPC, al considerarla como insuficiente.

2. Las respuestas que se han adoptado por la entidad o el sistema.

Durante el año 2012, la Corte Constitucional emitió el Auto 261, donde la Corte Constitucional consideró que pese a haber sido expedida la normatividad que dispuso la unificación total de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, no se cumplió del todo con los diferentes aspectos contenidos en la orden 22, por lo que estableció que se debían superar fallas como: no evidencia de medidas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios de Salud por parte de los usuarios, no gestión de incentivos para procurar la cotización de quienes tienen capacidad económica para aportar al SGSSS, no se han desarrollado las pautas que permiten la movilidad entre regímenes, no se determinaron las metas medibles, mecanismos para el seguimiento del avance de las actividades propuestas para alcanzar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios, y justificación de por qué se presentó una regresión o estancamiento en la ampliación del alcance del derecho a la salud, no se cumplió con la carga de la prueba que le asiste para acreditar tal sostenibilidad de la UPC-S, la metodología empleada para la fijación del valor de la UPC no fue la apropiada; y, la ausencia de justificaciones, razonamientos, fundamentos y/o soportes técnicos que admitiera la fijación de una UPC diferencial entre ambos regímenes, cuando se pretende la prestación del mismo catálogo de servicios y en condiciones idénticas de equidad, oportunidad y calidad, entre otros. De dicho auto esta entidad envió respuesta en el mes de febrero de este año.



Por solicitud realizada por la Defensoría del Pueblo, respecto a un consolidado del cumplimiento a esta orden, el Ministerio de Salud y Protección Social envió informe donde informa la expedición del Acuerdo 032 de 2012 y de la Resolución 4480 del mismo año.

3. La valoración del progreso:

Para la Defensoría del Pueblo, existe un avance en la expedición del Acuerdo 032 de 2012, respecto a la unificación del POS para toda la población. Así como la definición de la UPC para el año 2013, mediante resolución 4480 de 2012, que acercó casi en su totalidad el valor de la UPC del régimen Subsidiado a la del Contributivo.

4. Los resultados (positivos y negativos) de la implementación de la respuesta.

Positivos:

- La unificación del POS a partir del 1 de julio de 2012 en virtud del Acuerdo 032 de la CRES.
- El Giro directo como mecanismo para agilizar el flujo de recursos.
- Las normas regulatorias expedidas por el Ministerio como el Decreto 971 de 2011, Decreto 4023 de 2011 y la Resolución 1344 de 2012.
- La Ley sobre Cuentas Maestras que permitirá liberar recursos frescos para la red pública hospitalaria y el régimen subsidiado

Negativos:

- Apenas está en proceso de revisión por parte de la CRES (en liquidación) un nuevo enfoque de las cuotas moderadoras y de los copagos.
- Está pendiente una nueva reglamentación que permita racionalizar el acceso a los servicios de salud.
- Está pendiente el estudio de reglamentación en materia de prevención de la evasión y elusión de aportes.
- Están pendientes de reglamentar medidas para prevenir y evitar la evasión y elusión en el pago de la cotización obligatoria en salud.



- Está pendiente un decreto reglamentario sobre los términos y condiciones para el reporte de la información a la UGPP que permitirá definir perfil de evasores y detectar indicios de evasión.
- El Ministerio no se ha comprometido con tiempos específicos para expedir esta normatividad para dar cumplimiento a lo ordenado por la Corte.

5. Principales dificultades que persisten y sus causas

- La necesidad de realizar con la mayor celeridad posible los estudios técnicos necesarios para determinar la UPC-S suficiente y necesaria para responder a un plan de beneficios unificado en las mismas condiciones de equidad, calidad y oportunidad.
- Faltan medidas regulatorias para la crisis actual.
- Aunque están en trámite, todavía no existen medidas concretas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios.
- Así mismo, con la igualación del POS, es necesario desarrollar un proyecto de incentivos para procurar la cotización de quienes tienen capacidad económica de aportar al SGSSS, distinto al reconocimiento y pago de prestaciones económicas a favor de quienes cotizan.

6. Observaciones de la Defensoría

A la fecha de elaboración del presente informe, para la Defensoría del Pueblo, había cumplimiento parcial de esta orden, ya que se está en espera de los estudios y los respectivos soportes para su análisis frente a los requerimientos de la Corte y las respuestas a las preguntas específicas de la Corte Constitucional de la segunda orden. Dicho estudio tenía fecha de presentación del 15 de febrero de 2013.

Respecto al auto 261, esta entidad también observa un cumplimiento parcial de la orden tercera e incumplimiento de la cuarta. Esto por cuanto, a pesar de la orden de la elaborar una metodología con el alcance dispuesto, el Ministerio justifica la precedente a la cual se añaden nuevos

datos en el proceso de calcular la suficiencia de la UPC unificada. Sin embargo, estos estudios no dan alcance para asegurar que los servicios del POS se presenten eficiente y oportunamente por las EPS-S en las mismas condiciones de calidad que las EPS contributivas, garantizando el equilibrio financiero para tales entidades. Sobre la orden cuarta esta tiene cronograma de cumplimiento por el Ministerio para el 2014.

La Defensoría exhorta que las respuestas pendientes hagan parte de una política y un plan interinstitucional, por parte del Ministerio de Salud, Hacienda y del Departamento Nacional de Planeación, el cual presenten al país como compromiso del gobierno que de credibilidad a la capacidad de dar respuesta a la situación actual, crítica en el régimen subsidiado, el cual requiere un plan de choque y además, fundamento a las propuestas de reforma al SGSSS en trámite.

VI. Orden vigésimo tercero.

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. El Ministerio de la Protección Social deberá presentar, antes de



marzo 15 de 2009, un informe sobre el cumplimiento de esta orden a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, con copia a la Corte Constitucional.

Respecto a esta orden, solicitó al Ministerio de Salud - entidad que asumió las funciones de la CRES-, informar sobre el avance o progreso en el cumplimiento de lo ordenado, los problemas que han identificado, las actuaciones que han adelantado para el cumplimiento de la misma, si los problemas persisten y las medidas adoptadas para superarlos.

1. La identificación del problema.

El pago por servicios no POS alcanzó 1,8 billones para 2012 en el régimen Contributivo y se estima en medio billón para el régimen Subsidiado, cifra probablemente subestimada.

2. Las respuestas que se han adoptado por la entidad o el sistema.

Durante el año 2012, la Corte Constitucional emitió el Auto 198, requiriendo al Ministerio de Salud y a la CRES con el fin de que informaran las medidas específicas adoptadas para garantizar que las EPS e IPS cumplieran con lo ordenado en la Circular 019 de 2012, así como las sanciones impuestas a los destinatarios de esta regulación por la no observancia de los lineamientos señalados en la misma. Después de transcurrido el tiempo, la Defensoría solo recibió información de la CRES, la cual, una vez analizada, se envió informe a la Corte Constitucional.

Con relación a la solicitud de información, el Ministerio de Salud y Protección Social, informó que con la aprobación de la creación de "Mi Plan" en la propuesta de reforma, se acabaría con los problemas que dieron ocasión a esta norma, por cuanto todo quedaba incluido en el POS, a excepción de algunas actividades taxativamente señaladas.

3. La valoración del progreso:

El Ministerio presenta como avance a esta orden, la propuesta de reforma mediante Ley ordinaria, 2013, que incluye la conformación de "Mi Plan",

nuevo plan de beneficios, constituido por exclusiones explícitas de beneficios e inclusiones implícitas de los mismos, como mecanismo para regular la necesidad del trámite por los Comités Técnico Científicos y el número de tutelas. Sin embargo, para la Defensoría, no hay avance, ya que la reforma está sujeta a varias circunstancias, que no remedian de manera inmediata los problemas que se presentan por el incumplimiento de esta orden.

4. Principales dificultades que persisten y sus causas

- La realización de trámites engorrosos para acceder a los servicios de salud.
- Se sigue presentando diferencias en el trámite del CTC en los dos regímenes, el cual consiste en que - actualmente- en el régimen subsidiado, se debe primero agotar la autorización de la entidad territorial antes de acudir al CTC de la EPSS, el problema es que las entidades territoriales no siempre tienen los recursos para cubrir el gasto de lo No POS.

5. Observaciones de la Defensoría

La Defensoría del Pueblo considera que hay incumplimiento de la orden, por cuanto se traslada la responsabilidad gubernamental de inmediata regulación ordenada por la Corte Constitucional, a la aprobación incierta del legislador, cuya posible implementación puede llevar años; y en atención a la Circular 019 de 2012, se recomienda al Ministerio: Establecer los mecanismos necesarios para que se disminuyan las barreras de acceso a tratamientos No POS; identifique subgrupos de pacientes críticos o crónicos que se beneficien de la agilización de dichos trámites; y, considere los riesgos que presentan los pacientes en tránsito de EPS por liquidación, para acceder a este tipo de beneficios.



VII. 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 motivan de esta providencia, en especial, en los capítulos 4 y 8. Esta Carta deberá estar acompañada de las indicaciones acerca de cuáles son las instituciones que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos y cuáles los recursos mediante los cuales se puede solicitar y acceder a dicha ayuda.

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

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

Respecto a esta orden, la Defensoría del Pueblo, solicito al Ministerio de Salud y Protección Social, informar sobre el avance o progreso en el cumplimiento de lo ordenado, los problemas que han identificado, las actuaciones que han adelantado para el cumplimiento de la misma, si los problemas persisten y las medidas adoptadas para superarlos.

- 1. La identificación del problema.

No se ha verificado la entrega y entendimiento de los usuarios de la carta de derechos.

- 2. Las respuestas que se han adoptado por la entidad o el sistema.



Durante el año 2012, la Corte Constitucional emitió el Auto 264 de 2012, donde le ordenó a las EPS la entrega de las cartas de derechos y deberes del afiliado así como la de desempeño, bajo una serie de lineamientos señalados en el mismo auto; y al Ministerio de Salud y Protección Social que profiera una nueva regulación unificada, que derogara todas y cada una de las concernientes a cartas de derechos, deberes y desempeño existentes. En cumplimiento a dicho auto, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 4343 de diciembre de 2012, donde se destaca la adherencia al Acuerdo de Lisboa y las herramientas para verificar la entrega de información.

3. La valoración del progreso:

La expedición por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, de la Resolución 4343 de diciembre de 2012, por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de derechos y Deberes del Afiliado y el Paciente en el SGSSS y de la Carta de desempeño del as EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado.

4. Los resultados (positivos y negativos) de la implementación de la respuesta.

Positivo:

- El Ministerio trabaja en el desarrollo de formas pedagógicas de dar a conocer los contenidos de la Carta de Derechos y Deberes.

5. Principales dificultades que persisten y sus causas

- No se han implementado indicadores de seguimiento sobre el uso y utilidad de la carta frente al respeto a la protección del derecho a la salud en términos de su entendimiento, generación de cultura del derecho en los diferentes actores y libre elección.
- No se han creado mecanismos para facilitar los traslados de EPS, cuando el no cumplimiento de la Carta de deberes y derechos



por parte de los aseguradores, sea un hecho motivante.

- Se sigue presentando diferencias en el trámite del CTC en los dos regímenes, el cual consiste en que - actualmente- en el régimen subsidiado, se debe primero agotar la autorización de la entidad territorial antes de acudir al CTC de la EPSS, el problema es que las entidades territoriales no siempre tienen los recursos para cubrir el gasto de lo No POS.

6. Observaciones de la Defensoría

La Defensoría del Pueblo reconoce el trabajo adelantado por dicho Ministerio, sin embargo considera que no hay cumplimiento de la orden, por los problemas que aún persisten y que fueron mencionados y por qué a pesar de haber pasado más de 5 meses, aún no se tienen resultados preliminares sobre las pruebas de implementación y verificación ordenadas.

VII. 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.

Respecto a esta orden, la Defensoría del Pueblo, le solicito al Ministerio de Salud, informar sobre el avance o progreso en el cumplimiento de lo ordenado, los problemas que han identificado, las actuaciones que han adelantado para el cumplimiento de la misma, si los problemas persisten y las medidas adoptadas para superarlos.

1. La identificación del problema.

El Ministerio de Salud y Protección no ha logrado la cobertura de toda la población colombiana, la cual no está enfocada directamente a obtener un carné, sino a lograr la efectiva prestación de los servicios.



2. Las respuestas que se han adoptado por la entidad o el sistema.

En respuesta a la solicitud de información, el Ministerio de salud informa que junto con el Ministerio de Hacienda, adelantaron la implementación de la Ley 1429 de 2010 "ley de Formalización y Generación de Empleo"; obligatoriedad de afiliación, art 32 de la Ley 1438 de 2011; expedición del Acuerdo 32 de 2012 de la CRES sobre unificación de los planes de beneficio y de la Resolución 4480 de 2012, la cual estableció el inicio de la regulación de la prima de la UPC y, por último, el Ministerio define retos derivados de la reforma tributaria, que cambia la financiación del régimen contributivo.

3. La valoración del progreso:

El Ministerio presenta como avance en el cumplimiento a esta orden, que a corte 2012 se alcanzó una cobertura del 96,3%, esperando que en el 2013 se alcance un 98,1% y en el 2014 se alcance el 100%. Estas metas implican, para el régimen subsidiado, la unificación de los planes de beneficio, esto desde julio de 2012 y la igualación de la prima pura por UPC desde enero de 2013 a 2015, donde se alcanzaría la igualación total. Las metas se encuentran financiadas por recursos del SGSSS y recursos de la nación, que han sido incorporadas en forma explícita en los instrumentos de planeación fiscal y presupuestal, las metas del régimen subsidiado son del orden de \$12,4 billones y \$13,7 billones en los años 2013 y 2014 respectivamente.

4. Principales dificultades que persisten y sus causas

Actualmente la situación de las EPS del régimen subsidiado es preocupante, la mitad de las mismas se encuentran en situación especial de vigilancia, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia, lo que hace necesario evaluar los efectos del cronograma de unificación de la UPC.



5. Observaciones de la Defensoría

Para la Defensoría del Pueblo, aún no hay cumplimiento de la orden, ya que la cobertura universal no se remite solamente a la expedición de un carné sino al goce efectivo de los beneficios a que los ciudadanos tienen derecho. Esto último se define como la disminución o ausencia de barreras de acceso para la atención en condiciones de igualdad, lo que en la realidad se está presentando de manera reiterada. Es de resaltar, que la actual crisis del sistema, en particular la que presenta el régimen subsidiado, imponen la integración de los planes de contingencia a los cronogramas ordenados por la corte, en especial sobre las consideraciones de sostenibilidad del mismo, lo que implica el ajuste automático de los supuestos y bases de cálculo de los cuales se desprenden estas metas, sobre todo en lo que tiene que ver con fuentes de financiamiento y equilibrio del sistema, UPC. De igual manera preocupa la población que se encuentra en tránsito, ya que a pesar que están cubiertas por el sistema en el momento presentan dificultades de acceso oportuno y calidad a los servicios médicos.

VIII. Orden Trigésimo.

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

Respecto a esta orden, la Defensoría del Pueblo, le solicito al Ministerio de Salud, informar sobre el avance o progreso en el cumplimiento de lo ordenado, los problemas que han identificado, las actuaciones que han adelantado para el cumplimiento de la misma, si los problemas persisten y las medidas adoptadas para superarlos.



1. La identificación del problema.

A la Defensoría del Pueblo no le fue enviado el informe realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento a lo ordenado en auto por la Honorable Corte Constitucional.

Sin embargo, en los estudios adelantados por esta entidad, se evidencia que las tutelas en salud no han disminuido, que, al contrario, aumentaron en un 7,90%, tal como se dará a conocer una vez sea publicado el estudio "La tutela y el derecho a la salud -2012", del cual se enviará copia a la Honorable Corte Constitucional.

2. Las respuestas que se han adoptado por la entidad o el sistema.

El Ministerio informa que levantó una muestra de tutelas en la Corte Constitucional para elaborar el informe del año 2012 con el fin de analizar los problemas jurídicos mencionados en la sentencia. Respecto a estos problemas generales el Ministerio encontró que en el 51% son demandas por servicios no contenidos en el POS, seguido por tutelas que demandan servicios contenidos en el POS 42%. La ausencia de mecanismos y regulación para acceder a servicios de salud diferentes a medicamentos e incertidumbre en relación con los servicios incluidos representó el 3%; y la diferencia entre los planes de beneficios entre el régimen contributivo y subsidiado solo se observó en el 1% de las tutelas.

3. La valoración del progreso.

Para la Defensoría del Pueblo, no ha habido progreso de esta orden, al contrario, a pesar de que el objetivo primordial de la Sentencia T-760 de 2008, era la disminución de acciones de tutelas, lo cual se cumplió parcialmente durante los años 2009 y 2010, tal como lo demuestran las cifras, a partir del 2011, las tutelas que invocaron este derecho se reactivaron, siendo el incremento de estas acciones -como ya se indicó - en el último del 7,90%, superior al incremento de las tutelas en general.



4. Los resultados (positivos y negativos) de la implementación de la respuesta.

Negativo:

La poca información remitida por el Ministerio, no concluye sobre aspectos específicos de la Sentencia, reiterados por Auto.

5. Principales dificultades que persisten y sus causas

No se evidencian acciones concretas que busquen la disminución efectiva de las acciones de tutela, dejando todo a la posible aprobación por parte del Congreso de la República de la reforma a la salud.

IX. Orden 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.

El Consejo Superior de la Judicatura, previo requerimiento realizado por esta entidad, envió informes de actividades del año 2012 relacionados con la divulgación de la Sentencia T- 760 de 2008 por parte del Centro de Documentación Judicial (CENDOJ) y la Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla (EJRLB).

1. La identificación del problema.

Existe por parte del CSJ, una delegación desestructurada de actividades sin un referente claro de articulación, ya que tanto el CENDOJ como la EJRLB, elaboran y envían informes independientes, sin que se perciba un análisis por parte del CSJ.



2. Las respuestas que se han adoptado por la entidad o el sistema.

El CENDOJ, relaciona de manera resumida que continuaron publicando de manera permanente en el portal WEB de la Rama Judicial la Sentencia T-760/08 y con la difusión de temas académicos concernientes a la Sentencia 760/08 por medios virtuales, igualmente permitieron el acceso a todos los documentos del tema de salud a través del Sistema de Información Doctrinario y Normativo (SIDN), mediante envío periódico de textos oficiales.

La EJRLB informa como actividades para dar cumplimiento a lo ordenado por la Sentencia 760 de 2008, la realización de conversatorios regionales en 6 ciudades a diferentes públicos sobre el tema de "práctica Judicial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - Sentencia 760 de 2008, 26 de noviembre de 2012, dentro del subprograma de Profundización en el Área de Trabajo y Seguridad Social", y la contratación profesional para la elaboración de un módulo de formación judicial auto dirigida sobre la práctica judicial en el derecho a la salud, para la formación de jueces y magistrados de todas las especialidades.

3. La valoración del progreso

La Defensoría considera que aunque se mantienen contenidos y canales de difusión y formación que supone mantener información sobre la sentencia T-760 de 2008 y temas relevantes en salud, y se tiene acceso fácil de interesados a medios virtuales, no hay un plan de medios que acompañe una estrategia pedagógica y de producción de contenidos no solo para la información, sino, también para la formación y el desarrollo de competencias. Igualmente, no se percibe por parte del CSJ, la difusión de las actuaciones de la Honorable Corte Constitucional y actores involucrados en temas relacionadas con la sentencia y autos posteriores emitidos.



4. Principales dificultades que persisten y sus causas

No se ha diseñado un programa con enfoque de formación continuada, diferenciado y articulado a las actividades ordinarias de formación, bajo un solo responsable, diseñado considerando competencias, medible, según a quien se dirige.

Elaboró: Dr. JAMR
Dra. LMGL