

4050 – 540

Bogotá, 9 de junio de 2014

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



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

Respetada doctora Martha:

En cumplimiento a lo ordenado por la Sentencia T- 760 de 2008, de manera atenta la Defensoría del Pueblo presenta el sexto informe de seguimiento al análisis realizado a los reportes presentados por el Ministerio de salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y el Consejo Superior de la Judicatura, con corte a 31 de diciembre de 2013 en cumplimiento a las ordenes emitidas por la Honorable Corte Constitucional a dichas entidades.

Sin embargo, la Defensoría reitera su preocupación respecto al hecho de 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 solicitud de esta entidad, las cuales, en la mayoría de ocasiones, ésta debe ser reiterada.

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 (...).

Esta orden es de cumplimiento del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

1. LAS RESPUESTAS QUE SE HAN ADOPTADO POR LA ENTIDAD O EL SISTEMA:

Previo requerimiento realizado por esta entidad, el MSPS presenta informe de actividades realizadas durante el año 2013. Es así como relaciona un informe técnico con referencias a páginas del MSPS sobre actualización del POS y 8 Anexos técnicos.

A continuación, la Defensoría presenta un resumen de las respuestas dadas por el MSPS, a cada uno de los interrogantes realizados por la Defensoría del Pueblo:

1.1. Qué se incluyó y/o qué salió del POS

El MSPS manifiesta que el proceso de actualización del POS incluyó: 43 principios activos, cinco (5) procedimientos, dos (2) dispositivos y una (1) ampliación de opciones terapéuticas.

Con relación a lo que se excluyó del POS, el Ministerio especificó que el proceso se basó en el criterio de "obsolescencia". Dicho criterio, reglamentado por la Resolución 5521 de 2013, especifica –según dicho Ministerio– que, "para este caso, se traduce en nuestro contexto, en la falta de uso o el desuso de las mismas, por existir mejores alternativas dentro de las opciones terapéuticas más modernas que están disponibles". Es un proceso técnico, cuyo resultado se publica en página web para opinión general.

Igualmente, refiere, que para el proceso de actualización del POS, se identificaron 55 procedimientos y 29 principios activos potencialmente obsoletos, los cuales, al momento de este informe, no han sido suprimidos del POS.

1.2. Qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios

En la documentación allegada por el Ministerio de Salud, incluyendo los anexos, no se especifica las solicitudes realizadas por la comunidad médica y por los usuarios y tampoco sus propuestas de inclusión.

Con base en ello, se puede deducir que este tipo de fuente no es considerada de manera específica dentro de la metodología 2013. Sin embargo, el MSPS hace referencia a dicha fuente, con base en los trabajos realizados por la CRES en 2011, así:

“5.2.1 IDENTIFICACION DE FUENTES PRIMARIAS DE TECNOLOGIAS A EVALUAR

Una vez definido el impacto de la carga de enfermedad y sus 39 patologías conexas y relevantes y con ello las necesidades en salud, se entró a definir las fuentes principales a tener en cuenta para efectos de identificar las tecnologías que atendieran a dichas necesidades y en especial, aquellas con mayor impacto en las finanzas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)... En primer lugar, se recurrió a la información de tecnologías que hicieron parte del estudio previo de actualización del POS del año 2011, contenido en el documento denominado “Actualización integral del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud año 2011 – Informe técnico para la Comisión de Regulación en Salud – CRES, Subdirección Técnica UAE – CRES. 2011”, teniendo en cuenta que en él se encontraban contenidas tecnologías evaluadas y priorizadas que apuntaban al estudio de carga de enfermedad ya mencionado, así como solicitudes de actores del Sistema tanto del sector público como privado y de la sociedad civil, con la debida sustentación de información y respaldo científico, y que todas ellas presentaban ya algún grado de avance en términos de evaluación tecnológica que no debía ser desechado sino por el contrario, requería ser ampliado y actualizado. Cabe anotar que dichas tecnologías no fueron incluidas en el POS en el proceso previo de actualización, entre otros y principalmente, por efectos de las restricciones de recursos presupuestales, quedando inmediatamente por debajo del punto de corte en 2011.”(Resaltado fuera de texto)

(http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/Actualizacion%20POS%202013/A_nexoMetodolog%c3%ada105Tecnologias%2014jun13%20V2.pdf)

Como se lee, aunque se recibieron tales solicitudes, éstas no se tuvieron en cuenta por restricciones presupuestarias.

En el mismo documento, se hace referencia a la fuente de información utilizada, la base de datos de recobros:

“De igual manera, se analizó el comportamiento de tecnologías registradas en la Base de Datos de Recobros de 2012, para ser extraídas como fuente primaria de actualización en razón del impacto sobre las cuentas de complementación del POS del FOSYGA. Con respecto de los medicamentos (principios activos), se destaca que una vez establecidos cinco grupos de principios activos del Pareto 80% en la Base de Datos de Recobros del periodo enero-octubre de 2012, se optó por hacer un análisis que permitiera identificar todos aquellos que tuvieran mayor valor de recobro aprobado, así como los que hubieran presentado mayor frecuencia de recobro, con el fin proceder a su ordenamiento con base en dichos criterios. Por otra parte, cabe anotar que también se identificaron los grupos y subgrupos más recobrados tomando como referencia cantidades suministradas en unidades farmacéuticas. Para el análisis de procedimientos incluidos en la prenombrada Base de Datos de recobros, se procedió de la misma manera que en el caso de los medicamentos, tanto para la identificación de aquellos con mayor valor de recobro aprobado, así como para los que presentaron mayor frecuencia de recobro. Cabe anotar que para el caso de los procedimientos, se tuvo que hacer un mayor esfuerzo en términos de análisis y depuración, dada la heterogeneidad en la denominación de los procedimientos en la Base de Datos y dado que se encontró que en el registro de los recobros en el periodo descrito, infortunadamente no se aplicó en forma sistemática y rigurosa la codificación de la Clasificación Única de Procedimientos en salud (CUPS). Con posterioridad, se procedió a agrupar todos los sistemas y las tecnologías de mayor valor recobrado y una vez realizado lo anterior y contando con los procedimientos agrupados por sistemas, se pasó a identificar los procedimientos con mayor frecuencia de recobro.” (Resaltado fuera de texto)

- 1.3. Cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad.

La metodología de participación se enfoca a la priorización de necesidades bajo criterios técnico-epidemiológico y sociodemográfico, dentro de la cual participan diferentes grupos de actores, según la metodología diseñada en 2011.

Según lo anterior, prima entonces el criterio técnico-científico sobre el cual, entonces, se realiza una metodología participativa de priorización, esta última implementada por la CRES, que sigue lineamientos internacionales de racionalización y adaptación a necesidades, según conceptos de costo-efectividad basados en evidencia.

Con base en la metodología de 2011, se integra para la presente actualización la participación del Instituto de Evaluación tecnológica en Salud (IETS). Su participación

evalúa la seguridad y efectividad de las tecnologías inicialmente priorizadas y seleccionadas para su inclusión en el POS.

1.4. Manifestaciones posteriores al proceso de actualización, surgidas de la sociedad civil y de los grupos de interés.

Al respecto, el Ministerio afirma que: *“La sociedad civil no se ha manifestado con posterioridad al proceso de participación ciudadana adelantado por este Ministerio en el marco de la actualización integral al POS”*. Sin embargo, hay algunas notificaciones de los Defensores Regionales, que participaron en dichos eventos, en los que manifiesta inconformidad de la sociedad civil, en puntos específicos del proceso. En particular, la Regional del Valle del Cauca manifestó:

- Exposición rápida de las tecnologías, lo que no permite la comprensión de las mismas por parte del público asistente.
- Limitación en las respuestas del MSPS sobre efectividad de las tecnologías, con excesiva comparación contra el efecto “placebo”, o que se encuentran sin estudio, a lo cual el Ministerio recalca, como relevante, el registro INVIMA.
- Exposición muy técnica para la comprensión de los asistentes, específicamente sobre efectos colaterales, a los cual el Ministerio responde, que dicha información consta en la página WEB de dicha entidad, y que, si no la conocen, es de su responsabilidad.
- Cuestiona la transparencia del proceso participativo y por tanto solicita se examine la matriz que refleja la votación de los usuarios.

1.5. Problemas y riesgos del proceso con sus respectivas soluciones

No se identifican. El ministerio recalca la transparencia del proceso y el envío de información previa a los diferentes actores del sistema, antes de los sondeos de preferencias.

1.6. Efecto previsto sobre los recobros y las tutelas

Según lo informado, no hay un cambio inmediato y drástico, pero se espera reducción de los recobros y de las tutelas, con ocasión a, primero, los períodos de recobro previstos para las entidades aseguradoras y, segundo, como efecto sustitutivo que genera la nueva tecnología.

No se plantea en la respuesta metodología seguimiento para las nuevas inclusiones, ni determina los efectos en el sistema, los comportamientos de los actores, y los riesgos de violación de derechos que representa.

1.7. Garantías para el acceso y disponibilidad de los beneficiarios del POS de las inclusiones recientes

El Ministerio emite la Resolución 5221 de 2013 de actualización del POS, que reglamenta una fase de socialización para todos los actores, con implementación desde enero de 2014.

En la misma Resolución se ordena a las EPS garantizar a sus afiliados el acceso efectivo a las tecnologías incluidas en el POS a través de las redes de prestación de servicios y, fuera de su red, cuando se trata de atención de urgencias.

Para tal efecto, afirma el MSPS, existe evidencia de que cada municipio cuenta con la capacidad instalada de prestación de servicios de salud de puerta de entrada: medicina general, odontología y las actividades de promoción y prevención.

Sin embargo, anota la misma entidad, que existen disparidades entre quintiles de riqueza. Para ello, con la expedición de la Ley 1608 de 2013 se genera una nueva fuente de recursos, al destinar los saldos de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado, en inversiones para el mejoramiento de la infraestructura y en dotación de la red pública de instituciones prestadoras de servicios de salud.

Adicional a lo anterior, manifiestan que se hará énfasis en la formación de talento humano y auxiliar, considerando zonas priorizadas, según necesidad.

En lo que se denominan aspectos funcionales, el Ministerio presenta tres estrategias: La primera, la articulación de las redes de prestación de servicios; la segunda, modalidades de atención que faciliten la atención integral; y la tercera, definición de pautas técnicas y operativas para mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud de poblaciones pobres y vulnerables.

2. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

Se mantiene el estatus general del proceso de actualización según la metodología adoptada en 2011 por la Comisión de Regulación en Salud (CRES). Sin embargo, hay que anotar otros aspectos complementarios y relevantes que, de manera integral, fortalecen

el acceso efectivo a los beneficios del POS para los ciudadanos. Ejemplo de ello, han sido la reglamentación orientada a la regulación de precios de medicamentos, como los son las Circulares 03 y 04 de 2013.

Otro aspecto de interés, es la entrada en actividad del IETS, que agrega un actor nuevo, de carácter técnico-científico, en la evaluación de tecnologías para su inclusión. Se espera que desde la fecha de origen de la metodología actualmente en uso, 2011, se hayan realizado por parte del gobierno estudios de seguimiento y evaluación de impacto, en indicadores de acceso y gasto, para determinar incentivos que puedan limitar el acceso oportuno, integral, continuo y con calidad por parte de los actores involucrados a los afiliados al SGSSS.

Igualmente, se presentan avances en la reglamentación, los cuales se constituyen como una política complementaria a la integralidad prestacional y administrativa necesarias para garantizar el acceso efectivo de los afiliados a los beneficios POS y No POS. El avance tangible en el proceso de implementación de estas medidas debería concretarse en la disminución de los comportamientos oportunistas por reclamo indebido o negligente de beneficios POS y, los correspondientes a recobros. También en la disminución de los trámites y uso de instancias como los Comités Técnico Científicos y la acción de tutela, la cual presenta -a diciembre de 2013- la mayor tasa por cada 10.000 afiliados.

Conforme a lo anterior, la reglamentación que se tiene, integra técnica y administrativamente, patologías, guías de práctica clínica, tiempos de atención y actualización del POS para 2014. Entre estas se encuentran:

- Resolución 0430 de 2013. Por la cual se define el listado de las enfermedades huérfanas.
- Resolución 1442 de 2013. Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica - GPC para el manejo de la Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, cáncer de mamá, cáncer de colon y recto, cáncer de próstata y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1552 de 2013. Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto -Ley 019 de 2012 y, se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1604 de 2013. Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 5073 de 2013. Por medio de la cual se unifica el procedimiento de recobro por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficio, suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud, a cargo del respectivo ente territorial y se dictan otras disposiciones.

- Resolución 5521 de 2013. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Circulares 03 y 04 de 2013, por las cuales se regulan los precios de los medicamentos.

Sin embargo, se esperaba que desde la fecha de origen de la metodología actualmente en uso (2011), se tuvieran resultados específicos de estudios sistemáticos de seguimiento y evaluación de la implementación e impacto, por cada una de las medidas adoptadas. Estos resultados deberían ser, en cada proceso de actualización, de conocimiento público para una mejor participación ciudadana y, de conocimiento de otros actores, para tener una opinión más cualificada.

Por último, para la Defensoría, hay avances importantes, pero limitados en su implementación y en el cumplimiento de esta orden, tal como se relaciona en el siguiente punto.

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

3.1. Positivo.

Las nuevas inclusiones, acompañadas de las políticas de regulación de precios de medicamentos y seguimiento a la entrega de los mismos, han tenido aceptación como resolutorias de las necesidades expresadas por la sociedad civil organizada, con relación a las inclusiones POS y el acceso a los beneficios.

3.2. Negativos

- El proceso de implementación tiene un tiempo corto desde la última reglamentación expedida, sin embargo, se continúan presentando violaciones en acceso a los beneficios de los ciudadanos en el POS, como lo demuestra el estudio denominado "La Tutela y los derechos a la salud y a la Seguridad Social -2013" que presenta anualmente la Defensoría del Pueblo. Es así como, en el 2013 se presentaron 454.500 tutelas, la cifra más alta desde la implementación de esta figura constitucional, adicional al reporte sobre negaciones realizado por las EPS, que en el mismo año fue de 297.433 negaciones, un 34,68% superior al promedio de 2012.

- Los hospitales públicos se han pronunciado por diferentes medios, acerca de los gastos que generan la gestión del medicamento, ante la regulación de precios tope, lo cual podría disminuir la oportunidad de entrega de los mismos.
- Durante la presentación del IETS, la sociedad organizada y el representante de la ANDI, llamaron la atención sobre: i. El proceso de evaluación de tecnologías, ii. La participación del Ministerio al principio y al final del proceso, como única instancia decisoria sobre las tecnologías a evaluarse y sobre aquellas que, habiendo sido evaluadas, deben incluirse.
- De manera muy preocupante y urgente, la Defensoría del Pueblo en este proceso de implementación, con ocasión a la expedición de la Resolución 1552 de 2013, la cual actualizó el POS, quiere dar a conocer la grave problemática que se está presentando a nivel nacional, ya que las EPS se amparan en dicha norma para negar la autorización del traslado, hospedaje y/o viáticos de los familiares de niños menores de edad, personas con discapacidad y adultos que requieren acompañamiento cuando deben desplazarse a otra ciudad.

A pesar de que esta entidad ya solicitó aclaración al Ministerio de Salud y Protección Social y acompañamiento a la Superintendencia Nacional de Salud, esta situación viola flagrantemente el derecho a la salud de los usuarios y está en clara contravía a las múltiples jurisprudencias emitidas por la Honorable Corte Constitucional, las cuales establecen la obligatoriedad de las EPS para autorizar el traslado, hospedaje y/o viáticos al acompañante, cuando éste no cuenta con recursos económicos para asumirlo y así lo determina su médico tratante.

4. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS.

Cuando se consideran las negaciones POS y el comportamiento oportunista de los actores frente al espíritu de la norma y de la jurisprudencia emitida por la Corte Constitucional, la Defensoría del Pueblo encuentra como dificultad persistente, la actuación preventiva y oportuna de las instancias públicas responsables, frente a la violación de los derechos de los ciudadanos en salud. Es así como, persisten las falencias de información para la detección rápida de las violaciones y las actuaciones oportunas, frente a los casos, situaciones o responsables; así como la función de control coordinado, nacional y local, la cual, tal como se evidencia actualmente, permite a los actores instaurar este tipo de comportamientos, en contravía del acceso efectivo de los ciudadanos a los beneficios incluidos en el POS.

5. 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 y cualificado, para que cree una cultura efectiva del derecho participativo en materia de salud. Adicionalmente, se puede dar un uso más amplio y divulgativo de las oportunidades que ofrece la WEB.

Lo anterior obliga a formular mecanismos para el diseño y seguimiento metodológico a la estrategia pedagógica con la cual la sociedad participa y ve los resultados de su intervención.

Frente a los observaciones del proceso de evaluación e inclusión de tecnologías, en la que participa el IETS, la Defensoría del Pueblo considera que siendo el MSPS quien decide finalmente en dicho proceso, este debería hacerse más transparente y abierto, presentando públicamente, los criterios con los cuales se toman las decisiones de evaluación e inclusión.

Es absolutamente imperativo un sistema de información de seguimiento, control y evaluación ágil que permita medir la respuesta de los actores y propiciar: i. La actuación coordinada y oportuna de las instancias de control y, ii. Obtener resultados del comportamiento de los actores que permitan políticas regulatorias óptimas para cada proceso de inclusión, precisamente de eso se trata la regulación, de anticipar.

Con relación a las conductas violatorias que desencadena la Resolución 1552 de 2013 (respecto a la no autorización por parte de las EPS de los acompañantes), la Defensoría del Pueblo solicita la intervención de tan alta Corporación, con el fin de evitar la vulneración del derecho a la salud de los usuarios del sistema y del aumento de las acciones de tutela por estos motivos.

Para la Defensoría del Pueblo, hay cumplimiento de la orden, pero con observaciones.

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(...).

Esta orden es de cumplimiento tanto del MSPS como de la SNS.

I. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Respecto a esta orden, la Defensoría del Pueblo, le solicitó al MSPS 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. LAS RESPUESTAS QUE SE HAN ADOPTADO POR LA ENTIDAD O EL SISTEMA

El MSPS presenta informes trimestrales sobre el avance de la presente orden. Al respecto, dicha entidad identifica lo siguiente:

- La comparación entre los segundos trimestres de 2012 y 2013 arroja una disminución global del 5% de este último, debido a la disminución generada en el Régimen Subsidiado por la igualación de los planes de beneficio, lo cual es corroborado al examinar las tasas de negaciones por cada 10.000 afiliados.
- Se presentan incrementos en el Régimen Contributivo, pasando de 11,34% a 23,90%, contrario a lo sucedido en el Régimen Subsidiado, ya que cambia de 26,04% a 11,09%.
- En el Régimen Contributivo, las EPS que más niegan servicios, en orden descendente son Coomeva, la de mayor aumento, Aliansalud, Comfenalco Antioquia, Golden Group y Nueva EPS.

- En el Régimen Subsidiado, se encuentran: Caprecom, Comfamiliar Guajira, Colsubsidio, Manexka EPSI y Comfamiliar Huila.
- En el Régimen Contributivo, este aumento se explica por servicios ambulatorios y hospitalarios, con reducción de urgencias y domiciliarios. Según la base de datos consultada por el MSPS, estos aumentos se deben a solicitudes incompletas o mal diligenciadas, a solicitud de servicios experimentales o que no tienen autorización.
- Por tipo de servicios, se observa que la mayor parte de las negaciones la generan los medicamentos y los procedimientos.

1.1. Solicitudes que no pasan por el Comité Técnico Científico (CTC)

Con relación a las solicitudes que no pasan por el CTC, estas aumentaron en un 25,8% en el Régimen Contributivo y se redujeron en un 57% en el Régimen Subsidiado.

Con relación al aumento de las negaciones en el Régimen Contributivo, el MSPS aclara que en realidad corresponden a un 87%, debido a que se contabilizan por negaciones POS los registros de las solicitudes presentadas.

1.2. Negaciones que si pasan el trámite por el Comité Técnico Científico

Según el ministerio, estas negaciones presentan un comportamiento similar al anterior justificado en su mayoría en "otros motivos". Muchos de los cuales, como en el punto 1., se explican en trámite de solicitudes POS.

1.3. Calidad y cantidad de información para sustentar el informe

El MSPS establece la suficiencia y calidad de la información para realizar un reporte confiable y preciso. Se enviaron 286.919 registros en 2013, comparados con los 380.549 del 2012. Según el MSPS, con gran mejoría de calidad, en parte por la validación automática que se realiza a la totalidad de los registros.

Las fallas o riesgos son adjudicados al diseño del modelo de atención y al registro de las negaciones, *"que hace que las negaciones reportadas tengan en casi la totalidad de los casos una justificación válida."*

Según el informe del MSPS, las deficiencias que persisten, entre otras, son:

- Inclusión de caracteres erróneos

- No diligenciamiento de campos
- Mala utilización del NIT
- Errores de digitación
- No utilización códigos CUPS y CUMS
- Inadecuada clasificación de los servicios
- Mecanismos para asegurar la calidad de la información
- Validación automática
- Temporalidad con la cual se cuenta con la información

Se anota en este apartado, que el MSPS justifica la falta de información *“suficiente y de calidad para hacer los reportes respectivos a tiempo”*, lo que contradice lo dicho por ellos en el apartado inicial sobre calidad y suficiencia de la misma.

Por lo anterior, el MSPS propone las siguientes acciones:

- Modificar el registro de servicios negados.
- Modificar el registro actual en lo referente a las causas principales de negación.
- Diseñar y poner en marcha un sistema más ágil y automático para la recolección y envío de registros al Ministerio, la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo.
- Revisar la composición y funciones de los Comités Técnico Científicos.
- Diseñar y poner en marcha nuevos mecanismos para la recepción y manejo de las solicitudes originadas en causas que no pueden ser objeto de los Comités Técnico Científicos.

Según el informe presentado por el MSPS, al momento han adelantado las siguientes acciones:

- Reuniones de trabajo con actores del Sistema
- Insumos para una propuesta normativa para las acciones propuestas
- Elaboración y socialización de propuesta normativa a las EPS

1.4. Investigaciones y sanciones por no envío de la información o por deficiente calidad de la misma.

Según lo informado por el MSPS, se han realizado 47 requerimientos escritos por no envío de la información. En cuanto a procesos de deficiencia de la calidad, los requerimientos se hacen vía telefónica, dando resultado positivo. A la fecha no se han iniciado investigaciones o sanciones a las EPS

2. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

Sobre la suficiencia, calidad y oportunidad de la información reportada¹, hay propuestas para su mejora, pero, que, consistentemente, no han generado acciones sistemáticas y continuas de política y control en favor de prevenir riesgos o conducir acciones inmediatas sobre los problemas de información presentados. Es obligación la entrega de la información en las condiciones solicitadas por todas las EPS, pues su naturaleza privada no opta para olvidar la competencia pública que ostentan y, de esta forma prevenir o intervenir conductas violatorias recurrentes por parte de estas entidades sobre el goce efectivo del derecho a la salud.

En este aspecto, el MSPS ha capacitado a los responsables de las EPS en este tipo de registro, sin que los informes reporten cambios sustantivos que se hayan generado por estas actividades y por las resoluciones emitidas por el MSPS.

Tampoco, como se ha mencionado, las investigaciones y sanciones por parte de la SNS para las entidades que persistan en no reportar o cuya información sea insuficiente o de mala calidad.

La existencia de las negaciones, son tan importantes que deben constituirse como un indicador sustantivo de la actuación del gobierno, regulatoria y de control, en defensa de este derecho.

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

Considera la Defensoría que, al momento del informe, persisten los resultados negativos frente a los resultados positivos que se esperan de la implementación de las políticas y acciones de control, en varios aspectos importantes, como salvaguarda al derecho a la salud. Por tal motivo, para la Defensoría, deben existir los siguientes aspectos:

- Cumplimiento de las EPS con lo ordenado en la norma
- Avance en la suficiencia, calidad y oportunidad de la información medida e individualizada a través de indicadores
- Número de investigaciones y sanciones a EPS que no cumplen o tienen alta recurrencia en conductas violatorias al derecho a la salud

¹ Ejemplo, persisten las fallas en los archivos remitidos.

- Disminución real del número de negaciones injustificadas, en general POS, en el sistema
- Los ciudadanos no tienen barreras de acceso a los servicios y tienen confianza en el sistema y las instituciones de salud.
- El trámite para aprobación por el CTC es 100% iniciado por médico tratante
- La opinión del médico tratante, como le establece la jurisprudencia, debe prevalecer en función de su responsabilidad y conocimiento de la situación del paciente y no desnaturalizarla en función del trámite y la contención del gasto como criterios prevalentes.

En este punto es claro concluir que la implementación de la Resolución 744 de 2012, como respuesta al Auto 043 de 2012, emitido por la Corte, justificado por la deficiente e insuficiente cantidad y calidad de la información de negaciones, no está generando los resultados esperados.

4. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

Persisten las principales problemáticas de información en registro y reporte de las EPS. Al respecto, la Defensoría del Pueblo en el informe sobre negaciones que más adelante presentará, tiene comentarios al respecto.

5. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

La práctica del CTC comete el riesgo de desnaturalizar el derecho a la salud en la medida de restringir la autonomía del médico tratante frente a su primacía y criterio fundamentado en las necesidades de salud de los pacientes. Es así como de cada tres órdenes negadas, además de otros motivos y el cumplimiento de normas INVIMA, se justifica en pertinencia de lo ordenado.

Es evidente que la práctica del auto-reporte sin investigaciones o sanciones no genera ni la obligación, ni los incentivos sobre los aseguradores para reportar información que contenga evidencia de conductas violatorias, recurrentes o no, del derecho a la salud. La propia SNS, como se describe más adelante en su informe, concluye sobre los bajos resultados de la Resolución 744 de 2012 en lograr mejor calidad y suficiencia de información de todos los aseguradores

Consecuencia de lo anterior, aunque son importantes algunas de las propuestas del MSPS sobre el tema, es claro que el registro y notificación de negaciones debe cambiar la forma actual de su realización, el cual debe acompañarse de un sistema de auditorías

y, además, de un sistema de actuaciones inmediatas que impida y solucione cualquier conducta anormal que ponga en riesgo la salud y la vida de los ciudadanos en el sistema de salud, y que además, permita actuaciones administrativas y/o disciplinarias inmediatas sobre las entidades y responsables de conductas violatorias del derecho a la salud.

II. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (SNS)

Respecto a esta orden, la Defensoría del Pueblo le solicitó a la Superintendencia informar lo siguiente: i. 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, ii. Cuáles son los mecanismos mediante los cuales se solucionan los problemas de calidad en el reporte de información por parte de las EPS, iii. ¿Cuántas y cuales acciones a emprendido la Supersalud en contra de la entidades que no han enviado la información respectiva, o que habiéndola enviado, es de deficiente calidad?, iv. ¿Contra qué EPS se han iniciado dichas investigaciones? y si se ha sancionado ¿en qué consistió la misma?, ¿Cuántas de las EPS sancionadas han cumplido con la sanción impuesta?, ¿Qué problemas han identificado para el cumplimiento de lo ordenado? ¿Cuáles problemas persisten? ¿Cómo se ha pensado superarlos? y ¿Cuál es el avance en el cumplimiento de lo ordenado?

Como respuesta a la anterior solicitud de información, la Defensoría recibe dos informes de la SNS: el primero con radicado N° 2 -2014-023871, de abril 22 de 2014 y el segundo con radicado N° 2 -2014-028069 de mayo 2 de 2014.

En el primero, resalta como un logro la reducción de negaciones, de 380.549 en 2012 a 286.919 en 2013.

En el segundo, la Supersalud hace una claridad importante sobre las negaciones que se asumen para el estudio, no relacionada en el primero, así:

“Teniendo en cuenta que la Sentencia T-760 solicita informar los servicios no tramitados ante el CTC y los negados por esta instancia se entendió en el sector que el informe correspondía a los servicios no incluidos en el POS, que son los que se llevan ante dicho Comité. De otro lado los servicios POS no deben ser negados por las EPS, por lo que en estos informes fundamentalmente encontramos servicios NO POS.”

Puede ser esta la razón por la cual hay diferencias entre los dos informes que presenta, a lo cual, la Superintendencia agrega:

“Con la información reportada por las EPS, en cumplimiento de la Resolución 744, no es posible saber cuál fue el total de solicitudes realizadas y cuántas de ellas fueron resueltas sin necesidad de ser sometidas al CTC.”

Hay diferencias en las conclusiones, mientras que en el primero la disminución de negaciones en el Régimen Subsidiado obedece a un efecto de la unificación de planes de beneficios, en el segundo, se amplía:

“Todavía persiste un sub registro importante de servicios negados, en especial en el Régimen Subsidiado, lo que se deduce del hecho de que su tasa de negaciones sea la mitad de la del Régimen Contributivo.”

Dadas las disparidades en algunos conceptos, se continúa con la respuesta dadas por la SNS a la Defensoría.

1. LAS RESPUESTAS QUE SE HAN ADOPTADO POR LA ENTIDAD O EL SISTEMA.

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

- 1.1. 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.

La SNS presenta una relación de los registros de negaciones de las EPS para el 2013. Algunas EPS muestran falta de Registros:

- Comfenalco Antioquia
- Comfenalco Valle
- Empresas Públicas de Medellín
- Famisanar
- Ferrocarriles Nacionales
- Humana Vivir
- Salud Vida
- Solsalud
- Servicio Occidental de Salud
- Anas Wayu
- Confaboy
- Confachoco



- Confacor
- Confacundi
- Confahuila
- Confama
- Savia salud
- Comfamiliar Cartagena
- Comfasucre
- Condor
- Convida
- Dusakawi (ningún registro)
- Emdisalud (ningún registro)
- Famisalud-Comfanorte
- Mallamas
- Manexka
- Selva Salud (un registro)
- Solsalud

En el segundo informe la Superintendencia especifica que 40 EPS presentaron informe durante el período estudiado, 2012 – 2013.

“Régimen Contributivo. Aliansalud, Cafesalud, Colpatria, Comfenalco Valle, Compensar, Coomeva, Cruz Blanca, EPM, Golden Group, Nueva EPS, Salud Total, Saludvida, Sanitas, Solsalud. SOS y Sura. Esto significa un cumplimiento del entre las EPS de este régimen.”

Régimen Subsidiado. Ambuq, Anas Wayuu, Asmet Salud, Cafam, Cajacopi, Caprecom, Colsubsidio, Comfaboy, Confacor, Confahuila, Confama/Savia Salud, Comfasucre, Comparta, Convida, Coosalud, Eccopsos, Emdisalud, Emssanar, Famisalud-Comfanorte, Mallamas, Mutual Ser, Pijaos Salud, Saludvida y Solsalud. Esto significa un cumplimiento del 57. 14% entre las EPS de este régimen.”

Llama la atención a la Defensoría, la variabilidad intra e inter EPS en el reporte de casos que no es fácilmente explicable en el informe de registros o en la documentación de la SNS.

La SNS presenta 16 tipos de deficiencia en la información, dentro de los cuales persiste el no diligenciamiento de los motivos de negación por CTC o por su no trámite a través del mismo.

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

La SNS manifiesta que utiliza la depuración manual de los datos, según la cual la información es devuelta a la EPS para completarla.

Para la Defensoría del Pueblo, es claro, sin embargo, que los mecanismos relacionados no solucionan las fallas del modelo de registro y reporte actual.

- 1.3. ¿Cuántas y cuales acciones a emprendido la SNS en contra de la entidades que no han enviado la información respetiva, o que habiéndola enviado, es de deficiente calidad?

La SNS manifiesta que ha realizado 27 requerimientos escritos, por no remisión de información. En cuanto a requerimientos telefónicos, manifiestan hacerlos cuando la información allegada, tenía problemas de calidad.

- 1.4. ¿Contra qué EPS se han iniciado dichas investigaciones? y si se ha sancionado ¿en qué consistió la misma?

La SNS informa que no han realizado investigaciones y por tanto no hay sanciones.

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

No se han sancionado.

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

No hay respuesta.

- 1.7. ¿Cuáles problemas persisten? ¿Cómo se ha pensado superarlos?

No hay respuesta.

- 1.8. ¿Cuál es el avance en el cumplimiento de lo ordenado?

La SNS manifiesta que como producto de la unificación del POS se ha disminuido el 52% de los casos de negación, en el Régimen Subsidiado.

Para la Defensoría, puede ser apresurada esta conclusión y menos tranquilizante ante los problemas de suficiencia y calidad de la información.

2. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

Para la Defensoría del Pueblo, aún no se define o cuantifica un progreso real y verificable, desde el informe de 2012. El progreso estaría representado, entre otros, si no se negaran beneficios POS, si se tuviera información fiable del total de negaciones, POS y No POS; si no existieran menores errores que se pueden confundir con negaciones y, si la información oportuna para control concurrente se diera.

3. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

- Persisten las violaciones continuas del derecho a la salud por parte de las EPS, ante la ausencia de un esquema de vigilancia y de acciones de control.
- No hay investigaciones ni sanciones de las negaciones injustificadas a los beneficios a que tienen derecho los ciudadanos.
- Persisten los problemas de información.
- La ausencia de investigaciones y sanciones para las faltas que comenten los aseguradores, frente al esquema mismo de registro y reporte.
- No hay seguridad de la naturaleza de las negaciones.

4. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Reconoce la Defensoría del Pueblo los esfuerzos institucionales para el logro de una protección efectiva del Derecho a la Salud, pero para un ciudadano, afiliado o usuario, en cualquiera de sus roles, es necesario contar con la protección institucional suficiente y oportuna al momento de presentar un necesidad que deba ser satisfecha mediante la prestación de servicios y, desafortunadamente, el modelo actual no satisface ni los resultados propuestos, ni la protección a que tiene derecho, mediante un sistema de información que de manera oportuna y continua este garantizando la actuación inmediata de las instituciones en la protección de su derecho fundamental a la salud. Así lo establecen los informes de las entidades responsabilizadas:

“A manera de conclusión general, podría decirse que la casi totalidad de los servicios negados, cuentan con una justificación legal, administrativa o técnica, sin que por ello sea posible concluir que el volumen de negaciones sea consecuencia de una actitud negligente o deliberada de quien le corresponde autorizarlos. Así las

cosas con este tipo de reporte no es posible identificar de fondo las EPS que violan el goce efectivo del derecho a la salud."

Por tal motivo, la defensoría del Pueblo insiste, que el MSPS y la SNS orienten un esfuerzo concreto a que las acciones regulatorias de política pública y las correspondientes de vigilancia y control, se articulen hacia el conocimiento de todas las conductas violatorias al derecho a la salud que cometan no solo los aseguradores, sino cualquier otro agente en el sistema, al momento de la prestación de los servicios en salud. El cambio de esquema deberá contener auditorías continuas, así como el uso de tecnologías informáticas que conduzcan a la superación de la situación de violación del derecho a la salud por negaciones injustificadas de los servicios.

En esta línea, si deben evaluarse las funciones y alcances de los CTC, dado que estos, como lo refiere el documento de tutelas 2013, de la Defensoría del Pueblo, "*... el hecho de que nieguen servicios por considerar el CTC que no existe un riesgo inminente de morir, deja de lado las posibles consecuencias por la inoportunidad en la atención.*"

Con base a lo expuesto y de conformidad al estudio propio sobre negaciones realizado por la Defensoría del Pueblo, esta considera que la orden décima novena no se cumple, a pesar de acciones institucionales positivas relacionadas.

A continuación se presenta el estudio que la Defensoría del Pueblo realizó con información de reportes enviados por las EPS a la entidad.

ESTUDIO ELABORADO POR LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO NEGACIONES DE SERVICIOS POR PARTE DE LAS EPS. ORDEN 19 -2013

1. ANTECEDENTES

En este capítulo se hace un resumen de las negaciones de servicios reportada por las EPS tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado durante 2013 en cumplimiento de la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008 y la Resolución 744 de 2012 expedida por el Ministerio de salud y Protección Social en cumplimiento del auto 043 de 2012 de la Honorable Corte Constitucional.

La Defensoría del Pueblo después de evaluar las bases de datos enviadas por las distintas EPS hasta el año 2011, le manifestó a la Corte Constitucional la falta de compromiso por parte de éstas para el envío de dicha información y la mala calidad de la misma, razón por la cual no permitía cumplir con el objetivo de la orden 19. Ante dicha solicitud, la Honorable Corte Constitucional, Sala Especial de Seguimiento, en el numeral primero de la parte resolutive del Auto N° 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".

En cumplimiento a lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 744 de 2012, derogando la Resolución número 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 solicitada en la orden a la Superintendencia Nacional de Salud, la Comisión de Regulación en Salud - CRES (hoy liquidada), a la Defensoría del Pueblo y a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de dicho ministerio o a la dependencia que hiciera sus veces.

2. INFORMACIÓN REPORTADA

En atención a la información allegada a esta entidad, por parte de cincuenta y ocho (58) entidades de aseguramiento, éstas reportaron 297.433 negaciones de servicios en salud.

• No obstante, la Defensoría del Pueblo en la revisión de la información reportada, siguió encontrando problemas de calidad en la misma, similares a los de 2012, especialmente en clasificación del tipo de servicio negado (medicamentos clasificados como procedimientos, procedimientos ubicados en actividades, etc.), mala calificación del CUMS y CUPS (mismo servicio con varios códigos, en ocasiones diferentes a CUMS y CUPS) y, problemas de codificación de algunos registros, los cuales fueron detectados en el cruce efectuado entre la base de negaciones y las tablas CUMS y CUPS.

• Por lo anterior y con el fin de rendir a la Corte Constitucional un informe más cercano a la realidad, la Defensoría del Pueblo realizó depuraciones a las bases de datos enviadas a esta entidad.

• A continuación se realizará un análisis de dicha información.

2.1. Negación de servicios según contenidos

• Una vez reclasificados y ampliadas las categorías de contenidos, el mayor número de negaciones correspondieron a medicamentos (59,65%), seguidas de prótesis, órtesis e insumos médicos (12,99%) e imágenes diagnósticas (6,40%) (Tabla 1).

• Al analizar separadamente la composición de las negaciones dentro de cada uno de los regímenes, en el contributivo sigue el mismo patrón que el general, mientras que en el subsidiado, hay una mayor relevancia en los exámenes paraclínicos y en otras relacionadas con salud (Gráfica 1).

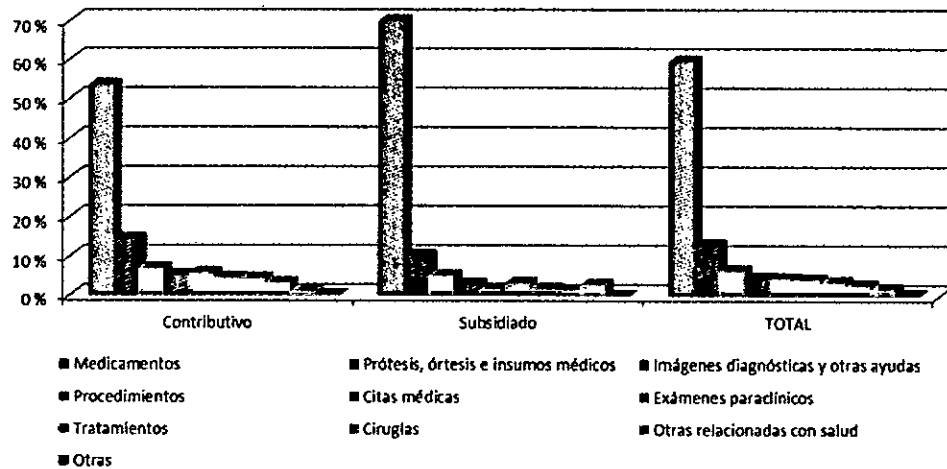
Tabla N° 1
Negaciones de servicios según contenido
Periodo 2013

	REGIMEN				TOTAL	
	Contributivo		Subsidiado		N° Negaciones	Part %
	N° Negaciones	Part %	N° Negaciones	Part %		
Medicamentos	101.735	53,51	75.695	70,53	177.430	59,65
Prótesis, órtesis e insumos médicos	27.602	14,52	11.046	10,29	38.648	12,99
Imágenes diagnósticas y otras ayudas	13.445	7,07	5.582	5,20	19.027	6,40
Procedimientos	10.074	5,30	3.179	2,96	13.253	4,46
Citas médicas	11.108	5,84	1.817	1,69	12.925	4,35
Exámenes paraclínicos	8.847	4,65	3.445	3,21	12.292	4,13
Tratamientos	8.414	4,43	1.850	1,72	10.264	3,45
Cirugías	6.308	3,32	1.605	1,50	7.913	2,66
Otras relacionadas con salud	2.037	1,07	3.040	2,83	5.077	1,71
Otras	536	0,28	68	0,06	604	0,20
TOTAL SOLICITUDES	190.106	100,00	107.327	100,00	297.433	100,00

Fuente: Reporte de Negaciones EPS

Cálculos: Defensoría del Pueblo

Gráfica N° 1
Negación de servicios según contenidos
Periodo 2013



Teniendo en cuenta la modalidad de atención, el 83,39% correspondió a negaciones de tipo ambulatorio y el 16,37% a negaciones hospitalarias (Tabla 2). En el caso de estas últimas, el porcentaje de negaciones se considera alto, ya que cuando el usuario está siendo atendido a nivel intrahospitalario los prestadores asumen la administración de todo el paquete de atención que requiera el paciente, según su nivel de complejidad y el tipo de contrato – según nivel - que tenga con el asegurador, por lo que las negaciones deberían ser mínimas.

Tabla N° 2
Negaciones de servicios según modalidad de atención
Periodo 2013

	REGIMEN				TOTAL	
	Contributivo		Subsidiado		N° Negaciones	Part %
	N° Negaciones	Part %	N° Negaciones	Part %		
Ambulatorio	160.409	84,38	87.608	81,63	248.017	83,39
Hospitalario	29.548	15,54	19.136	17,83	48.684	16,37
Urgencias	61	0,03	292	0,27	353	0,12
Domiciliario	88	0,05	240	0,22	328	0,11
No Informa	0	0,00	51	0,05	51	0,02
TOTAL SOLICITUDES	190.106	100,00	107.327	100,00	297.433	100,00

Fuente: Reporte de Negaciones EPS
Cálculos: Defensoría del Pueblo

2.2. Negaciones de servicios según régimen

De las 297.433 negaciones reportadas, el 63,9% correspondieron al régimen contributivo y el 36,08% al subsidiado. Respecto del año 2012² la participación de las negaciones en el régimen contributivo aumentaron en 13,2 puntos porcentuales.

2.2.1. Negaciones de servicios en el régimen contributivo

En el régimen Contributivo, diez y nueve (19) EPS y (2) dos entidades obligadas a compensar - EOC - reportaron información durante el periodo en estudio; como se dijo anteriormente el 63,9% de las negaciones correspondieron a este régimen y Coomeva con el 46,84% es la EPS con mayor número de negaciones, seguida de Nueva EPS (10,68%), Aliansalud (8,27%) y Sura EPS (7,57%) (Tabla N° 3).

Tabla N° 3
Negaciones de servicios según EPS en régimen Contributivo

	Nº de Negaciones 2012	% ²	Promedio ³ mensual negaciones 2012	Promedio mensual ³ negaciones 2013	Variación %
Coomeva	89.044	46,84	3.708	7.420	100,10
Nueva EPS	20.307	10,68	1.220	1.692	38,71
Aliansalud	15.719	8,27	1.326	1.310	-1,24
Sura EPS	14.390	7,57	549	1.199	118,48
Salud Total	11.162	5,87	1.401	930	-33,59
Sanitas	5.922	3,12	405	494	22,00
Saludcoop	5.827	3,07	432	486	12,44
Compensar	5.241	2,76	418	437	4,52
Confenalco Antioquia	5.209	2,74	467	434	-6,95
Servicio Occidental de Salud S.O.S	4.918	2,59	318	410	29,03
Famisanar	4.601	2,42	717	383	-46,55
Golden Group EPS	2.155	1,13	81	180	122,74
Confenalco Valle	1.830	0,96	248	153	-38,54
Cafesalud	1.326	0,70	112	111	-1,23
Humana Vivir	1.102	0,58	236	92	-61,09
Cruz Blanca	1.100	0,58	55	92	67,09
Solsalud	116	0,06	35	10	-72,38
Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia	68	0,04	4	6	37,37
Salud Colpatria	40	0,02	25	3	-86,73
Saludvida	20	0,01	8	2	-77,78
Empresas Públicas de Medellín	9	0,00	0	1	-
Total	190.106	100,00	11.763	15.842	34,68

Fuente: Reporte de Negaciones EPS

² Con base en 8 meses (mayo -diciembre)

Cálculos: Defensoría del Pueblo

Para efectos comparativos con el año anterior, se calculó el promedio mensual³ para los años 2012 y 2013. De esta manera, el promedio mensual de negaciones en el régimen contributivo aumentó en 34,68%, encontrando que Golden Group, Sura EPS y Coomeva, aumentaron el promedio de negaciones sustancialmente (Tabla 90).

² Participación calculada con base en información mayo-diciembre

³ Para el año 2012 se calculó con base en 8 meses (mayo-diciembre)

2.2.2. Negaciones de servicios en el régimen subsidiado

En el Régimen Subsidiado, treinta y siete (37) EPS reportaron información y del total de negaciones, el 36,08% correspondieron a este régimen. Caprecom con más de la mitad de las negaciones (55,83%) se ubica en primer lugar, seguida de Comparta (6,65%), Coosalud (5,76%) y Comfama/Savia (5,25%) (Tabla N° 4).

Tabla N° 4
Negaciones de servicios según EPS en régimen subsidiado

EPS	Nº de Negaciones 2012	Porcentaje 2012	Promedio mensual negaciones 2012	Promedio mensual negaciones 2013	Variancia
Caprecom	59 919	55,83	3.375	4.993	47,97
Comparta	7.134	6,65	202	595	194,31
Coosalud	6.186	5,76	522	516	-1,29
Comfama/Savia	5.635	5,25	233	470	101,97
Humana Vivir	4.958	4,62	1.671	413	-75,27
Comfamiliar Huila	4.819	4,49	217	402	84,85
Manexka	2.520	2,35	86	210	145,61
Comfamiliar de la Guajira	1.929	1,80	257	161	-37,54
Emdis Salud	1.405	1,31	210	117	-44,15
Emssanar	1.400	1,30	53	117	118,58
Cafam	1.382	1,29	231	115	-50,17
Asociación Mutual ser	1.199	1,12	2.032	100	-95,08
Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud"	1.012	0,94	46	84	82,84
Colsubsidio/Comfenalco	1.002	0,93	209	84	-60,07
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quidó	819	0,76	199	68	-65,75
Capital Salud	709	0,66	883	59	-93,31
Unicajas/Comfacundi	652	0,61	136	54	-60,16
Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar "Dusakaw"	582	0,54	0	49	-
Pijaos salud EPSI	542	0,50	39	45	17,32
Cafesalud Subsidiado	466	0,43	29	39	33,91
Asociación Indígena del Cauca	455	0,42	72	38	-46,97
Anas Wayuu EPS indígena	419	0,39	109	35	-67,93
Cajacopi	369	0,34	20	31	55,70
Comfacor	320	0,30	192	27	-86,13
Corvida	299	0,28	16	25	52,16
Empresa Cooperativa Solidaria de Salud "Ecoopos"	236	0,22	107	20	-81,58
Sotsakud Subsidiado	225	0,21	56	19	-66,22
Saludvida Subsidiado	132	0,12	43	11	-74,49
Solvasalud	115	0,11	0	10	-
Cóndor EPS	102	0,10	106	8	-92,01
Comfaboy	75	0,07	9	6	-29,58
ComfaOriente	74	0,07	17	6	-63,73
Comfamiliar Cartagena	66	0,06	4	6	51,72
Comfasucre	59	0,05	22	5	-77,26
Mallamas EPSI	51	0,05	9	4	-50,72
Comfamiliar de Nariño	38	0,04	0	3	-
Capresoca	22	0,02	0	2	-
Total	107.327	100,00	11.421	8.944	-21,69

Fuente: Reporte de Negaciones EPS
* Con base en 8 meses (mayo -diciembre)
Cálculos: Defensoría del Pueblo

En este régimen, también se calcularon los promedios mensuales⁴ para los años 2012 y 2013. De esta manera, el promedio de negaciones en el régimen subsidiado disminuyó en 21,69% con relación al año anterior y las EPS-S Comparta, Manexka, Emssanar y Comfama, fueron las entidades con los incrementos más altos (Tabla 91).

⁴ Para el año 2012 se calculó con base en 8 meses (mayo-diciembre)

2.3. Negaciones de servicios según diagnóstico.

De acuerdo con la Resolución 744 de 2012, la base de datos de negaciones incluye la variable del diagnóstico correspondiente a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). La información se presenta resumida en los capítulos de la misma (Anexo 3), encontrando que los diagnósticos más frecuentes, son aquellos relacionados con las enfermedades del sistema circulatorio (8,83%), seguido de enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (8,57%), tumores o neoplasias (8%) y enfermedades de los ojos (7,85%) (Tabla 5).

Respecto a las enfermedades del sistema circulatorio las negaciones más frecuentes son los medicamentos, exámenes clínicos y las citas médicas. Las enfermedades presentes en este diagnóstico, fueron en su orden, hipertensión arterial, enfermedad isquémica crónica del corazón, secuelas de enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca y fibrilación y aleteo auricular.

En cuanto al sistema osteomuscular las imágenes diagnósticas y los medicamentos especialmente los biológicos son los más negados. Las enfermedades agrupadas en este sistema más negadas son dorsalgia, osteoporosis, compromiso sistémico del tejido conjuntivo, artrosis, trastornos de los tejidos blandos, lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoidea.

En lo referente a tumores y neoplasias, las solicitudes más negadas son los medicamentos tales como el oxiplatino para la quimioterapia, los complementos nutricionales y los kit de ostomía. Los cánceres más frecuentes fueron tumor maligno de mama, tumor de próstata, leucemia linfoide, tumor de colon, tumor de estómago, leucemia mieloide, tumor de encéfalo y tumor de recto. Esta información coincide con lo encontrado en tutelas, donde se solicitan los tratamientos integrales para quimioterapias, radioterapias y nuevas tecnologías para el tratamiento.

Finalmente, en lo referente a oftalmología los colirios son de las solicitudes más negadas. Entre las enfermedades oculares se encontró el glaucoma, trastornos de la retina, trastornos de la acomodación y de refracción, conjuntivitis, trastornos de la córnea, cataratas, trastornos del aparato lagrimal y queratitis. Es de resaltar que respecto a este diagnóstico, muchas de las negaciones se deben a la falta de actualización del Plan de Beneficios de acuerdo a las nuevas necesidades de los usuarios.

En las enfermedades endocrinas las solicitudes más negadas tienen que ver con el tema del bypass gástrico y de todos los requerimientos que realizan las personas después de esta intervención. Las patologías más frecuentes en este grupo son la obesidad, diabetes mellitus, desnutrición proteínocalórica, trastornos metabólicos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias.

En el régimen contributivo, los diagnósticos más frecuentes fueron las enfermedades del sistema osteomuscular (9,98%), seguido de síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio (8,74%), enfermedades del sistema circulatorio (8,67%), enfermedades del sistema digestivo (7,98%) y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (7,86%).

En el caso del régimen subsidiado, lo más frecuente es el diagnóstico de tumores (11,08%), seguido de enfermedades del ojo (9,91%), enfermedades del sistema circulatorio (9,11%), enfermedades del sistema nervioso (7,68%) y enfermedades del sistema respiratorio (7,10%).

Correlacionando estos datos con las acciones de tutela interpuestas por los ciudadanos, en el régimen contributivo se encuentra coincidencia en ortopedia, gastroenterología y endocrinología, siendo menos frecuentes en cardiología. En cuanto al régimen subsidiado, coinciden también con oncología, oftalmología, neurología y neurocirugía, siendo menos frecuentes cardiología y neumología.

Tabla N° 5
Negaciones de servicios según diagnóstico -Periodo 2013

	REGIMEN				TOTAL	
	Contributivo		Subsidiado		N°	
	N°	Part %	N°	Part %	Negaciones	Part %
Enfermedades del sistema circulatorio	16.479	8,87	9.777	9,11	26.256	8,83
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	18.966	9,98	6.523	6,08	25.489	8,57
Tumores (Neoplasias)	11.906	6,26	11.889	11,08	23.795	8,00
Enfermedades del ojo y sus anexos	12.702	6,68	10.038	9,91	23.338	7,85
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	16.618	8,74	4.069	4,35	21.287	7,18
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	14.944	7,86	6.169	5,75	21.113	7,10
Enfermedades del sistema nervioso	12.157	6,39	6.248	7,68	20.405	6,98
Enfermedades del sistema digestivo	15.175	7,98	4.599	4,29	19.774	6,65
Trastornos mentales y del comportamiento	13.872	7,30	5.240	4,88	19.112	6,43
Enfermedades del aparato genitourinario	11.988	6,31	7.079	6,60	19.067	6,41
Enfermedades del sistema respiratorio	11.107	5,84	7.625	7,10	18.732	6,30
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	5.526	2,91	4.377	4,08	9.906	3,33
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa	5.487	2,89	4.349	4,05	9.836	3,31
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	6.146	3,23	2.801	2,61	8.947	3,01
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	3.780	1,99	3.804	3,54	7.584	2,55
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1.801	0,95	2.469	2,30	4.270	1,44
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2.500	1,32	1.706	1,59	4.206	1,41
Embarazo, parto y puerperio	1.582	0,83	1.354	1,26	2.936	0,99
Enfermedades de la sangre y de órganos hemetopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	1.702	0,90	1.232	1,15	2.934	0,99
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	1.636	0,86	1.009	0,94	2.645	0,89
Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	572	0,30	280	0,24	832	0,28
No clasificada	3.448	1,81	1.512	1,41	4.960	1,67
TOTAL SOLICITUDES	190.106	100,00	107.327	100,00	297.433	100,00

Fuente: Reporte de Negaciones EPS

Cálculos: Defensoría del Pueblo

2.4. Negaciones de servicios según grupo de edad

Las mayores negaciones de servicios se dieron en el grupo poblacional mayor de 60 años, con el 36,24%, seguido del grupo de 40 a 60 años (27,27%) y usuarios entre 18 y 40 años (18,71%) (Tabla 6).

Respecto al grupo de mayores de 60 años, son los que pacientes que más demandan servicios de salud, por padecer enfermedades crónicas y de alto costo, siendo los servicios más negados, lo inherentes a las enfermedades de glaucoma, enfermedades pulmonares obstructivas, aquellas relacionadas con el sistema circulatorio especialmente hipertensión, trastornos de retina, hiperplasia y tumores de próstata, secuelas de enfermedades cerebrovasculares, enfermedad isquémica del corazón, trastornos del sistema urinario y osteoporosis; como se dijo anteriormente son patologías las cuales requieren de tratamientos de largo plazo en su mayoría.

En el grupo de 40 a 60 años se encuentra la población que empieza a demandar servicios generalmente para valorar su estado de salud, los cuales tienen que ver con pruebas diagnósticas, siendo los más frecuentes, los relacionados con patologías como glaucoma, hipertensión, obesidad, tumor maligno de mama, dorsalgia, gastritis y duodenitis, epilepsia, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus e hiperplasia de la próstata; situación muy similar al rango anterior.

En el grupo de 18 a 40 años, se encuentran ubicadas las mujeres en edad fértil que son altamente demandantes, los cuales recurren por embarazo de alto riesgo y dolor abdominal pélvico. Igualmente, se niegan servicios por enfermedades relacionadas con epilepsia, obesidad, VIH, gastritis y duodenitis, lupus eritematoso sistémico, dorsalgia, trastornos de la córnea, cálculos de riñón y migraña.

Tabla N° 6
Negaciones de servicios según grupos de edad
Periodo 2013

	REGIMEN				TOTAL	
	Contributivo		Subsidiado		N°	Part %
	N°	Part %	N°	Part %		
	Negaciones	Part %	Negaciones	Part %	Negaciones	Part %
Hasta 5 años	10.369	5,45	9.169	8,54	19.538	6,57
Entre 5 y 10 años	8.540	4,49	5.199	4,84	13.739	4,62
Entre 10 y 18 años	11.206	5,89	8.229	7,67	19.435	6,53
Entre 18 y 40 años	34.818	18,32	20.840	19,42	55.658	18,71
Entre 40 y 60 años	54.368	28,60	26.746	24,92	81.114	27,27
Mayores de 60 años	70.796	37,24	36.993	34,47	107.789	36,24
Sin datos	9	0,00	151	0,14	160	0,05
TOTAL NEGACIONES	190.106	100,00	107.327	100,00	297.433	100,00

Fuente: Reporte de Negaciones EPS

Cálculos: Defensoría del Pueblo

En cuanto a los usuarios de edades entre 10 y 18 años los diagnósticos más frecuentes se dan por epilepsia, parálisis cerebral infantil, trastornos hipercinéticos, rinitis, asma, trastornos específicos de las habilidades escolares y conjuntivitis. Que en su mayoría son tratamientos para el resto de la vida.

En los menores de edades entre 5 y 10 años, los diagnósticos más frecuentes son: Parálisis cerebral infantil, epilepsia, trastornos hipercinéticos, asma, rinitis, trastornos específicos de las habilidades escolares, conjuntivitis y leucemia linfoide.

En los niños menores de 5 años los diagnósticos están relacionados con trastornos en la gestación, asma, epilepsia, enfermedades del reflujo gastroesofágico, parálisis cerebral infantil, rinitis alérgica, bronquiolitis, neumonía, desnutrición, diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso.

Es importante tener en cuenta que a pesar de que los últimos tres rangos gozan de protección constitucional, donde sus derechos priman sobre los derechos de los demás, se encuentra un número considerable de negación de servicios, especialmente de aquellas patologías que pueden ser prevenibles (desnutrición y patologías infecciosas).

2.5. Negaciones de servicios según trámite realizado

De las 297.433 negaciones de servicios de salud reportadas por las EPS, el 57,62% fueron negadas por los Comités Técnicos Científicos -CTC- de las entidades, a pesar de haber sido ordenado por el médico tratante. Estas negaciones fueron mayores en el régimen contributivo en donde el porcentaje alcanzado fue de 78,76%. En lo que respecta a las solicitudes que fueron negadas y no tramitadas por el CTC, la mayor participación fue en el régimen subsidiado con un 79,83%. (Tabla 7).

Tabla 7
Negaciones de servicios según trámite realizado
Periodo 2013

	RÉGIMEN				TOTAL	
	Contributivo		Subsidiado		N° Negaciones	Part %
	N° Negaciones	Part %	N° Negaciones	Part %		
Ordenado por médico tratante y negado por CTC	149.734	78,76	21.641	20,16	171.375	57,62
Ordenado por médico tratante y no tramitado ante CTC	40.370	21,24	85.677	79,83	126.047	42,38
Sin información	2	0,00	9	0,01	11	0,00
TOTAL NEGACIONES	190.106	100,00	107.327	100,00	297.433	100,00

Fuente: Reporte de Negaciones EPS

Cálculos: Defensoría del Pueblo

2.5.1. Negaciones ordenadas por médico tratante y negado por CTC

Como se mencionó, el 57,62% de lo ordenado por el médico tratante fue negado por el CTC. La razón principal es "la no pertinencia de la solicitud realizada por el profesional tratante" (27,72%), seguido de "otros motivos" (25,63%), el "no cumplimiento con las normas del INVIMA" (16,84%) y, "la información aportada por el profesional es incompleta o insuficiente" (14,89%) (Tabla 8).

Respecto a la "no pertinencia" de lo ordenado por el médico tratante, el hecho de que el comité técnico científico considere lo ordenado por el galeno como "no pertinente" afecta la autonomía médica.

En cuanto al no cumplimiento de las normas INVIMA, la negación por parte del CTC, se debe a la no autorización por parte de dicha entidad de los segundos usos de medicamentos.

Es preocupante el hecho de que muchas de las negaciones sean por mal diligenciamiento de los formularios ya que este, es responsabilidad del médico tratante, situación que no debe afectar la prestación del servicio al paciente.

Finalmente el hecho de que nieguen servicios por considerar el CTC que no existe un riesgo inminente de morir, deja de lado las posibles consecuencias por la inoportunidad en la atención.

Igualmente es alarmante que se esté llevando a los CTC la valoración de servicios que ya están en el POS, congestionando esta instancia y retrasando los posibles tratamientos que los pacientes requieren.

Tabla 8
Negaciones por CTC según régimen
Periodo 2013

	REGIMEN				TOTAL	
	Contributivo		Subsidiado		N°	Part %
	N°	Part %	N°	Part %		
No existe pertinencia de la solicitud realizada por el Profesional de la salud tratante	46.827	31,27	672	3,11	47.499	27,72
No cumple con las normas vigentes del Invima	26.242	17,53	2.616	12,09	28.858	16,84
La información aportada por el profesional de la Salud es incompleta o insuficiente	21.998	14,69	3.523	16,28	25.521	14,89
No existe riesgo inminente para la vida del paciente	12.069	8,06	3.800	17,56	15.869	9,26
El servicio solicitado no es de salud	3.310	2,21	2.192	10,13	5.502	3,21
El servicio solicitado es POS	1.226	0,82	1.961	9,06	3.187	1,86
El médico solicitante no pertenece a la red de la EPS	883	0,59	75	0,35	958	0,56
La cobertura de otras pólizas no ha sido agotada	21	0,01	30	0,14	51	0,03
La cobertura de la póliza del SCAT no ha sido agotada	12	0,01	1	0,00	13	0,01
Otros motivos	37.146	24,81	6.771	31,29	43.917	25,63
TOTAL SOLICITUDES	149.734	100,00	21.641	100,00	171.375	100,00

Fuente: Reporte de Negaciones EPS

Cálculos: Defensoría del Pueblo

Entre "otros motivos" relacionados en la negación de los CTC, se identificaron como los más frecuentes los tratamientos experimentales -expresamente excluidas del POS- los "soportes incompletos e inconsistentes" y, "no hay información suficiente para la toma de la decisión del CTC".

2.5.2. Negaciones ordenadas por médico tratante y no tramitadas ante el CTC

Las solicitudes que fueron negadas y no tramitadas ante el CTC correspondieron al 42,38%, siendo superior en el régimen subsidiado. Las razones por las cuales no se llevaron al CTC fueron: "Otros motivos" (74,24%), "servicios POS" (21,28%) y, "el usuario presenta periodo en mora" (2,13%) (Tabla N°9).

Tabla 9
Negaciones no tramitadas ante CTC según régimen
Periodo 2013

	REGIMEN				TOTAL	
	Contributivo		Subsidiado		Negaciones	Por %
	Nº	Por %	Nº	Por %		
Servicio POS	26.113	64,68	714	0,83	26.827	21,28
El usuario presenta periodo de mora	2.591	6,42	98	0,11	2.689	2,13
El usuario se encuentra en periodo de Urgencia	1.044	2,59	72	0,08	1.116	0,89
La cobertura del SOAT no ha sido agotada	74	0,18	889	1,04	963	0,76
La cobertura de la póliza de otros seguros no ha sido agotada	370	0,92	18	0,02	388	0,31
Cambio de Régimen	114	0,28	96	0,11	210	0,17
Médico solicitante no pertenece a la red de la EPS	59	0,15	93	0,11	152	0,12
Traslado entre EPS	89	0,22	3	0,00	92	0,07
Otros motivos	9.883	24,48	83.692	97,68	93.575	74,24
Sin Información	33	24,81	2	31,29	35	25,63
TOTAL SOLICITUDES	40.370	100,00	85.677	100,00	126.047	100,00

Fuente: Reporte de Negaciones EPS

Cálculos: Defensoría del Pueblo

Al desglosar los "otros motivos" se encontraron negaciones por: "Servicio No POS" (se debe tramitar por subsidio a la oferta), "no cubierto por el POSS", "inconsistencias en soporte", "lo asume el ente territorial", "documentos pendientes según Decreto 1703 de 2002", "no fue diligenciado el formato CTC por el médico tratante", "error en la solicitud del servicio" y, "solicitud repetida".

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(...).

Esta orden es de cumplimiento tanto del MSPS como de la SNS.

Respecto a esta orden, tanto el MSPS como la SNS, centran sus respuestas en el Auto 249 de 2013, cuyo análisis, comentarios y observaciones realizadas por la Defensoría del Pueblo, fueron radicados en las oficinas de la Honorable Corte Constitucional el pasado 02 de mayo de 2014.

Posterior a este documento llega copia del informe enviado por las instancias responsabilizadas (MSPS y SNS) a la Corte Constitucional.

De dicho documento, la Defensoría del Pueblo reitera los dos avances metodológicos para el cumplimiento de la presente orden: El sistemas de auditorías sobre fuente primaria y el diseño de una herramienta para medir potencialmente la gestión de las IPS.

En cuanto al sistema de auditorías, la Defensoría reconoce el esfuerzo institucional por mejorar la calidad, suficiencia y confiabilidad de la información para el ordenamiento, bajo una metodología rigurosa de recolección, la cual deberá evaluarse con los resultados de la misma: alto costo como grupo de entidades trazadoras, supuestos de normalidad para cada subgrupo, marco muestral, resultados de la evaluación in situ, evaluación del comportamiento de los indicadores para cada criterio y precisión de seguimiento de la metodología, para que en un próximo ordenamiento, se cuente con la mejora en la homogeneidad de la información que tienen y proporcionan las aseguradores. Así mismo, los resultados deben ser consistentes con otros estudios

similares y válidos, frente a la realidad que tratan de representar, tanto para los fines del ordenamiento, como por su solidez, para fundamentar las medidas regulatorias y de control que corresponden.

Con relación a los resultados, existe alta variabilidad en la entrega de información o información que se considera útil para el cálculo del indicador. Este aspecto abre márgenes de error y posibles sesgos para el ordenamiento final y la ponderación necesaria para una medida de resumen.

Llama la atención a la Defensoría, sobre los cobros indebidos de cuotas moderadoras y copagos y, además, sobre el porcentaje de EPSS que incurrir en desacato, 80%, en el Régimen Subsidiado y 73% en el Régimen Contributivo.

La orden vigésima se cumple parcialmente con observaciones.

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 1º de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (...).

La orden es de cumplimiento del MSPS.

1. LAS RESPUESTAS QUE SE HAN ADOPTADO POR LA ENTIDAD O EL SISTEMA.

Al respecto, la Defensoría se permite informar acerca de las respuestas a cada uno de los interrogantes realizados por esta entidad:

1.1. ¿Cómo está garantizado el acceso de niños, niñas y adolescentes al POS?

El MSPS enfoca la respuesta remitiéndose a lo contestado en la orden 18 y en lo que se relaciona a continuación, lo cual está establecido en el numeral 6 del informe presentado por dicho ministerio.

Dicho numeral consta de las siguientes acciones:

1. Acciones estructurales.
 - a. Fortalecimiento de la oferta de servicios.
 - b. Desarrollo y fortalecimiento del talento humano especializado y auxiliar.
2. Acciones funcionales.
 - a. Conformación, articulación y operación de las redes de prestación de servicios de salud.
 - b. Implementación de procesos y modalidades de atención que faciliten el acceso e integralidad en la atención.

c. Definición de pautas técnicas y operativas.

Para la Defensoría del pueblo, la respuesta describe el plan ministerial para garantizar acceso a los beneficios POS. Sin embargo, no presenta un enfoque diferencial, específico para los niños, niñas y adolescentes, según lo solicitado.

1.2. Indicadores sobre acceso, oportunidad, disponibilidad y calidad de los beneficios del POS.

Al igual que la respuesta del 2012, el Ministerio se remite a los proyectos de Ley ordinaria de reforma al sistema de salud. Estos proyectos, según la entidad, propenden por una mejora sustantiva en cada uno de estos aspectos.

Divide los indicadores solicitados en dos grupos:

- Indicadores de acceso, disponibilidad y suficiencia
- Indicadores de continuidad, integralidad, resolutivez y calidad

Para el MSPS, los indicadores de acceso, disponibilidad y suficiencia, deberán conformarse y gestionarse como parte de los procesos de habilitación de EPS, conforme a los criterios de habilitación.

Con dicha orientación, el análisis cuantitativo parte del concepto de redes de salud suficientes en un entorno geográfico específico. Conforme a los criterios de habilitación, el MSPS establece que los indicadores cuantitativos se refieren al tratamiento y medición que de la demanda se haga en cada caso y lugar. En el análisis de demanda se tomarán en cuenta variables de contexto, de impacto y del mismo comportamiento de la demanda para determinar el déficit de servicios de salud. Como resultado, se identifican necesidades de atención locales y prioridades de territorio.

Así mismo, el Ministerio especifica que asumirá indicadores epidemiológicos nacionales de mortalidad y morbilidad como prioritarios de las necesidades y del acceso a los servicios de salud.

En cuanto a los indicadores de los atributos de continuidad, integralidad, resolutivez y calidad, la respuesta se orienta hacia el desempeño de los prestadores de servicios, a través de la gestión de los servicios en eventos trazadores. En este punto la fuente de información son los RIPS.

El Ministerio toma las actividades y procedimientos que deben realizarse para la atención de un evento. Se consideran, además, los tiempos, la cantidad de actividades y la continuidad de las mismas para satisfacer las necesidades de la población. Actualmente, refiere el Ministerio, tales indicadores se encuentran en diseño y desarrollo, los cuales estarán en los proyectos de Ley que actualmente cursan en el Congreso (hoy, no aprobada por el Congreso de la República por vencimiento del periodo legislativo).

Para su implementación, el MSPS define las "Áreas de Gestión Sanitarias" a partir de las regiones conocidas. En tales áreas se determina una demanda potencial y, luego, se realiza una comparación de la oferta actual en función de las necesidades calculadas.

Según el MSPS, los aspectos de oportunidad, integralidad, continuidad y resolutivez se analizan mediante indicadores de mortalidad evitable, teniendo como base la Resolución 412 de 2000. A partir de estos indicadores es posible identificar áreas donde no se están realizando las actividades y procedimientos definidos para tal fin.

1.3. Valor actual de la UPC para niños, niñas y adolescentes del Régimen Subsidiado frente al Régimen Contributivo

El Ministerio describe la base de cálculo diferencial de prima pura ponderada para diferentes regiones, según género y grupo etario. No presenta o define si existe una brecha para poblaciones similares, que en contextos diferentes, requieren de ponderaciones adicionales, por ejemplo por situación de demanda o redes de servicios.

Según el ministerio, dichas bases de cálculo toman el costo observado al interior de cada grupo etario y geográfico dividido por la población expuesta. Los resultados muestran una UPC ponderada menor para los niños, niñas y adolescentes del Régimen Subsidiado frente al Contributivo, excepto en el grupo de 15 años.

Para la Defensoría, en este punto debe observarse que, aunque el cálculo trata de ajustar por siniestros ocurridos pero no reportados, la base de cálculo orientada por los costos observados, deja de lado las barreras de acceso y la insuficiencia o diferencia de oferta de servicios entre regímenes. Igualmente, debe revisarse, a la luz de las respuestas de la orden 18 y 19, para garantizar disponibilidad y flujo de recursos para los niños del Subsidiado.

1.4. Informar el grado de cumplimiento de esta orden

El Ministerio califica su cumplimiento de esta orden en un 100%, de manera efectiva, ya que supero la diferencia de los planes de beneficios.

1.5. Impacto financiero de la unificación de los planes de beneficios.

Según el MSPS, la ampliación de los planes de beneficio ha consultado el marco fiscal de mediano plazo.

Para el Régimen Subsidiado: Las fuentes que se utilizan son fiscales y se encuentran incorporadas en el Presupuesto General de la Nación. El costo adicional por unificación, para 2013, costó 3 billones de pesos

Régimen Contributivo: El balance del Régimen Contributivo arrojó excedentes por 182 mil millones de pesos para 2013.

Las variables macro, como PIB, densidad salarial y de gasto, como la densidad familiar, son favorables a la generación de excedentes de este régimen. Con ello, se observa un incremento del 6,24 % en el Ingreso Base de Cotización en términos reales para 2013.

1.6. ¿Cuál es el impacto financiero que ha tenido la unificación de los planes de beneficios entre los aseguradores y prestadores?

Frente a este interrogante, el MSPS no presenta respuesta.

1.7. Sobre la implementación de este derecho a los beneficios unificados, solicitamos se informe a esta dependencia ¿cuál ha sido la respuesta de la BDUA? y la reglamentación de portabilidad en los términos de la Corte para clasificar conductas violatorias del derecho a la salud de la orden 19 y la orden 20 en la población del Régimen Subsidiado.

Con relación a la respuesta de la BDUA en todo el proceso de unificación de beneficios, como factor real que afecta el acceso de los ciudadanos a los servicios de salud, el MSPS informa que la respuesta a esta pregunta debe ser consultada por la Defensoría a la Oficina de TICs del propio Ministerio, lo que para esta entidad, demuestra falta de coordinación interna del ministerio respecto a un componente tan crítico del sistema como es la BDUA.

2. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

Se ha avanzado en el proceso de unificación de los planes de beneficios, considerando el manejo prudente de los recursos adicionales que se dispusieron para ello.

La implementación de la unificación, a pesar de las discusiones iniciales sobre su financiamiento, no ha conllevado afectación negativa en la viabilidad institucional de aseguradores y prestadores del Régimen Subsidiado. En el mismo sentido, la proyección de recursos adicionales a la demanda de servicios cuenta con el financiamiento respectivo en el marco fiscal de mediano plazo.

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

Como aspecto positivo también se pueden citar la disminución de algunas barreras de acceso como consecuencia de la reclasificación No POS.

Como aspecto negativo puede mencionarse el promedio de UPC por grupo etario de los menores de 15 años más bajo para el Régimen Subsidiado en comparación con el Contributivo.

4. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

- La BDUA continua presentando fallas, tales como inconsistencias por la fiabilidad de algunas fuentes, EPS, y reporte de fallecidos.
- La integralidad de la oferta de servicios es insuficiente en muchas zonas del país.
- Se discute sobre el menor financiamiento por UPC para los menores de 15 años, con relación a los mismos grupos etarios del Régimen Contributivo, cuando sus determinantes y necesidades en salud son mayores

5. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

- Es necesario evaluar las necesidades de inversión en oferta de servicios para garantizar, junto con un financiamiento por UPC ponderado, los principios de atención que se necesitan para una oferta integral, continua y de calidad del POS unificado para los menores de 15 años en el país.

- Según documento de trabajo de tutelas 2013, la Defensoría encuentra evidencia de comportamientos no apropiados por parte de los aseguradores en el aumento de negaciones POS para el Régimen Subsidiado tras la unificación de los planes de beneficio:

“Al observar los resultados del último año las solicitudes por servicios POS son del 69,96%, siendo esta cifra superior en el régimen subsidiado (75,63%). Lo anterior denota que la unificación del POS del régimen subsidiado con el régimen contributivo ocurrida a partir de julio de 2012, lo que hizo fue trasladar las negaciones que se venían haciendo en lo No POS subsidiado al POS unificado, por lo que el efecto del Acuerdo 032 de 2012 parece ser nulo, pues las EPS siguen con la negación de estos servicios...”

La orden vigésimo primera se cumple parcialmente con observaciones.

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 (...).

La orden es de cumplimiento por parte del MSPS.

1. LAS RESPUESTAS QUE SE HAN ADOPTADO POR LA ENTIDAD O EL SISTEMA.

Al respecto, la Defensoría se permite informar acerca de las respuestas a cada uno de los interrogantes realizados por esta entidad:

a. ¿Cómo se está garantizando el acceso de la población al POS unificado?

El MSPS, remite a la respuesta sobre indicadores de la orden veintiuno.

b. Enviar indicadores sobre el acceso, la oportunidad, la disponibilidad y calidad de los beneficios del POS.

El ministerio remite a la orden dieciocho, numeral sobre disponibilidad y acceso a Beneficios POS.

c. Informar sobre el valor actual de la UPC e indicar las bases para su cálculo.

Remite a las órdenes dieciocho y veintiuno.

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

El MSPS remite a la orden dieciocho, numeral sobre disponibilidad y acceso beneficios POS.

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

Igualmente, remiten a la orden dieciocho, numeral sobre disponibilidad y acceso beneficios POS.

- f. ¿Cuáles problemas persisten? ¿Cómo se ha pensado superarlos?

Remite a la orden dieciocho, numeral sobre disponibilidad y acceso beneficios POS.

- g. Según los resultados obtenidos y desde su perspectiva, informar el grado de cumplimiento de esta orden y si ha sido efectiva o no.

El ministerio informa que la orden se ha cumplido de forma progresiva, gradual y sostenible en un 100%. Manifiestan que la orden ha cumplido con los principios de igualdad, progresividad, sostenibilidad y transparencia.

Informan que se implementaron otras medidas para optimizar los recursos del sistema, como es el caso de los observatorios que revalúan el cronograma de cumplimiento y seguimiento a la contratación del Régimen Subsidiado, bajo los aumentos respectivos de UPC.

Así mismo informa el MSPS, que en materia de vigilancia, las cuentas pasan por las auditorías territoriales y por el examen de cuentas presentadas a recobro, glosadas por No POS.

- h. Respecto al auto 262, favor contestar el avance del mismo respecto a los ordinales 2 y 3, informando su avance, problemas identificados, actuaciones para su cumplimiento, los problemas que persisten y el cómo se ha pensado superarlos.

El MSPS, remite a los estudios realizados con rigorismo técnico y consulta de sostenibilidad en el marco fiscal de mediano plazo. Dichos estudios han considerado como sostenible la unificación de los planes de beneficio y las nuevas inclusiones al POS.

2. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

Para la Defensoría del Pueblo, el ministerio ha viabilizado la sostenibilidad de la unificación de los planes de beneficio y considerado sus posibles consecuencias dentro del marco fiscal de mediano plazo. Así mismo, se ha mantenido el flujo de recursos y el funcionamiento general de sistema de salud

El MSPS ha evolucionado en su capacidad de generar y procesar información. Conserva su metodología y la refina, pero, para la Defensoría del Pueblo, dicho ministerio debe examinar conceptos de equilibrio más amplios que el actuarial, como el financiero,

económico o el sectorial, para garantizar que las propuestas de reforma y las políticas públicas, consideren todas las variables necesarias para garantizar un sistema de salud equitativo.

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

Positivos:

- La unificación de los planes de beneficio.
- La sostenibilidad de dicha unificación.
- La disminución de trámites para el usuario.

Negativos:

- La disminución de negaciones POS es muy baja para el esfuerzo realizado, ya que fue de un 0,9% según informe de la Defensoría del Pueblo.
- Aun se presentan tutelas por negaciones POS en el Régimen Subsidiado. Como establece la Defensoría en las observaciones de la Orden vigésimo primera, se han venido trasladando las negaciones que antes eran No POS a negaciones POS del Régimen Subsidiado.

4. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

La capacidad de oferta del Régimen Subsidiado continúa siendo insuficiente.

5. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Reitera la Defensoría que los estudios de equilibrio actuarial no garantizan por si solos el acceso equitativo, en iguales condiciones de disponibilidad, suficiencia, continuidad y calidad, a los afiliados del Régimen Subsidiado. Cuando de esta forma es visto el derecho a la salud, los estudios tienen alcance de equilibrio económico y sectorial para garantizar la inversión necesaria para cumplir tanto con los estándares mínimos de públicos y privados, como con los incentivos de inversión, que disminuya las brechas de diferencia entre los afiliados del Régimen Subsidiado y Contributivo. En lo anotado, se había dicho para el informe del período 2012:

"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."

La orden vigésimo segunda se cumple parcialmente con observaciones.

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 (...).

Esta orden es de cumplimiento por el MSPS

1. LAS RESPUESTAS QUE SE HAN ADOPTADO POR LA ENTIDAD O EL SISTEMA.

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

Para el MSPS, se ha cumplido parcialmente con la Resolución 3099 de 2008 para la autorización de tecnologías no incluidas en el POS, diferentes a medicamentos, por parte de los CTC.

El MSPS mediante artículo 44 de la Resolución 5395 de 2013 creó el Comité de Definición de Criterios y Lineamientos técnicos para el Reconocimiento de tecnologías en Salud No POS, el cual reitera en febrero de 2014, que los CTC están facultados para autorizar prestaciones por fuera del POS.

Durante el período 2010, refiere el MSPS se presentaron solicitudes de recobro por tecnologías excluidas del POS por valor de \$25.646 millones de pesos, a valor constante de 2013).

1.2. ¿Qué problemas han identificado?

El MSPS no presenta respuesta específica a la pregunta.

1.3. ¿Qué actuaciones se han adelantado para el cumplimiento de la misma?

Para el período de análisis, la Resolución 53954 de 2013

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

El ministerio no presenta respuesta específica a la pregunta.

1.5. Enviar copia del informe presentado a la Honorable Corte Constitucional con ocasión al auto de fecha 05 de junio de 2013, actualizado al 31 de diciembre de 2013.

El Ministerio, no envió respuesta a esta solicitud.

2. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

El MSPS refiere avance en la reformulación integral de las funciones del CTC y el procedimiento para garantizar el cumplimiento de diversos valores y principios reiterados por la jurisprudencia. Sin embargo, la Defensoría del Pueblo cuenta con información contraria en este sentido:

"De las solicitudes POS, el mayor número son por tratamientos (38,14%), seguido de citas médicas (19,21%) y cirugías (13,11%). Con relación a las solicitudes No POS la mayor cantidad son por medicamentos (41,60%) y prótesis, ortésis e insumos (32,38%)."

Por tanto, para la Defensoría no hay progreso significativo.

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

Observa la Defensoría que, aunque la jurisprudencia y el ordenamiento jurídico, como elemento positivo, contemplan agilización de los trámites de aprobación para beneficios No POS y POS, ordenados por médico tratante, en la práctica, los tiempos y los indicadores de tutelas – a excepción de los correspondientes al Régimen Subsidiado, por la unificación del Plan de beneficios, no se han reducido sustancialmente y, además, los mismos usuarios, en conocimiento originado en la sociedad civil organizada, siguen participando de los trámites.

4. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

- Persisten las deficiencias de información, en suficiencia y calidad, originadas en las EPS y la falta de correctivos y sanciones oportunas ante la violación de este derecho.
- Uno de los aspectos que establece la Defensoría del Pueblo es la ausencia de implementación de la jurisprudencia respecto a la aplicación de sanciones a las EPS, como se anota en las observaciones.

5. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

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

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

La Orden vigésimo tercera no se cumple.

ORDEN VIGÉSIMO OCTAVO

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

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

(ii) Una carta de desempeño. Este documento deberá contener información básica acerca del desempeño y calidad de las diferentes EPS a las que se puede afiliarse en el respectivo régimen, así como también acerca de las IPS que pertenecen a la red de cada EPS. El documento deberá contemplar la información necesaria para poder ejercer adecuadamente la libertad de escogencia. El Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberán adoptar las medidas adecuadas y necesarias para proteger a las personas a las que se les 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.

Esta orden es de cumplimiento del MSPS

1. LAS RESPUESTAS QUE SE HAN ADOPTADO POR LA ENTIDAD O EL SISTEMA.

1.1. ¿Cuál ha sido la implementación de la carta de derechos respecto a su distribución e indicadores de uso, incluyendo campañas educativas e información al momento de la entrega por parte de las EPS?

El MSPS expidió la Resolución 4343 de 2012, por la cual se unifica la regulación respecto a los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y el paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, normatividad adherida al Acuerdo de Lisboa, de conformidad a auto emitido por la Honorable Corte Constitucional.

1.2. ¿Qué problemas han identificado?

El MSPS presenta dos dificultades. La primera la extensión y comprensión de la Carta de Deberes y Derechos. La segunda la medición y verificación de su entrega a los afiliados. Para ello, considera el MSPS que la Resolución 4343 contiene elementos de obligatoriedad para su verificación y, así mismo, el desarrollo de herramientas para que las EPS verifiquen su entrega y comprensión por parte de los afiliados.

1.3. ¿Qué actuaciones se han adelantado para el cumplimiento de la misma?

Responde el MSPS que se encuentra preparando una campaña de difusión masiva junto con la Superintendencia y el apoyo de la Defensoría del Pueblo. No desconoce el MSPS la obligatoriedad de las EPS en esta función, pero pondera su participación, incluyendo el desarrollo pedagógico e iconográfico para su difusión.

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

El MSPS justifica la no identificación de estos problemas debido a lo reciente de la reglamentación. Determina la necesidad de seguimiento para dar respuesta.

1.5. Dar respuesta a los mismos interrogantes, pero en relación a la carta de desempeño.

El MSPS no da respuesta.

2. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

El diseño y realización de la Cartilla es un avance importante, sin embargo, siguiendo la misma estrategia de auto-regulación de las EPS, como ha sido costumbre, no será fructífero el uso efectivo a menos que el Gobierno defienda la comprensión y el ejercicio libre del derecho a la salud.

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

- Como aspecto positivo, la Defensoría resalta la expedición de la Resolución 4343 de 2012 y el trabajo conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo, para la elaboración de la cartilla sobre derechos y deberes.

- Como negativo, la Defensoría no ve avance suficiente en la implementación de la orden, aunque se han promovido distintos métodos de divulgación de la cartilla, solo se considerará como implementada, si las mediciones y los hechos demuestran que se ha promovido el libre y consciente ejercicio del derecho a la salud.

4. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

Como se mencionó en el punto dos, la principal dificultad es que el esquema propuesto, con base en la responsabilidad funcional de las EPS y la autorregulación, en concreto, arroje uno de los resultados más importantes para el libre y efectivo ejercicio del derecho a la salud, de manera autónoma, por los ciudadanos frente al sistema de salud.

5. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

La orden vigésimo octava se cumple con observaciones. La importancia de una implementación efectiva de esta orden, sobrepasa las consideraciones morales sobre derecho y apuntaría a que los ciudadanos sean la fuente primaria de información para la regulación del sistema.

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.

Esta orden es de cumplimiento por parte del MSPS

1. LAS RESPUESTAS QUE SE HAN ADOPTADO POR LA ENTIDAD O EL SISTEMA.

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

A corte de 2012, la cobertura es del 96,3% con respecto a la población DANE. Estima el MSPS que para el 2013 la cobertura alcanzará el 98.1% y en 2014 el 99,3%. Esto es, habrá 314 mil personas sin afiliación.

Para efecto de lograr una cobertura efectiva cercana a la total, el MSPS avanzó en dos componentes: Unificación de los planes de beneficio y diseño de una UPC equivalente para ambos regímenes.

1.2. ¿Qué problemas han identificado?

Sobre el problema potencial de financiamiento de la cobertura total, el MSPS establece que los recursos necesarios para la operación del Régimen Subsidiado en 2013 y 2014 son de 12,4 y 1,73 billones respectivamente. Se incluyen aquí excedentes de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA y del Presupuesto General de la Nación, según la Ley 1438 de 2011.

El ministerio además refiere, que tal financiamiento se encuentra incluido en el marco fiscal de mediano plazo, así como los elementos de oportunidad, calidad, costos asociados y beneficios no incluidos, los cuales son analizados y valorados en la sostenibilidad del sistema y la suficiencia de UPC.

Igualmente informan que no hay restricciones para cargar los afiliados con derecho al subsidio. Sin embargo algunas entidades territoriales manifiestan dificultades en ubicar los beneficiarios del subsidio y que estos ingresen a las bases de datos y, por ende, reciban servicios.

Con relación a las entidades territoriales, el MSPS también manifiesta como problema la mora en el pago de recursos de esfuerzo propio, y, finalmente, indica que la multiplicidad de fuentes no permite una gestión mejor de los recursos.

1.3. ¿Qué actuaciones se han adelantado para el cumplimiento de la misma?

Relacionadas con el punto anterior, específicamente con relación al flujo de recursos, el MSPS manifiesta el fortalecimiento del giro directo a las IPS. Igualmente refiere establecer nuevas fuentes, y ejercer control de los recursos existentes, lo cual, según dicho ministerio, evidencia cifras importantes de recaudo, control de costos y recuperación de recursos.

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

El ministerio señala que el problema de las deudas del sector tardará un tiempo considerable en solucionarse, particularmente las de las EPS en liquidación. Sin embargo, prevén mecanismos en la reforma ordinaria.

2. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

Para la Defensoría del Pueblo, evidentemente el progreso instrumental y de cobertura, se ven opacados por los problemas de acceso, el alto volumen de tutelas y las deudas acumuladas del sector.

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

Como aspecto positivo, la Defensoría valora la sostenibilidad financiera del modelo actual.

Como aspecto negativo, preocupa a esta entidad, el aumento de coberturas, sin el acompañamiento de inversión en infraestructura y mejoramiento de la calidad, asociado al déficit acumulado del sistema y la dependencia geográfica de la atención de Caprecom, pone en duda la cobertura legal y formal que pretende la Corte, en términos del disfrute completo y equitativo del derecho a la salud para todos los ciudadanos colombianos.

4. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

Población dispersa, sistemas de información con problemas de confiabilidad y débil capacidad institucional de las entidades territoriales para el cumplimiento oportuno de sus competencias.

5. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Las causas son estructurales al modelo y a la capacidad regulatoria y de control de la SNS. Los déficits de oferta, la necesidad de inversión y las deudas acumuladas del sistema de salud, ponen en duda el logro de un sistema igualitario en cobertura de condiciones de calidad y probabilidad de curación, para iguales necesidades de salud, entre los afiliados al régimen Contributivo y al régimen Subsidiado.

Las propuestas de reforma, como respuesta del MSPS, no corrigen causas estructurales que aquejan hoy al modelo de aseguramiento.

La orden vigésimo novena se cumple con observaciones.

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.

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

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

Refiere el MSPS que para el año 2013 las tutelas han mantenido su desaceleramiento, mostrando, como en los últimos años, un número menor al pico de 2008. En 2013 el número de tutelas fue de 104.297, para una tasa de 3,2 tutelas por cada 1000 habitantes, también menor a las precedentes.

1.2. Informar el motivo por el cual dichas acciones no han disminuido

El ministerio informa que hay una disminución progresiva de las solicitudes originadas en la incertidumbre de la clasificación POS – No POS.

También se concluye que hay una disminución significativa de las tutelas que solicitan beneficios no POS e insumos médico quirúrgicos.

Sobre el aumento de tutelas por servicios incluidos en el POS, establece el MSPS que no es posible conocer si se trata de verdaderas negaciones o si se trata de una solicitud de mejor oportunidad de servicio.

Establece el MSPS que no se puede afirmar que las tutelas sigan creciendo, hay un quiebre de tendencia en, por ejemplo, cirugías, exámenes y procedimientos, los cuales han disminuido. Tampoco hay crecimiento de las solicitudes de tratamiento integral. Afirma el MSPS que no hay una mayor disminución debido a la persistencia de causas administrativas y técnicas con relación a los problemas de codificación y reporte de solicitudes como negación de servicios.

- 1.3. ¿Cuáles acciones de política pública han implementado y van a implementar para solucionar el incremento y lograr que no haya una sola sentencia por estos motivos, tal como lo pretende la Honorable Corte Constitucional?

El MSPS se encuentra trabajando en conjunto con todos los actores para disminuir las causas de tutela, ejemplo, la afiliación y registro de novedades.

Otras causas objetivo del MSPS son: Las divergencias entre los planes de beneficio, servicios no incluidos en el POS, problemas relacionados con movilidad y traslados y los reconocimientos de transporte entre otros.

Establece el MSPS, la unificación de planes de beneficios, su actualización integral, bajo consideraciones de perfil epidemiológico, carga de enfermedad y, medicamentos extraordinarios. Enfatiza el MSPS la Resolución 5521 de 2013 donde se adoptan medidas para atacar fallas regulatorias del sistema.

A lo anterior suma la inclusión de subgrupos de acción terapéutica, lo cual permite contemplar las diferentes posibilidades de tratamiento con diferentes características y precios, de manera que se consideran financiadas por la UPC.

La misma Resolución aclara la aplicación y alcance de diversos términos relacionados con el uso de las tecnologías en salud y su presentación, incluye lo anterior, además del uso de tecnologías, términos relacionados con traslados, transporte. Esto último se fortalece, según el MSPS, con los Decretos de movilidad y portabilidad.

Por último, el ministerio destaca la creación del IETS, con independencia técnico científica como actor relevante en el proceso de inclusiones y exclusiones

- 1.4. ¿Cuáles problemas persisten? ¿Cómo se ha pensado superarlos?

El MSPS manifiesta que persiste la no disponibilidad de información precisa y detallada contenida en el expediente de tutela.

Las tutelas por trámites, razones sociales, administrativas y económicas constituyen hoy más del 30% de las tutelas, razón por la cual no disminuyen.

Dados los problemas de información y la ausencia de las variables relevantes, como las de identificación en las bases consultadas, se solicita a la Corte permiso para acceder a los expedientes.

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

Para el MSPS, el progreso a esta orden está contemplada en los siguientes ítems:

- Quiebre de la tendencia al aumento de tutelas.
- Disminución en las principales causas de tutelas.
- Hay una disminución significativa de las tutelas interpuestas por incertidumbre en la clasificación POS, No POS.
- Disminución en las tutelas para solicitar servicios no incluidos en el POS.
- Disminución de las tutelas para reclamar insumos medico quirúrgicos.

2. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO.

Es evidente el esfuerzo del MSPS en subsanar fallas regulatorias en la actualización del POS, pero como lo demuestra el estudio de la Defensoría del pueblo denominado “La Tutela y los Derechos a la Salud y a la Seguridad Social -2013”, se continúa con la costumbre de negar servicios.

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

Los resultados positivos son el esfuerzo del MSPS y la SNS en regular y controlar aquellas causas de las cuales se derivan, por barreras de acceso o problemas de atención.

Los negativos son producto de comportamientos oportunistas de los agentes, de las limitaciones de infraestructura, de los problemas de información para una actuación oportuna de las instancias públicas, que solucionen y sancionen este tipo de comportamientos

4. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

Como se ha mencionado en el informe, no se han solucionado los problemas estructurales del modelo y se ha centrado únicamente la atención en los estudios de equilibrio actuarial del sistema para dar fe de sus sostenibilidad, sin dar una mirada más amplia al modelo y al sector.

La Acción de Tutela continúa siendo el mecanismo de protección constitucional más reconocido y utilizado por los ciudadanos cuando ven violados sus derechos fundamentales.

Aunque los esfuerzos institucionales para regular el sistema y propender por la reducción de las tutelas, como un síntoma de las fallas del mismo, es un esfuerzo técnico bien fundamentado, siendo los resultados de tutelas no favorables a estos esfuerzos.

Según el estudio de la Defensoría del Pueblo, que será publicado próximamente, en 2013 se presentaron 454.500 tutelas, la cifra más alta desde la implementación de esta figura constitucional.

Según el número de tutelas, por cada 10.000 habitantes, en 2013 se presentó un incremento del 5,84% pasando de 91 a 96 acciones judiciales por cada diez mil habitantes. Este ritmo de crecimiento de la interposición de tutelas en Colombia, es superior al incremento de la población.

Frente a las reducciones que presenta el MSPS y la Universidad de los Andes de las tutelas en salud, encuentra la Defensoría que para el 2013, de las 454.500 tutelas interpuestas, 115.147 (25,33%) fueron para reclamar algún servicio de salud, constituyéndose como la segunda cifra más elevada en toda la historia de estas solicitudes. Las tutelas en salud en 2013 se incrementaron en 0,73 %, a pesar de la unificación del POS en los dos regímenes.

En 2013 se presentó el mayor número de EPS que se retiraron o fueron liquidadas. Un aspecto crítico en este aspecto, es la capacidad de intervención que tiene la SNS, para mejorar la prestación de servicios. Se presenta el caso de SaludCoop que no mejoró la prestación de los servicios en salud, ya que el número de tutelas por cada 10.000 afiliados, pasó de 17,3 en 2011 a 25,6 en 2013.

Respecto al aumento de tutelas en contra de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), los Observatorios Interinstitucionales adscritos a la Defensoría, manifiestan que el aumento de negaciones se debe a la insuficiencia de capacidad de estas, ratificado con el estudio de tutelas 2013, donde se demuestra un incremento del 21,88% en contra de las IPS.

Otro aspecto de interés –que ya se mencionó– es el traslado de tutelas No POS al régimen Subsidiado como negaciones POS. El porcentaje de las solicitudes POS durante 2013 fue del 69,96% y es el régimen subsidiado el que presenta el mayor número de ellas (75,63%). De forma similar, lo contenido en la Resolución 5591 de 2013 no ha aclarado otros servicios POS. Las tutelas para reclamar otros servicios relacionados con salud

continúan en los mismos niveles elevados que en 2012, especialmente en transporte, viáticos, pago de incapacidades y licencias de maternidad.

Se presentan diferencias en los contenidos según el régimen, mientras que en el contributivo se busca el tratamiento posterior al diagnóstico, en el subsidiado las solicitudes van enfocadas a la búsqueda del diagnóstico.

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.

La Defensoría del Pueblo reitera que para el seguimiento de la Orden trigésimo segunda, es menester consolidar el informe alrededor de las preguntas que deben contestarse para la Corte:

1. Metas y plazos
2. Avances y evidencias
3. Métodos y deportes
4. Dependencias y responsables
5. Identificación del problema
6. Respuestas que se han adoptado
7. Valoración del progreso
8. Principales dificultades que persisten y sus causas

Lo anterior porque las respuestas dadas por el Consejo Superior de la Judicatura (CSJ), deja a interpretación de la Defensoría del Pueblo, las respuestas específicas a tales preguntas, haciendo difícil su valoración. Es de aclarar que, entendiendo que el responsable del cumplimiento de la orden es el CSJ, se le solicitó a este, dar respuesta única a los interrogantes planteados, por cuanto siempre envían respuestas separadas, unas por parte del Centro de Documentación Judicial (CENDOJ) y otras por parte de 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 misma por medios virtuales. Igualmente informan que 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. Además de oficios pertinentes a la UDAE y CENDOJ, se hacen requerimiento a la Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla.

3. LA VALORACIÓN DEL PROGRESO

La Sala administrativa del CSJ emitió la PSA 13-3912 de septiembre de 2013 para solicitar a los Jueces de la República el cumplimiento de lo ordenado en los autos de la presente orden. También remitió oficio a las salas administrativas de los Concejos Seccionales de la Judicatura para cumplimiento de sus competencias en lo referente a la presente orden.

Refiere el CSJ, del informe de la UDAE, en el que se actualizan los formularios de Civil, Familia y Promiscuo, disponibles en el SIERJU, para el registro de los tribunales y juzgados del país. Igualmente, indica que entre otros medios de divulgación, se tiene: Página Web, correo institucional, medios virtuales y sistema informativo doctrinario y normativo (SIDN).

En cuanto al CENDOJ, éste da respuesta describiendo actividades realizadas en 2013 como:

- Divulgación en el portal web de la rama judicial
- Programa de capacitación
- Programa académico 20 20, relacionando, dentro de las actividades 2013, las siguientes: Conversatorios locales y nacional, Videoconferencias y foros virtuales.

4. PRINCIPALES DIFICULTADES QUE PERSISTEN Y SUS CAUSAS

- Los despachos no diligencian los debidos formatos.

- Los despachos envían la información por diferentes medios y formatos electrónicos
- No se envía información como corresponde, por ejemplo, sin cantidades.
- Ante la insistencia del CSJ sobre el cumplimiento de lo ordenado, se envían respuestas refiriendo falta de personal para el diligenciamiento de los formatos.

5. OBSERVACIONES DE LA DEFENSORÍA

A pesar de los esfuerzos, la función de coordinación técnica, sugerida en el informe 2012, sigue siendo débil.

El programa presentado 2013 relaciona elementos comunes con el 2012 y, aunque está bien estructurado, no presenta metas de cobertura necesarios para cumplir con los objetivos propuestos, así como resultados de un proceso de evaluación, dentro de los diagnósticos de necesidades.

Recomienda la Defensoría la creación de una coordinación técnica que incluya dentro de los diagnósticos de necesidades, el volumen de decisiones que se enfrentan con ocasión de la aplicación de la Sentencia 760 de 2008.

La defensoría considera incumplimiento parcial de la orden

Cordialmente,



NORBERTO ACOSTA RUBIO
Delegado para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad.

- C.C.
- Dr. Alejandro Gaviria Uribe. Ministro de la Protección Social.
 - Dra. Sandra Morelli Rico. Contralora General de la República
 - Dr. Alejandro Ordóñez Maldonado, Procurador General de la Nación.
 - Dr. Gustavo Enrique Morales Cobo. Superintendente Nacional de Salud.
 - Dr. Edgar Carlos Sanabria Melo. Presidente Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura.

Elaboró: JAMR
Revisó: LMGL