

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008

Auto 778 de 2024

Referencia: Seguimiento a la orden vigésima novena de la Sentencia T-760 de 2008.

Asunto: Valoración de cumplimiento – componente de afiliación al sistema de salud de la población residente en Colombia-

Magistrado sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS.

Bogotá, D.C., veintinueve (29) de abril de dos mil veinticuatro (2024).

La Sala Especial de Seguimiento de la Corte Constitucional, conformada por la Sala Plena en sesión del 1° de abril de 2009 para efectuar el seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, integrada por los magistrados Vladimir Fernández Andrade, Antonio José Lizarazo Ocampo y José Fernando Reyes Cuartas, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente auto con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. En la Sentencia T-760 de 2008 la Corte profirió dieciséis órdenes dirigidas a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para que adoptaran las medidas necesarias para superar las fallas de regulación identificadas en el análisis realizado a los casos concretos acumulados en dicha providencia.
2. Dentro de ellas, se emitió la directriz vigésima novena, que indicó al Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) adoptara “... 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”.
3. La Sala Especial efectuará la valoración del componente de **afiliación al sistema de salud de la población residente en territorio nacional** con enfoque en los siguientes grupos poblacionales (i) quienes, al haber perdido su capacidad de pago para cotizar al régimen contributivo (RC), no clasifican en la encuesta Sisbén para ingresar al régimen subsidiado (RS); (ii) los beneficiarios de pensionados o cotizantes fallecidos, durante el tiempo que dura el trámite de reconocimiento de la pensión de sobreviviente o sustitución pensional, cuando no tienen capacidad económica para cotizar al sistema; (iii) los migrantes y, (iv) la carcelaria.

Lo anterior, dada la importancia que tiene la afiliación como puerta de entrada al SGSSS y su impacto frente al goce efectivo del derecho a la salud de los residentes en

territorio nacional, sin que ello implique que todas las valoraciones que se realicen, deban hacerse de tal modo (por componentes). En este punto, la Corte citará la valoración llevada a cabo en torno a este componente:

4. *Auto 496 de 2022*, valoró por primera ocasión este mandato y declaró el nivel de cumplimiento **medio** para el componente de afiliación, al concluir que:

(i) En el 2021 la asegurabilidad al SGSSS de los residentes en territorio nacional estaba en el 99%.

(ii) Entre 2010 y 2021 la afiliación se incrementó en 5%.

(iii) Persistían las barreras en la afiliación de (i) quienes, al haber perdido su capacidad de pago para cotizar al RC, no clasificaban en la encuesta Sisbén para ingresar al RS (ii) los beneficiarios de pensionados o cotizantes fallecidos, durante el tiempo que dura el trámite de reconocimiento de la pensión de sobreviviente o sustitución pensional, cuando no pueden cotizar al sistema; (iii) los migrantes y, (iv) la población carcelaria. (iv) La contribución solidaria no había sido reglamentada¹.

(v) Se mejoró en aseguramiento, debido a las medidas temporales implementadas para mitigar la pandemia del Covid-19. Sin embargo, era necesario avanzar para lograr la afiliación de todos los residentes de Colombia, especialmente a los grupos previamente identificados, los migrantes y las personas privadas de la libertad (PPL).

En ese sentido, se ordenó al MSPS (i) diseñar e implementar medidas para garantizar la afiliación al sistema de salud para los grupos poblacionales mencionados²; (ii) realizar un cálculo real sobre cada uno de los fenómenos que impiden lograr el 100% del aseguramiento, como son a) la movilidad interna; b) los nacimientos y, c) las defunciones, así como los que considerara pertinentes, para establecer una meta fija real, alcanzable y sostenible en materia de afiliación; (iii) reglamentar el mecanismo de contribución solidaria, creado mediante el artículo 242 del PND³ y; (iv) presentar un informe para dar a conocer las actividades desplegadas y sus resultados para garantizar la afiliación⁴.

5. El *Auto 496 de 2022* fue notificado el 25 de mayo de 2022 mediante estado núm. 075 de 2022 y se comunicó a través del oficio OPTC-196/22 de la misma fecha. Por lo que dichos informes debían entregarse al 30 de julio de 2022 y 30 de enero de 2023 y el 30 de julio de 2023. No obstante, cumplido el primer plazo, el Minsalud no remitió lo ordenado, por lo que la Corte profirió el auto del 5 de agosto de 2022 para requerirlo.

6. El 7 de julio de 2022 la Sala emitió un informe transversal en el que (i) dio cuenta de lo resuelto en el *Auto 496 de 2022* y, (ii) solicitó al Minsalud presentar un informe sobre las acciones implementadas para acatar las órdenes emitidas desde agosto de 2018 a la fecha del auto, dentro de ellas, la vigésima novena.

7. El 5 de agosto de 2022 la Corte requirió al Minsalud para allegar lo ordenado en el ordinal tercero (numeral 6) de la parte resolutive del *Auto 496 de 2022*, pues superado el término allí fijado no se había entregado lo requerido.

8. El 9 de agosto de 2022 el MSPS dio a conocer, entre otras cosas, las medidas desplegadas para asegurar la afiliación al SGSSS para a) aquellos que no cumplen

¹ Contendida en el artículo 242 de la Ley 1955 de 2019.

² Para lo que concedió un plazo de 45 días para remitir un cronograma en el que diera a conocer las actividades que desarrollaría con el fin de cumplir con lo ordenado. Agregó que el plazo máximo para el diseño de la medida no podría exceder de seis meses y la implementación de la misma, debería desarrollarse en un término semejante.

³ Para lo que contaría con un tiempo máximo de seis meses.

⁴ Con corte a 30 de junio y 31 de diciembre de cada año y que debe presentarse a más tardar, un mes después de la fecha de corte.

requisitos para hacer parte del RS y no cuentan con capacidad económica para cotizar al RC y; b) los beneficiarios de pensionados o cotizantes fallecidos⁶.

9. El 2 de septiembre de 2022 la Defensoría allegó el informe de seguimiento e indicó, entre otras cosas, que el Minsalud informó haber realizado asistencias técnicas a Entidades Territoriales (ET) para fortalecer la capacidad de aseguramiento, que alcanzó un 99%⁵. Asimismo, se refirió a la afiliación de (i) oficio⁶ y; (ii) la población migrante venezolana⁷ y resaltó la necesidad de lograr el acceso efectivo a los servicios de salud de los pacientes.

10. El 11 de noviembre de 2022⁸ la cartera de salud presentó el informe solicitado en el auto emitido el 18 de agosto de 2022. Sin embargo, no se pronunció respecto del componente de afiliación.

11. El 30 de enero de 2023 el Minsalud remitió un nuevo informe en el que puso de presente las medidas implementadas para asegurar el derecho a la salud de la población residente en territorios dispersos. Finalmente, el 30 de marzo de 2023 el MSPS allegó un nuevo documento para cumplir con el numeral tercero de la parte resolutive del Auto 496 de 2022.

12. El 7 de julio de 2023 la Sala Especial decretó pruebas al Minsalud, la Supersalud, la Defensoría, al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec) y al Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad (FNPPL).

13. El 28 de julio de 2023 se requirió nuevamente al Minsalud para que remitiera la información solicitada y que no había sido entregada.

14. El 3 de agosto de 2023 el Minsalud informó sobre la afiliación de los grupos poblacionales analizados. Antes de eso, aclaró que el cambio de Gobierno podría generar ajustes y modificaciones de fondo en la política pública del sector salud. Asimismo, dio a conocer el Decreto 064 de 2020 que desarrolló un instrumento para avanzar en el aseguramiento en salud de la población desasegurada, denominado “afiliación de oficio”⁹, que permitió el ingreso de más de 1.18 millones de personas al SGSSS¹⁰.

Adicionalmente, se pronunció respecto de la contribución solidaria regulada en la Ley 1955 de 2019 (art. 242)¹¹, desarrollada en el Decreto 616 de 2022 y las resoluciones

⁵ Pasó de 15.758.960 a 15.774.082 afiliados a enero de 2022. Respecto al RS señaló que la representatividad de este grupo se redujo, pues pasó de 18,8 millones a 16,7 millones de asegurados y que las poblaciones especiales con mayor notoriedad las víctimas del conflicto armado y las comunidades indígenas con 4,7 y 1,6 millones de afiliados actualmente, seguidas de los afiliados de oficio con 283 mil y voluntarios de la Cruz Roja y Defensa Civil con 145 mil.

⁶ Que reportó 510.885 transacciones en 2021, 14.735 realizadas por la entidad territorial y 331.810 por las IPS, que los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico las que registran el mayor número.

⁷ Que a diciembre de 2021 eran 518.766 afiliados al SGSSS con Permiso Especial de Permanencia (PEP) y 7.997 con Permiso de Protección temporal (PPT). Indicó que La Guajira, Arauca, César y Sucre más del 90% de los migrantes están afiliados a RS y en Putumayo cerca del 89%. Los departamentos que registran mayor proporción de migrantes afiliados a RC con PEP y PPT son Risaralda con 77%; Antioquia, 72%; Caldas, 65% y Bogotá, 63%.

⁸ Informe recibido después de haber sido requerida en dos ocasiones mediante los autos del 18 de agosto de 2022 y; (ii) 14 de octubre de 2022.

⁹ A través del Sistema de Afiliación Transaccional, que permite a las ET, IPS afiliar de oficio a quienes no cuenten con aseguramiento en salud o que hayan sido desvinculados de una EPS. Qué además cobija a quienes no cuentan con la clasificación de la encuesta Sisbén.

¹⁰ Corte al 3 de julio de 2022. Mas del 80% efectuadas por las IPS, 95% al RS y el 5% al RC, las cuales se llevaron a cabo en mayor medida en Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico con alrededor de 444.682 y en La Guajira y Norte de Santander fueron 156.000 personas incluidas en el SGSSS.

¹¹ El cual permite que la población no pobre y no vulnerable (grupo D – Sisbén IV) que no logra sufragar el monto total de la cotización al RC y no logra ingresar al RS se haga parte del RS mediante el pago de una tarifa que oscila entre el 1% y el 15% de la UPC basada en la última clasificación de Sisbén.

925 y 939 de 2022 que fijaron las tarifas aplicables a los beneficiarios del mecanismo y ajustó la planilla PILA para el recaudo de los recursos generados. Herramienta que funciona desde el 1 de junio de 2022 y garantiza la continuidad en el SGSSS de los beneficiarios de pensionados o cotizantes fallecidos mientras se tramita el reconocimiento de la pensión de sobrevivientes o sustitución pensional cuando no cuenten con capacidad económica, quienes además cuentan con la figura de la movilidad. Indicó que la contribución solidaria y la afiliación de oficio son mecanismos efectivos para garantizar la afiliación y permanencia en el SGSSS.

15. El 10 de agosto de 2023 la Defensoría remitió un nuevo informe. Afirmó que el Minsalud implementó el mecanismo de contribución solidaria¹² para el RS, además, la Adres adoptó especificaciones técnicas, operativas y de estructura de datos para el reporte de novedades por las EPS ante la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Figura que también se aplica a los beneficiarios de pensionados cotizantes fallecidos durante el trámite de reconocimiento de pensión de sobrevivientes o sustitución pensional, cuando se cuente con la encuesta Sisbén, que habilita la afiliación de oficio al RS y se concede un plazo de cuatro meses para cumplir con este requisito.

16. Indicó que la afiliación alcanzó un 99.1%¹³. Sobre movilidad afirmó que, a diciembre de 2022, de 23.5 millones de afiliados al RC, 1.4 millones estaban bajo la novedad de movilidad y de los 25.6 millones de afiliados al RS, 6.2 millones aplicaron esta novedad. Reconoció como avances (i) la puesta en marcha de la contribución solidaria; (ii) el sistema de afiliación transaccional (SAT) para garantizar la calidad de los datos en la interoperabilidad con las diferentes fuentes de referencia¹⁴ y; (iii) la afiliación de oficio como mecanismo para incrementar la cobertura en la afiliación. Como retrocesos resaltó (i) el desconocimiento de las personas sobre la contribución solidaria y de los distintos mecanismos de afiliación al SGSSS y; (ii) la inconformidad de los potenciales beneficiarios del mecanismo con la clasificación de la encuesta Sisbén.

17. En respuesta a lo solicitado mediante el auto del 7 de julio de 2023 se recibió la siguiente información:

Entidad	Pronunciamento
Ministerio de Salud	El porcentaje de afiliación a diciembre de 2022 fue de 99.1% (25.672.278 RS, 23.527.972 RC y 2.222.664 regímenes de excepción [RE]) y a junio de 2023, 98.98% ¹⁵ (“25.963.073 RS, 23.437.502 RC y 2.222.813 RE”). Reportó 8 territorios con afiliación en 100% ¹⁶ ; 13 entre 95% y 99% ¹⁷ , 5 entre 90% y 95% ¹⁸ ; 3 entre el 90% y 79% ¹⁹ y 4 entre 80% y 70% ²⁰ . Señaló no contar con datos de afiliados a regímenes de excepción por territorio.

¹² Que ha operado desde junio de 2022 y hasta diciembre de 2022 reportó 11.086 personas afiliadas al RS. Antioquia con el mayor número con 5.999, seguido de Bogotá con 1.607 y Cundinamarca con 541.

¹³ Alcanzado por la afiliación de oficio y la afiliación de la población migrante que a la misma fecha era de 1.156.480. Mayor notoriedad las víctimas del conflicto armado y las comunidades indígenas con 4.7 y 1.6 millones de afiliados actualmente, seguidas de los afiliados de oficio con 283 mil y voluntarios de la Cruz Roja y Defensa Civil con 145 mil.

¹⁴ Registraduría, Migración Colombia, Departamento Nacional de Planeación, REPS, entre otras.

¹⁵ El indicador de cobertura de la afiliación confronta dos fuentes de información: i) Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, y ii) las proyecciones de población del DANE, que, si bien es cierto, tienen características diferentes, constituyen las fuentes primarias de los datos de afiliados y población para cada territorio y su consolidación a nivel nacional. El dato de afiliación de BDUA, corresponde a la estadística agregada de registros administrativos, referente a los usuarios que integran la totalidad de afiliados al SGSSS. Las proyecciones de población corresponden a datos demográficos resultantes de modelos estadísticos elaborados por el DANE.

¹⁶ Bogotá D.C., Bolívar, Huila, La Guajira, Norte de Santander, Risaralda, Sucre y Valle del Cauca.

¹⁷ Antioquia, Arauca, San Andrés, Atlántico, Caquetá, Casanare, César, Guainía, Magdalena, Meta, Quindío, Santander y Tolima.

¹⁸ Amazonas, Boyacá, Córdoba, Guaviare y Nariño.

¹⁹ Caldas, Cauca y Putumayo.

²⁰ Chocó, Cundinamarca, Vaupés y Vichada.

	<p>Desde junio de 2022 comenzó a funcionar el mecanismo de contribución solidaria en el RS, que a diciembre de 2022 realizó 11.086 afiliaciones²¹. Entre diciembre de 2022 y a junio de 2023 fueron 18.398²². Asimismo, que de junio a diciembre de 2022 los usuarios pagaron \$522.173.800 y de enero a junio de 2023, \$649.696.500.</p> <p>Mencionó algunas herramientas que garantizan la continuidad de la afiliación en salud de los beneficiarios de cotizantes o pensionados fallecidos en el trámite de reconocimiento de la pensión o sustitución pensional cuando no pueden cotizar (i) protección laboral; (ii) movilidad al RS mediante la contribución solidaria y; (iii) afiliación de oficio.</p> <p>Agregó que desde la implementación del Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos (ETPMV)²³ la afiliación de esta población aumentó, pues pasó de 439.094 afiliados en enero de 2022 a 1.156.480 en diciembre de 2022 y a junio de 2023, 1.270.466.</p>
Supersalud	<p>En 2020 y 2022 emitió una sanción en contra de la (i) EPS Famisanar por, entre otras cosas, negación de la afiliación a usuarios del sistema y; (ii) la EPS Anas Wayuu EPSI por “afiliación” y “negación de la afiliación” y (iii) inició una investigación contra EPS Famisanar por negación de la afiliación a usuarios del sistema.</p>
Inpec	<p>Remitió información respecto del aseguramiento nacional de las PPL, así: (i) 2022, 342.549; (ii) 2023, 172.061 (primer semestre).</p>

18. Mediante auto del 14 de noviembre de 2023 la Corte requirió información al Minsalud, Migración Colombia y al Inpec²⁴ y corrió traslado de los documentos remitidos por Minsalud y el Inpec a los peritos voluntarios²⁵, sobre lo que se dijo lo siguiente:

Entidad	Pronunciamiento
Asociación de Pacientes de Alto Costo	<p>Indicó no tener mucha experiencia con la PPL. Consideró importante conocer el universo de PPL, establecer la fuente de los datos, conocer el porcentaje de la PPL vinculada al sistema de salud, caracterizarlas por género y edad y tener en cuenta la PPL ubicada en centros de atención transitoria. Resaltó la necesidad de relacionar la población afiliada a RS y RC por departamentos, centro de reclusión y EPS.</p> <p>El Minsalud no reportó a la BDUA los datos de afiliados inactivos y que oscilaba entre el 2% y el 5% mensualmente, además, que debe indicar cuántos son cotizantes y beneficiarios y los que están en periodo de protección laboral e inactivos.</p> <p>Resaltó lo ocurrido con el mecanismo de contribución solidaria en Antioquia frente a los demás departamentos y consideró necesario dar mayor divulgación a esta herramienta, ya que muchas personas que pierden su capacidad de pago no lo toman por no hacer la encuesta. Destacó los datos de cero pesos de pago en Putumayo, Amazonas, Guainía, Vaupés y Chocó sin explicación alguna.</p> <p>El Minsalud debe aplicar la Ley Estatutaria en Salud (LES) y el Decreto 780 de 2016, ya que quien no tenga capacidad económica para afiliarse al RC o al RS por medio de la contribución solidaria no accede al derecho a la salud.</p> <p>El Estatuto Temporal para Migrantes contribuyó al acceso al sistema de salud, pero sería importante conocer el comportamiento por sexo, edad y permanencia de afiliación, pues las IPS han dicho que muchos pacientes venezolanos con VIH no continúan sus tratamientos.</p> <p>Acompañó la apreciación de la Corte de que se incluya el dato de afiliación por departamentos con la disgregación de los RE.</p>

²¹ Los departamentos con mayor número de afiliados fueron Antioquia con 5.999, Bogotá con 1.607 y Cundinamarca con 541. En Guainía, Vichada y Amazonas el registro de afiliación fue de 0, 2 y 5 respectivamente, lo que, según el Ministerio es concordante con las características de la población que allí reside (principalmente es pobre y vulnerable) y que está afiliada al RS pleno.

²² Antioquia con 7.864, seguido de Bogotá con 3.071 y Cundinamarca con 1.643. En Vaupés, Guainía y Vichada el total de afiliados bajo este mecanismo fue de 1, 2 y 12 respectivamente.

²³ Regulado mediante el Decreto 216 de 2021.

²⁴ Al Minsalud se le solicitó presentar la información de la afiliación consolidada por departamentos con inclusión de afiliados a las FM y la Ponal, pues la emisión de esa información no afecta el derecho al a intimidad, la vida, la salud, la seguridad, ni tampoco secretos comerciales, industriales y profesionales y por no afectarse la seguridad nacional, la seguridad pública, las relaciones internacionales ni el debido proceso. A Migración Colombia la información sobre migrantes en situación regular e irregular y al Inpec la información sobre PPL y su afiliación al sistema de salud.

²⁵ La Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08 y por una Reforma Estructural en Salud -CSR-; el Observatorio Así Vamos en Salud; el Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad -Dejusticia-; la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social -Fedesalud-; la Universidad Nacional de Colombia; la Universidad de los Andes; Universidad Javeriana: Facultad de Medicina, Dirección de Postgrados en Salud y Seguridad Social; la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI-; la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud -Gestarsalud-; la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC-; Asociación de Pacientes de Alto Costo y; la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos -ACESI-.

Acesi	<p>Las cifras de afiliación aportadas por el Minsalud muestran los usuarios afiliados al RS, RC y RE con una diferencia respecto de la población indígena que no logra identificarse y población migrante irregular.</p> <p>El Estatuto Temporal permitió incrementar la afiliación de esta población al RS y RC, lo que a su vez mejoró su acceso, que venía con importantes necesidades y requerimientos en salud. No obstante, aún existe un número relevante de migrantes en situación irregular que no acceden a la atención integral debido a la falta de presupuesto de las ESE y el incremento de cartera a cargo del Minsalud, ya que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público no asignó los recursos suficientes para el pago de las deudas por atenciones realizadas a esta población.</p>
CSR	<p>El informe presentado por el Minsalud no tiene evidencias diferentes a los datos de las instituciones, lo que implica precisar el margen de error en la proyección estadística en relación con afiliados fallecidos y diferencias en los datos nacionales y territoriales. Lo que hace necesario aclarar el ejercicio de actualización o depuración de datos desactualizados. Adujo que es importante brindar cifras de afiliación de activos, suspendidos o retirados, pues un dato global no se corresponde con accesibilidad según su estatus en el sistema, ya que el 98.98% de afiliación es un aproximado con cruces de información, por lo que siempre hay un margen de error.</p> <p>El Estatuto Temporal para Migrantes facilitó el acceso al sistema de salud, ya que al 31 de agosto de 2023 eran 2.875.743 migrantes venezolanos, de ellos 2.306.810 contaban con PPT o estaban en proceso de obtenerlo. A junio de 2023, 1.270.466 migrantes estaban afiliados. Por lo que existe casi 1.000.000 de migrantes que pueden acceder al sistema y 503.682 personas con situación migratoria irregular, que en caso de existir nuevas jornadas nacionales de formalización del estatus migratorio se deben acompañar con procesos de afiliación inmediata al sistema en salud.</p> <p>El Minsalud debe actualizar la información sobre el número de personas venezolanas que hacen parte del RS y RC ante el alto margen de movilidad que se presenta por la informalidad laboral.</p>
ACHC	<p>Consultó a la BDUA y concluyó que el porcentaje de afiliación es del 100%, que muestra una leve diferencia con lo reportado por el Minsalud (98.87%). Sin embargo, consideró que esa cifra es oficial y cuenta con soporte, de manera que coincide con lo verificado por departamentos.</p> <p>El Estatuto Temporal impactó de forma positiva la regularización de la población migrante, pues se pasó de caracterizar a 77.802 afiliados en enero de 2019 (72.8% en RC y 27.2% en RS) a 1.382.788 afiliados a octubre de 2023 (21.1% en RC y 78.9% en RS). Caracterización y formalización que facilita atribuir la responsabilidad correspondiente a cada ET, así como realizar proyecciones, evaluaciones y el presupuesto necesario. Además, que a junio de 2023 eran 1.270.466 personas afiliadas al sistema de salud con PPT o PEP, especialmente en el RS.</p>
Inpec	<p>Reportó 171 PPL que hacen parte de las Fuerzas Militares y 28 de la Policía Nacional, para un total de 199. Agregó que a junio de 2023 el total de la PPL estaba afiliada al sistema de salud, esto es 172.725 personas²⁶.</p>
Acemi	<p>El Minsalud utilizó las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane) certificadas en octubre de 2020, pero esta entidad (Dane) sacó unas nuevas post Covid, lo que puede justificar la diferencia en los datos de población. El indicador de cobertura de la afiliación confronta dos fuentes de información, la BDUA²⁷ y las proyecciones de población Dane²⁸. Fuentes primarias de los datos de afiliados y población para cada territorio y para su consolidación a nivel nacional.</p> <p>El Estatuto para Migrantes protege a esta población siempre y cuando se halle en condiciones de irregularidad, para desestimular la migración irregular.</p>
Gestarsalud	<p>Colombia ha experimentado avances notables²⁹ en el aseguramiento en salud, enfocados en garantizar los derechos de la población general y los grupos específicos (como privados de la libertad).</p> <p>El porcentaje de afiliación reportado (98.98%) es confiable ya que se obtiene de Sispro, lo que fue confirmado por la agremiación al consultar Sispro y la página del Minsalud. El Estatuto Temporal aumentó la afiliación a salud de la población migrante en 274% desde marzo de 2021 (pasó de 339.878 afiliados a 1.270.466 a junio de 2023). Sin embargo, aún existe un número representativo de migrantes desafiados por estar en</p>

²⁶ 1.884 BDEZ activo, 17.556 RC, 99.850 Fondo de Salud PPPL y 53.435 RS.

²⁷ Estadística agregada de registros administrativos de usuarios que integran la totalidad de afiliados del SGSSS que para el Dane corresponde a las proyecciones de población elaboradas a partir del censo de 2018.

²⁸ Sin indicar el año.

²⁹ Aumento significativo en la afiliación al SGSSS, alcanzando un 98.98% en junio de 2023, frente al 29.21% en 1995; coberturas superiores al 95% en el 63% a nivel departamental; mejoras en las coberturas de tamización para cáncer de cuello uterino, mama, próstata y colon y recto; inclusión de la vacuna contra el VPH en el PAI para niños de 9 años y políticas para la prevención del cáncer de cuello uterino; capacitación del personal de salud en relación con el cáncer y modelos de salud predictivos; eliminación de las autorizaciones para pacientes con cáncer, VIH y servicios contenidos en las rutas de atención integral en salud; implementación de EBS, atendiendo a 1.401.786 hogares; 935 ESE y 2.531 prestadores privados habilitados, entre otros.

	situación migratoria irregular, lo que afecta las finanzas de las ET y hospitales públicos que deben brindar atención.
Migración Colombia	Al 30 de junio de 2023 eran 290.668 personas migrantes en situación regular por régimen ordinario (Decreto 1067 de 2015), 1.841.697 regularizados por régimen especial (Decreto 216 de 2021), 467.185 en proceso de regularización y 288.885 en situación migratoria irregular. Al 21 de noviembre de 2023 autorizaron 1.988.991 PPT a migrantes venezolanos y al 30 de junio de 2023 habían expedido 114.038 cédulas de extranjería.

19. El 29 de noviembre de 2023 la Corte requirió al Minsalud para que remitiera la información solicitada en el auto del 14 de noviembre de 2023.

20. El 1° de diciembre de 2023 el Minsalud dio respuesta a lo pedido³⁰. Indicó que la entidad realiza mesas de trabajo con la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (Ponal) y de las Fuerzas Militares (FM), que informaron su preocupación de publicar la ubicación de estas poblaciones en las bases de datos, por lo que, de común acuerdo, decidieron no hacer dicho reporte. Sin embargo, solicitaron la información y entregaron a la Corte dos archivos de Excel con cifras por departamentos que dieron un total cada uno de 626.524 y 609.100. Agregó que la diferencia entre las cifras presentadas y lo concluido por la Corte puede deberse a que la cobertura calculada a junio de 2023 (98.9%) incluye el total de la población afiliada al sistema de salud sobre la proyección del Dane de 2018 “mensualizada publicada por dicha entidad en el año 2020”. Además, que la información remitida no incluye cifras de las FM y Ponal por departamentos.

Reportó 165.080 PPL afiliadas al sistema de salud, que incluye RE, RC y RS, así como a los reclusos en su lugar de residencia o en centro carcelario. Asimismo, dio a conocer que a octubre de 2023 eran 1.495.965 personas migrantes, 1.382.788 venezolanos y 12.278 refugiados, todos afiliados al SGSSS.

21. Finalmente, informó sobre diferentes fenómenos que inciden en que la población de Cundinamarca se afilie en salud en ciudades circunvecinas, entre ellas, la capital debido a su cercanía y la diversidad de IPS, entre otros, lo que impacta el porcentaje de cobertura. Aclara que las cifras de afiliación de cada ciudad no implican necesariamente su correspondencia con su lugar de residencia, sobre todo en ciudades capitales o conurbadas. Adicionalmente, alguna población que trabaja o estudia en Bogotá al considerar que hay un mejor acceso a los servicios de salud en la capital declaran que viven en un lugar distinto al de residencia.

22. El 13 de diciembre de 2023 la Corte requirió al Minsalud para que remitiera el informe semestral ordenado en el Auto 496 de 2022 correspondiente al primer semestre de 2023 y solicitó información a la Supersalud. El 24 de enero de 2024 se realizó un segundo requerimiento a ambas entidades.

23. El 1° de febrero de 2024 el Minsalud allegó lo requerido y sobre el componente analizado remitió un archivo de Excel con los datos de población afiliada en 2023 (50.393.610) que corresponde al 96.5%; al RS (25.963.073); RC (23.437.502) y los RE (993.035).

II. CONSIDERACIONES

Competencia

³⁰ Información brindada al Minsalud por la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones –Subdirección de la Operación del Aseguramiento en Salud y la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – TIC de la entidad.

24. En virtud de las facultades otorgadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional en sesión del 1° de abril de 2009; el artículo 86 de la Constitución Política y; el artículo 27 del Decreto Estatutario 2591 de 1991³¹, esta Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir el presente auto.

Metodología de la valoración

25. La Corte evaluará por segunda ocasión el grado de cumplimiento del componente de afiliación de la población colombiana al sistema de salud ordenado en la Sentencia T-760 de 2008 y el Auto 496 de 2022, para verificar el número de personas vinculadas al sistema de salud, sin que ello implique que en adelante las valoraciones deban hacerse por componentes. Decisión que se adoptará conforme a los niveles de cumplimiento establecidos a partir del Auto 411 de 2015³², lo indicado por la Sala en diferentes ocasiones en relación con la intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas³³ y los documentos recaudados dentro del seguimiento que realiza esta corporación y que reposan en el expediente.

26. Cabe manifestar que, la Corte ha validado el uso de niveles que permitan valorar los avances, rezagos o retrocesos en la ejecución y el seguimiento de las políticas públicas dentro de la metodología para determinar el grado de cumplimiento de las órdenes³⁴. Para tales efectos, la Sala verificará las acciones adoptadas por el Minsalud tendientes a lograr la meta de cobertura universal³⁵, materializada en este caso puntual en el componente de afiliación al sistema de salud de toda la población residente en Colombia.

27. En ese sentido, la Sala Especial analizará (i) el alcance del componente de afiliación de la orden vigésima novena de la Sentencia T-760 de 2008; (ii) las medidas implementadas por el Gobierno nacional para cumplir con el mandato analizado (componente de afiliación); (iii) el cálculo real sobre los fenómenos que impiden lograr el 100% de la afiliación. Posteriormente (iv) establecerá el nivel de cumplimiento del componente de afiliación de la directriz vigésima novena.

Cuestión previa

28. Antes de iniciar el análisis de las medidas adoptadas con el propósito de avanzar en el cumplimiento del componente de afiliación de la orden vigésima novena de la sentencia, la Sala considera necesario pronunciarse sobre lo siguiente:

Incumplimiento de la obligación de presentación de informes por parte del Ministerio de Salud

29. El Auto 496 de 2022 ordenó al Minsalud presentar a la Sala un informe con corte a 30 de junio y 31 de diciembre de cada año, en el que diera a conocer las actividades desplegadas y los resultados obtenidos para garantizar, entre otras cosas, la afiliación. Sin embargo, Minsalud solo presentó el correspondiente al segundo semestre de 2022, pues el referido al primer semestre de 2023 debió ser requerido por la Corte y el del

³¹ “Artículo 27. Cumplimiento del fallo. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirlo sin demora. Si no lo hiciere dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes, el juez se dirigirá al superior del responsable y le requerirá para que lo haga cumplir y abra el correspondiente procedimiento disciplinario contra aquél. Pasadas otras cuarenta y ocho horas, ordenará abrir proceso contra el superior que no hubiere procedido conforme a lo ordenado y adoptará directamente todas las medidas para el cabal cumplimiento del mismo...”.

³² Mediante el cual se valoró la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008.

³³ Autos 607 de 2024, 496 de 2022, 440 y 287 de 2021, 92A de 2020 y 122, 122A, 140B, 470A de 2019.

³⁴ Auto 373 de 2016.

³⁵ El Estado colombiano, como miembro de la OMS se comprometió a alcanzar dicho objetivo para el año 2030.

segundo semestre de 2023 no fue entregado. Lo que impidió que la Sala contara con información actualizada respecto del asunto que se analizará en esta oportunidad.

30. En ese sentido, Minsalud, no solo incumplió lo ordenado por esta corporación, sino que dificulta la función del juez constitucional dentro del seguimiento que realiza a la Sentencia T-760 de 2008 para preservar en mayor medida el derecho fundamental de la población residente en el territorio nacional.

31. Lo anterior implica, además, que el rector de la política pública en salud y responsable del cumplimiento de la orden vigésima novena de la sentencia estructural, desconoció el principio de colaboración armónica establecido en el artículo 113 de la Constitución, así como las funciones fijadas en el artículo 2 del Decreto 4107 de 2011, pues en por lo menos dos ocasiones, omitió remitir a la Corte los reportes requeridos con el fin de evaluar los avances en la verificación de cumplimiento a las órdenes estructurales impartidas en materia de salud y contar con los elementos de juicio necesarios para adelantar dicha actuación.

32. En consecuencia, olvida los fines del estado contemplados en el artículo 2 constitucional y de forma especial, el garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución. Por lo tanto, la Corte llamará la atención al Minsalud para que en adelante remita la información solicitada por esta corporación con los estándares de calidad requerida, con soporte en los datos más actualizados y en el tiempo oportuno³⁶.

Alcance del componente de afiliación de la orden vigésima novena de la Sentencia T-760 de 2008. La afiliación como parte de la cobertura universal³⁷.

33. La Sentencia T-760 de 2008 emitió el mandato vigésimo noveno para remediar la violación recurrente³⁸ del derecho a la salud³⁹. En consecuencia, ordenó al entonces Ministerio de Protección Social adoptar las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal sostenible del sistema antes de la fecha fijada por el legislador - enero de 2010⁴⁰- y dispuso que, de no cumplirla, explicara las razones de ello y fijara una nueva meta. Agregó que la cobertura universal debía lograrse de forma progresiva⁴¹, dadas las implicaciones para su materialización, de acuerdo con los recursos disponibles y la complejidad de su cumplimiento, al igual que la disminución de las barreras que impiden el goce efectivo del derecho; sin que ello se convirtiera en una excusa para la inacción.

34. La Sala Especial señaló que la carnetización no era suficiente para hacer efectiva la cobertura universal en salud y, por el contrario, reflejaba aún más la falta de

³⁶ Tal y como lo afirmó el Auto 1937 de 2023, reiterado en el Auto 607 de 2024.

³⁷ Acápite fundamentado en el Auto 1496 de 2022.

³⁸ Encontró que en tres de los casos estudiados se demandaba a la Oficina de Salud Municipal por incumplimiento en la atención de las personas vinculadas al SGSSS, lo que indicaba que el mismo, no se ajustaba al principio de universalidad establecido en el artículo 48 de la C.P.

³⁹ Motivación que incluyó reiteración de jurisprudencia. La Sentencia C-130 de 2002 entendió por universalidad la cobertura que debía brindarse a todas las personas que habitaban el territorio nacional, que debía darse de manera gradual y progresiva, dando mayor importancia a los recursos, sin que pudieran estos convertirse en un obstáculo para lograr esa meta en el menor tiempo posible.

⁴⁰ Artículo 9 de la Ley 1122 de 2007.

⁴¹ La Sentencia C-313 de 2015 indicó que la progresividad impone al Estado “una carga de avanzar en la protección del derecho fundamental a la salud permanentemente, circunstancia que lleva implícita la prohibición de regresividad salvo las excepciones señaladas por la jurisprudencia constitucional”. Asimismo, el artículo 2.1. del PIDESC, compromete a los Estados parte a lograr de forma progresiva la materialidad del derecho a la salud y a “adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos”.

posibilidades que tenían muchas personas para acceder a servicios. Por lo que estableció que la cobertura universal comprendía garantizar a los usuarios del sistema el acceso a los servicios de salud en condiciones de calidad, eficacia y oportunidad⁴².

35. El Auto 496 de 2022 resaltó la importancia que tiene la afiliación como primer paso para ingresar al sistema, sin que sea lo único que deba garantizarse⁴³ y concluyó que para entender cumplida la cobertura universal deben ser efectivos los siguientes componentes: (i) afiliación y; (ii) accesibilidad, que a su vez está compuesta por a) accesibilidad física; b) calidad y; c) protección de bolsillo⁴⁴.

Análisis y evaluación de las medidas implementadas por el Gobierno nacional para materializar el componente de afiliación de la orden vigésima novena de la Sentencia T-760 de 2008.

36. La Corte recuerda que la orden vigésima novena de la Sentencia T-760 de 2008 buscaba que el Minsalud adoptara las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal sostenible del sistema de salud y para ello, es necesario incrementar la afiliación como primer paso para acceder al sistema. Para verificar lo anterior, la Sala analizará y evaluará las medidas implementadas por el Gobierno nacional para (i) aumentar la afiliación de la población del territorio nacional y de forma especial de a) aquellos que, al perder su capacidad de pago para cotizar al RC, no clasifican en la encuesta Sisbén para ingresar al RS; b) los beneficiarios de pensionados o cotizantes fallecidos, en el tiempo que dura el trámite de reconocimiento de la pensión de sobreviviente o sustitución pensional, cuando no tienen capacidad económica para cotizar al sistema; c) la población carcelaria y, d) la migrante. Finalmente, (ii) el cálculo real sobre los fenómenos que impiden lograr el 100% de la afiliación ordenado en el Auto 496 de 2022.

i) Afiliación al sistema de salud de toda la población residente en territorio colombiano⁴⁵

37. El Auto 496 de 2022 al evaluar lo ocurrido con la afiliación en Colombia entre 2010 (94%) y 2021 (99%) evidenció avances. No obstante, consideró necesario trabajar para lograr el aseguramiento de toda la población residente y de forma especial, de aquellos grupos que encontraban barreras para acceder al sistema de salud.

38. El Minsalud remitió los datos de afiliación para el periodo analizado (2022-2023) y afirmó que los cálculos efectuados por la entidad “se basan en las proyecciones que el DANE publicó en el año 2020”, que fueron aplicadas en octubre de ese año y que las nuevas proyecciones estaban siendo revisadas para actualizarlas y publicarlas⁴⁶. No obstante, al remitir un nuevo informe (enero de 2024), aportó los datos para el 2023 con la proyección poblacional realizada post Covid-19 por el Dane publicadas en marzo de ese año para el periodo 2020-2050⁴⁷.

⁴² Auto 068 de 2012.

⁴³ Adicionalmente tiene que asegurarse el acceso efectivo a los servicios de salud, entendido como la posibilidad de los usuarios de disfrutar de aquellos con facilidad, siempre y cuando cumpla con dos aristas para tenerse por lograda, como son la (i) accesibilidad física y; (ii) asequibilidad económica. Auto 496 de 2022.

⁴⁴ Con fundamento en la Constitución Política (art. 49), las sentencias T-760 de 2008 y C-313 de 2014, algunos parámetros fijados por las organizaciones internacionales (OMS, la Observación General núm. 14 del CDESC, PIDESC y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre DH) y las leyes 1751 de 2015 y 1438 de 2011.

⁴⁵ Considerada por la cartera de salud como el acto mediante el cual se establece el vínculo jurídico entre el sistema de salud y el usuario y que genera una expectativa en éste de tener garantizada su atención en salud, así como su continuidad, misma que se lleva a cabo por una única ocasión.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/abece-afiliacion-salud.pdf>

⁴⁶ Informe entregado a la Sala en diciembre de 2023.

⁴⁷ Última información disponible en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

39. Ahora bien, la Sala buscaba verificar la tendencia de la afiliación entre 2021 como punto de partida y el 2023. Sin embargo, ello no será posible, pues como se indicó, el Minsalud calculó la afiliación al sistema para 2022 con las proyecciones poblacionales anteriores al Covid-19, cosa que no ocurrió para el 2023. En ese sentido, no es adecuado comparar los datos de afiliación entre 2022 y 2023 debido a la variación metodológica, pues como bien lo indicó el Dane, estas actualizaciones tienen en cuenta los cambios en la dinámica poblacional efecto de la pandemia del Covid-19. En consecuencia, los datos remitidos para 2022 y 2023 no son comparables entre sí.

40. Ahora bien, la Sala aplicará la siguiente metodología de análisis para este apartado: (i) verificará, de forma sucinta, los datos aportados por el Minsalud para el 2022 a nivel nacional y departamental y (ii) estudiará con detalle las cifras de aseguramiento allegadas para el 2023 a nivel nacional y departamental. Para ver las imágenes que soportan los análisis realizados a lo largo del auto, se puede acceder al siguiente código

QR 

Afiliación a nivel nacional

41. Como bien se indicó, la Corte no realizará un análisis comparativo de lo ocurrido con la afiliación en estos periodos, dado que la población Dane usada por el Minsalud para el 2022 está desactualizada. Dato que resulta de mayor importancia, pues la orden que se estudia y que se emitió en la Sentencia T-760 de 2008 es la de lograr “la meta de la cobertura universal en salud sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud”⁴⁸. Por lo que no es posible dejar de lado que la población nacional debe estar actualizada para tener datos que brinden certeza en cuanto al aseguramiento de los residentes en el país.

42. Lo anterior, a pesar de que el Minsalud afirmó que las fuentes de información disponibles reflejan de forma fiable la realidad de la afiliación en salud y la demografía en el territorio nacional, aun cuando por reserva y custodia se excluyeron del reporte departamental los datos de las FM y la Ponal, la cual fue remitida posteriormente, lo que no ocurrió para el 2022.

43. El Minsalud reportó que la población afiliada para el 2022 era de 51.422.914 que representó el 99.1% del total nacional y para 2023 fueron 50.393.610 que correspondió el 96.5%. Dato que, para el 2023, deja a Colombia a 3.5% de llegar al 100% de afiliación en salud⁴⁹. Sin embargo, se desconoce cuántos de esos afiliados están activos, inactivos, en periodo de protección laboral, etc., lo que resulta importante para verificar la garantía del derecho a la salud⁵⁰.

44. Además, la Sala recuerda que de tiempo atrás el Minsalud reportó la implementación de medidas que facilitan el aseguramiento de la población residente en territorio nacional, esto es⁵¹: (i) el período de protección laboral que permite a los afiliados del cotizante fallecido permanecer vinculados al sistema de salud en iguales términos y por un periodo de tiempo⁵²; (ii) la movilidad al RS si hacen parte de los niveles I y II del Sisbén, grupos A, B y C, para el grupo D se podrá hacer movilidad

⁴⁸ Fundamento jurídico 2.2.5.3.

⁴⁹ Gestarsalud afirmó que Colombia ha reportado avances en el aseguramiento.

⁵⁰ Como también lo indicó la Asociación Pacientes de Alto Costo.

⁵¹ Medidas que fueron reportadas y evaluadas respecto de un grupo poblacional en el Auto 496 de 2022.

⁵² Uno o tres meses más desde el vencimiento del periodo o días por los que se realizó la cotización, siempre y cuando el cotizante fallecido hubiere tenido derecho a ello. Artículo 66 del Decreto 2353 de 2015.

bajo el mecanismo de contribución solidaria⁵³. (iii) La inscripción de oficio que permite a quienes requieren servicios en salud o sean focalizados por la ET ser inscritos de forma inmediata a través del SAT⁵⁴ y; (iv) el mecanismo de contribución solidaria, sobre el que se volverá más adelante. A excepción de dos de ellas, no se conocieron resultados.

45. Mediante la movilidad, los asegurados del SGSSS pueden trasladarse en la misma EPS con todo su núcleo familiar desde el RS al RC y viceversa, sin necesidad de efectuar un nuevo proceso de afiliación y sin solución de continuidad⁵⁵. Medida que a junio de 2022 permitió que 6.507.669 personas se movieran de un régimen a otro. Sin embargo, no se reportó lo correspondiente al 2023, lo que no obsta para que se reconozca nuevamente como una medida que asegura la afiliación de la población, aun cuando su situación económica varíe.

46. En suma, vale la pena recordar que el Auto 496 de 2022 citó lo referido por la OMS y señaló que “ninguno de los países de ingresos altos, de los que se suele decir que han alcanzado la cobertura universal, cubre realmente al 100% de la población para el 100% de los servicios disponibles y en el 100% del coste, sin listas de espera”⁵⁶. Cita que demuestra que ni en países con ingresos altos que lograron alcanzar la cobertura universal, de los cuales no hace parte Colombia⁵⁷, se suele cubrir al 100% de la población.

47. En consecuencia, la Corte recuerda la imposibilidad que existe de verificar la tendencia del aseguramiento en salud para los últimos años. Si bien se reportan medidas para garantizar la afiliación de la población residente en Colombia, estas no evidencian resultados para el porcentaje nacional de 2023 (96.5%), el cual se acerca al de 2019, cuando estaba en 95.2%, aún más a 2012 (96.4%) y 2014 (96.6%) como lo dejó establecido el Auto 496 de 2022 (f.j. 49, figura 1). Por lo tanto, la Sala llama la atención del Minsalud respecto de lo ocurrido en 2023 donde se refleja un retroceso, pues se pasó de una afiliación de 99% en 2021⁵⁸ al 96.5% que evidencia un retroceso de 2.5%, que implica que, en 2023, alrededor de 1.305.387 residentes en Colombia, 794.214 más que en 2021⁵⁹ no contaron con acceso inicial al sistema de salud.

48. Lo anterior, desconoce el artículo 48 de la Constitución Política que establece que “el Estado con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura en seguridad social...”, así como el principio de progresividad del derecho a la salud⁶⁰. Esta corporación recordó la obligación que tiene el Estado de aplicar dicho principio, el cual, implica cierta gradualidad, esto es, que el Estado tiene la obligación de ampliar “el nivel de realización del derecho a la salud, así como de abstenerse a [sic] tomar medidas *que sean regresivas en torno a la prestación de servicios* y suministro de tecnologías en salud”⁶¹ (resaltado fuera del texto original). Adicionalmente, la Corte considera que no es constitucionalmente admisible que una vez se han implementado medidas que garantizan el derecho a la salud, en este caso la afiliación del 99% de la población a 2021, un nuevo examen evidencie la existencia de resultados regresivos sin una justificación constitucionalmente razonable *-regla de no regresividad-*⁶², como

⁵³ Decreto 780 de 2016 (art. 2.1.7.7).

⁵⁴ Cuando no cuenten con afiliación al SGSSS o tenga novedad de terminación en la inscripción en la EPS, el prestador de servicios de salud o la ET, según corresponda.

⁵⁵ Regulada en el artículo 5 del Decreto 3047 de 2013.

⁵⁶ Informe sobre la Salud en el Mundo -2010-.

⁵⁷ <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=XD>

⁵⁸ Como se estableció en el Auto 496 de 2022.

⁵⁹ El 1% que quedó sin afiliación en 2021 correspondió a 511.173 personas, cuando la población era de 51.117.378

⁶⁰ Consagrado en el literal g, artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

⁶¹ Sentencia SU-580 de 2020 que reiteró la C-313 de 2014.

⁶² La Corte ha decantado la aplicación de esta regla para el derecho a la educación en la Sentencia T-030 de 2020, reiterada en la T-038 de 2022.

ocurre en el presente asunto, donde no se brindó ninguna explicación que intentara justificar la disminución del porcentaje de afiliación de residentes en el territorio nacional al sistema de salud.

Para verificar el impacto de lo sucedido con el aseguramiento a nivel nacional, la Corte revisará lo ocurrido con este asunto desde la emisión de la Sentencia T-760 de 2008, así:

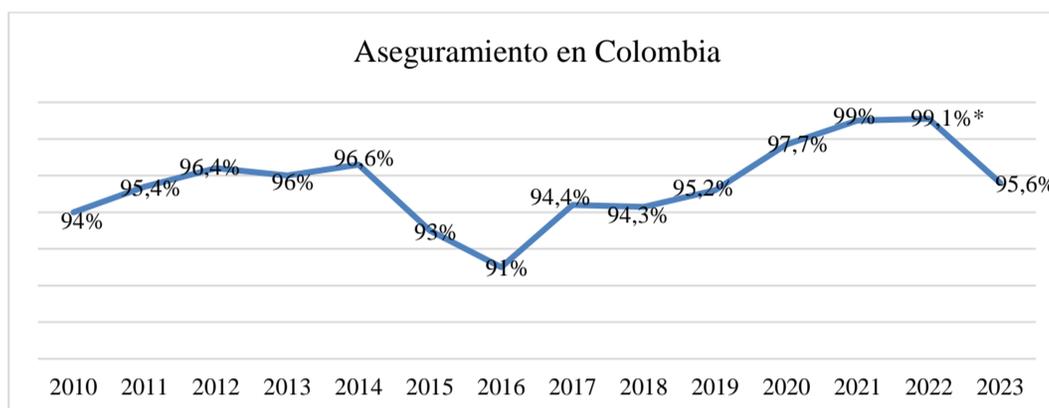


Imagen 1. Elaboración propia. Datos Minsalud.

* El MSPS calculó este dato con la proyección poblacional realizada por el Dane antes del Covid-19.

49. De lo anterior, se concluye que la afiliación de 2023 se acerca a lo reportado en 2019 cuando estuvo en 95.2%, es decir se retrocedió, por lo menos, en 5 años y peor aún, deja al aseguramiento en una cifra que se diferencia en lo mínimo con las de 2012 (96.4%) y 2014 (96.6%). Esta situación que evidencia un retroceso en la consecución de la cobertura universal dispuesta en la orden vigésima novena de la Sentencia T-760 de 2008, el cual lejos de avanzar en la senda de cumplimiento, se ha alejado del acatamiento total del mandato objeto de supervisión.

Afiliación por departamentos

50. Para el 2022 el Minsalud dio cuenta de que los territorios con porcentajes de afiliación en 100% eran los siguientes: Bogotá, Bolívar, Huila, La Guajira, Norte de Santander, Risaralda, Sucre, Tolima y Valle del Cauca. Que entre el 99% y el 90% estaban Antioquia, Boyacá, Caquetá, Casanare, Cesar, Córdoba, Guainía, Guaviare, Magdalena, Meta, Nariño, Quindío, San Andrés y Santander. Los menores porcentajes se observaron en Vaupés (67.7%); Vichada (71.2%); Cundinamarca (74.4%) y Chocó (80.6%).

51. En 2023, 9 territorios reportaron porcentajes de afiliación del 100%⁶³; 7 entre el 96% y 99.9%⁶⁴, 9 entre 89% y 95.9%⁶⁵ y 4 entre 80% y 88.9%⁶⁶. De otro lado, se observan porcentajes muy bajos en Vichada con 67.4%; Vaupés, 70.9%; Chocó, 74.4% y Cundinamarca con 77.2%.

52. Hasta este punto, la Sala observa que para el 2023 la afiliación por departamentos evidenció un buen comportamiento y que las medidas existentes son conducentes. Esto es así, ya que a la fecha se tiene que (i) el 27.2% de los territorios del país cuenta con el 100% de su población asegurada; (ii) el 21.2% está entre el 96% y 99.9%; (iii) el 27.2% entre 89% y 95.4%; (iv) el 12.1% está entre el 80% y 88.9% y; (v) el 12.1%

⁶³ Antioquia, Bogotá D.C., Bolívar, Huila, La Guajira, N. de Santander, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca.

⁶⁴ Arauca, San Andrés, Atlántico, Caquetá, Santander, Sucre y Tolima.

⁶⁵ Amazonas, Boyacá, Caldas, Casanare, Cesar, Córdoba, Guainía, Magdalena y Meta.

⁶⁶ Cauca, Guaviare, Nariño y Putumayo.

están por debajo del 77.2%. Es decir, el 87.7% tiene más del 89% de su población asegurada.

53. A pesar de lo dicho, llama la atención de la Corte lo ocurrido con la afiliación en Cundinamarca, donde el porcentaje no ha superado el 80% desde el 2015⁶⁷. Por esta razón, se indagó al Minsalud, que informó que la población residente en el departamento prefiere afiliarse en ciudades circunvecinas diferentes a su lugar de residencia, lo que impacta significativamente el porcentaje de cobertura calculado a partir del territorio de afiliación que registra cada persona, lo que no implica que allí resida, sobre todo en ciudades cercanas o territorios conurbados. Además, indicó que en ejercicio del derecho a la libre escogencia de EPS los usuarios se afilian a las ubicadas en Bogotá, dada la cercanía para acceder a servicios y diversidad de IPS, lo que también impacta ya que hay muchas personas que residen en el departamento, pero trabajan o estudian en Bogotá y se vinculan a una EPS del sitio donde ejecutan sus labores.

54. De lo anterior, la Corte infiere que muchas personas que no residen en Bogotá se vinculan al sistema en esta ciudad por mejor oferta de servicios, cercanía con sus lugares de trabajo o estudio. Situación que, podría, estar generando un sub-registro de afiliados en Bogotá que reporta el 0% en desafiliación y una posible información dispersa de asegurados en Cundinamarca que tiene el 22.8% de desasegurados, datos que no evidenciarían la realidad de lo que ocurre en territorio. Por lo anterior, la Corte llamará la atención del Minsalud, pues falta a sus deberes⁶⁸ cuando, a pesar de conocer la información remitida a esta corporación que evidencia el problema de falta de coherencia entre los registros de aseguramiento en Bogotá y Cundinamarca y el acceso a los servicios de salud, no implementa medidas que consoliden la información adherida a la realidad.

55. En consecuencia, es necesario que Minsalud adopte medidas que aclaren las dudas que generan estos datos y verifique en detalle lo que ha ocurrido en los últimos 7 años⁶⁹, pues las cifras inexactas pueden afectar la garantía del derecho fundamental de los residentes de los 116 municipios que allí se ubican⁷⁰. Esto es así, en tanto al existir subregistros puede ocurrir que muchas personas estén sin aseguramiento en salud y, por ende, sin acceso a servicios de salud necesarios para atender aquellos requerimientos del derecho fundamental.

Afiliación por regímenes

56. Ahora bien, la Sala pondrá de presente la participación de cada uno de los regímenes en el aseguramiento en salud, para 2022 y 2023. Sobre esto el Minsalud informó que en (i) 2022 eran 23.527.972 (45.5%) afiliados al RC, 25.672.278 (46.9%) al RS y 2.222.664 (4.3%) a los RE⁷¹ y; (iii) 2023 eran 25.963.073 (49.7%) al RC, 23.437.502 (44.8%) al RS y 993.035 (1.9%) los RE. Respecto del 2022 se observa que el RS tuvo casi a la mitad del total de la población afiliada, lo que evidencia que para

⁶⁷ A excepción del 2018 que reportó 80.4%.

⁶⁸ Establecidos en el artículo 59 de la Ley 489 de 1998. En especial el del numeral 8 que señala su deber de formular “y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, de aseguramiento en salud y riesgos profesionales, de prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de sistemas de información, así como los demás componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

⁶⁹ Este análisis no fue abordado en el Auto 496 de 2022, razón por la cual la Corte se pronunciará sobre un periodo anterior.

⁷⁰ <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentacion-CNPV-2018-Cundinamarca.pdf>

⁷¹ Los regímenes de excepción están conformados por Ecopetrol, el Magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, las Universidades Públicas con servicio de salud y la población intramural a cargo del Inpec.

el 2023 un 4.6% (2.435.101) de personas más contribuyeron al sistema y son menos quienes requieren subsidios para contar con servicios de salud⁷². El RS ofrece un porcentaje menor en 4.8% y los RE tan solo el 1.9%.

57. Llama la atención de la Sala el dato reportado para la población afiliada a los RE, en el que se observa un error en el dato emitido para el 2023, pues el Minsalud dio cuenta que a junio de 2023 eran 1.234.502 los afiliados a los RE (FM y Ponal), sin contar el Magisterio, Ecopetrol, entre otros; mientras que el reporte presentado en 2023 dio cuenta de que 993.035 personas estaban afiliadas a los RE, lo que evidencia problemas en el manejo en las bases de datos del MSPS. Cifras que pueden verificarse en el código QR que se recuerda⁷³.

Población desafiada

58. En este punto, la Corte evaluará lo ocurrido con la población que aún no hace parte del sistema de aseguramiento, para ello analizará (i) el panorama nacional, (ii) el regional, y finalmente (iii) se pronunciará en particular respecto de algunos grupos poblacionales identificados en el Auto 496 de 2022 como aquellos que tenían dificultades para ingresar al sistema de salud.

59. Si bien es cierto el Minsalud no remitió datos sobre la población desasegurada, la Corte la extraerá de los reportes de afiliados. Así pudo determinar que la población desafiada en (i) 2022 era de 458.997 que representaba el 0.9% de la “población nacional”, que se recuerda, corresponde a datos demográficos de las proyecciones realizadas por el Dane antes del Covid-19⁷⁴ y; (ii) 2023 fueron 1.821.893 que corresponde al 3.4%.

60. Sobre lo ocurrido en 2023, cabe resaltar que si bien el 3.4% es una cifra baja, implica que 1.821.893 personas no contaran con afiliación al sistema de salud, aun cuando se implementaron medidas que buscan aumentar la población asegurada, esto es el SAT, la contribución solidaria y la afiliación de oficio.

61. En cuanto a la desafiación por departamentos, se tiene que, en el 2022, 4 departamentos tuvieron una población desafiada superior al 19%, esto es Vaupés 32.3%; Vichada 28.7%; Cundinamarca 25.5% y Chocó 19.3%. Los que registraron menores porcentajes fueron en 0% Valle del Cauca, Sucre, Norte de Santander, Risaralda, Huila, La Guajira, Bogotá y Bolívar, seguidos de Quindío 0.1%; Caquetá 0.6%; Antioquia 0.7% y Atlántico 1%. Llama la atención de la Sala los datos de: (i) Vaupés que reportó 161.150 personas sin aseguramiento; (ii) Vichada 33.511; (iii) Cundinamarca 903.015⁷⁵ y, (iv) Chocó 107.783⁷⁶. Cifras que solo para estas zonas dan un total de 1.205.459, lo que supera ostensiblemente el dato que arroja lo reportado por el Minsalud en torno a los afiliados, esto es 458.997 para 2022.

62. Sobre el problema en los datos aportados, la Corte debe indicar que no es admisible que el Minsalud presente ante esta corporación información incorrecta, pues las

⁷²<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo#:~:text=Para%20el%20mes%20de%20diciembre,57%2C3%25%2C%20respectivamente.>



⁷³ Datos utilizados por el MSPS.

⁷⁴ Departamento que contiene información irreal según lo informado por el MSPS, por lo que no es claro lo que ocurre en territorio.

La Corte recuerda que los datos demográficos tenidos en cuenta para este año no corresponden a las proyecciones post Covid-19 realizadas por el Dane. os; (iii) en Cundinamarca 3.527.404 de pobladores y el 74.4% de afiliados y; (iv) para Chocó 555.583 residentes y el 80.6% de asegurados.

proyecciones poblacionales que tuvo en cuenta para calcular la afiliación en 2022 no corresponden a la realidad que dejó la pandemia del Covid-19. Aun cuando el Dane desde marzo de 2023 publicó las nuevas proyecciones y retroproyecciones, en las que incluyó el 2020, 2021 y 2022. Sobre los reportes de información desactualizada se pronunció el Auto 496 de 2022 que llamó la atención del MSPS, entidad que persiste en el problema de manejo de los datos, lo que impide que la Sala Especial cuente con información actualizada.

63. Por su parte, en el 2023 se concluyó que los territorios con mayor número de población desafiliada fueron Vichada con 32.5%; Vaupés, 29%; Chocó, 25.5% y Cundinamarca, 22.7%. Aquellos con menores porcentajes fueron en 0% Valle del Cauca, Risaralda, Quindío, Norte de Santander, La Guajira, Magdalena, Bogotá, Bolívar y Antioquia; seguidos de San Andrés con 0.28%; Atlántico con 0.05%; Caquetá, 1%; Arauca y Sucre, 1.36%. Datos que resultan de mayor importancia, ya que se observa que 3 de los 4 departamentos con menores porcentajes son territorios ubicados en zonas dispersas, que han sufrido los problemas de inequidad sanitaria y estos sucesos de desafiliación aumentan aún más la brecha existente, lo que hace necesario que el Minsalud verifique lo ocurrido y adopte medidas tendientes a incrementar estos porcentajes⁷⁷.

Al igual que en 2022, los departamentos con mayores porcentajes de población desafiliada son (i) Vaupés que reportó 13.612 personas sin aseguramiento; (ii) Vichada 40.197; (iii) Cundinamarca 785.534 y, (iv) Chocó 152.355⁷⁸. Por lo tanto, tan solo 4 departamentos aportan 991.698 (54.4%) de las personas desaseguradas lo que implica una afectación en el acceso integral a los servicios sanitarios no solo de estas zonas, sino de todos los residentes en Colombia que no han sido afiliados y que no cuentan con servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad⁷⁹ y tan solo atención en urgencias, lo que desconoce, entre otras, cosas el artículo 49 de la Constitución Política y 25⁸⁰ de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

ii) Medidas implementadas para los grupos poblacionales que no lograban afiliarse al sistema de salud

64. Una vez analizado el universo general de la afiliación en salud, la Corte evaluará las medidas que el Minsalud implementó para impactar a la población desafiliada que ha 2021 ascendía a 1% y a 2023, al 3.5% y con las que buscaba aumentar la población asegurada en todo el territorio nacional como objetivo principal de la orden.

a) Población que ha perdido su capacidad de pago para cotizar al RC y no clasifica en la encuesta Sisbén para ingresar al RS⁸¹

⁷⁷ Como lo afirmó el Auto 496 de 2022.

⁷⁸ El Minsalud reportó para (i) Vaupés una población Dane de 46.777 y el 70.9% de aseguramiento; (ii) en Vichada 123.304 de residentes y 67.4% de afiliados; (iii) en Cundinamarca 3.445.327 de pobladores y el 77.2% de afiliados y; (iv) para Chocó 595.138 residentes y el 74.4% de asegurados.

⁷⁹ La situación de falta de acceso al sistema de salud afecta no solo a los residentes de estas zonas, sino también a aquellos que viven en Colombia y no han sido afiliados al sistema de salud.

⁸⁰ El cual establece el derecho que tiene toda persona a un nivel adecuado que le asegure, entre otras cosas, la salud.

⁸¹ El auto 496 de 2022 estableció que a este grupo pertenecen quienes están obligadas a cotizar al RC y obtienen en la encuesta Sisbén, puntajes superiores a los establecidos como punto de corte para el nivel II (Res. 3778 de 2011), que les impide recibir el subsidio pleno para afiliarse al SGSSS a través del RS; pero sus condiciones económicas les impide ser cotizantes voluntarios al RC, lo que implica que sus necesidades en salud deban ser cubiertas en forma particular en lo que exceda a la atención de urgencias.

65. El Auto 496 de 2022 ordenó al Gobierno nacional reglamentar el artículo 242⁸² de la Ley 1955 de 2019 que regula el mecanismo de contribución solidaria y que establece que aquellas personas catalogadas como “no pobres o no vulnerables” y que no cuenten con capacidad de pago para asumir el valor total de la cotización al RC deberán contribuir solidariamente al sistema conforme a su capacidad de pago y pertenecerán al RS.

66. Para cumplir con dicha orden, el Minsalud emitió el Decreto 616 de 2022⁸³ que incluye como afiliados en el RS, a personas “no pobres o no vulnerables” que contribuyen solidariamente al sistema de salud, de acuerdo con la tarifa progresiva fijada por el Minsalud y que corresponde entre el 1% y el 15% de la UPC del RS, de acuerdo con la capacidad de pago parcial, aplicada a grupos de capacidad similar y se tasarán conforme a la suma de las tarifas por cada uno de los adultos de un núcleo familiar de acuerdo a la clasificación del Sisbén en su última metodología y que impone la cancelación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. La Sala resalta que esta herramienta no exige pagos a los menores de edad, lo que disminuye el rubro que se debe cancelar y garantiza su acceso al sistema.

67. El Minsalud indicó que la contribución analizada entró en funcionamiento el 1 de junio de 2022, mediante la que, hasta diciembre de 2022, se afilió a 11.086 personas y de enero a junio de 2023 fueron 18.398. Ahora, la Corte evaluará su impacto desde los cinco departamentos con mayor número de afiliados en contraste con el número de desafiliados⁸⁴:

Junio de 2023		
Dpto	Afiliados mediante el mecanismo	Desafiliados
Antioquia	7.864	0
Bogotá D.C.	3.071	0
Cundinamarca	1.643	783.933
Valle	1.007	0
Atlántico	705	1.275
Total	14.290	785.208

Tabla 1. Elaboración propia, datos Minsalud.

68. Hasta aquí, se deduce que la afiliación generada por el mecanismo de contribución solidaria para estos departamentos en el 2023 fue de 14.290 personas que accedieron a servicios que sobrepasan la atención de urgencias y favorece la cobertura universal en Colombia. Cifra que representó a junio de 2023 el aseguramiento del 2% de la población desasegurada en Cundinamarca y 55.2% en Atlántico. A nivel nacional se observa que el mecanismo permitió asegurar a 18.398 personas que representa el 1% de la población desafiliada que en 2023 era de 1.821.893⁸⁵.

La Sala resalta lo ocurrido en Antioquia que reportó un alto número de afiliados mediante el mecanismo y que en 2023 no tenía población desafiliada, lo que puede

⁸² “Los afiliados al Régimen Subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. La población que sea clasificada como pobre o vulnerable según el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales - SISBÉN, recibirá subsidio pleno y por tanto no deberá contribuir. Los afiliados al Régimen Subsidiado de salud que, de acuerdo al SISBÉN, sean clasificados como no pobres o no vulnerables deberán contribuir solidariamente al sistema, de acuerdo a su capacidad de pago parcial, definida según el mismo SISBÉN...”.

⁸³ “Por el cual se modifican los artículos 2.1.1.3, 2.1.3.11, 2.1.7.7, 2.1.7.8 Y se sustituye el Título 5 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en el sentido de incorporar la contribución solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

⁸⁴ El Minsalud no reportó información sobre la población no asegurada que es “no pobre o no vulnerable”, por lo tanto, la Corte revisará sobre el total de la población desafiliada.



⁸⁵ Información que puede verificarse en el código QR, numeral 4

evidenciar un progreso. Mientras que Valle y Bogotá si bien reportaron un bajo número de afiliados mediante este mecanismo, también tenían a toda su población asegurada. Sin embargo, el mecanismo no ha tenido mayor impacto, al no lograr abarcar a un grupo importante de la población, lo que según la Asociación de Pacientes de Alto Costo se puede dar por la falta de publicidad de la medida⁸⁶ o por la imposibilidad de que quienes pierden su capacidad de pago accedan a la encuesta Sisbén o no deseen hacerla “por no sentirse pobres”. Sobre esto, la Corte llama la atención del Minsalud para que divulgue mayormente el mecanismo de contribución solidaria y permita la afiliación de más personas.

69. En cuanto a los departamentos que reportaron el menor registro de afiliación a través de esta herramienta se encuentran Guainía (0 afiliados), Vichada (2) y Amazonas (5) en el segundo semestre del 2022 y Vaupés (1), Guainía (2) y Vichada (12) en el primer semestre del 2023. Lo anterior, según el Minsalud se debe a que la mayoría de los residentes son “pobres y vulnerables” y por ello, hacen parte del RS, afirmación que se presentó sin soporte alguno, lo que impide su verificación.

70. De otro lado, el Minsalud dio a conocer los pagos que se realizaron por este mecanismo. Llamen la atención los departamentos que reportan cero pesos de pago, a pesar de tener población afiliada⁸⁷ y sobre lo que no se emitió ninguna explicación por la entidad⁸⁸. Asunto que deberá aclararse en el próximo informe que se emita para verificar el goce efectivo del derecho a la salud.

71. La Corte considera que el mecanismo de contribución solidaria se muestra como una medida conducente⁸⁹ que permite la afiliación de la población “no pobre o no vulnerable”, pero que no ofrece resultados, pues, a junio de 2023, solo impactó al 1.81% de la población que no cuenta con aseguramiento en salud. En ese sentido, la Sala Especial concluye que el Ministerio ha implementado medidas que resultan conducentes, pero que no brindan resultados para el fin propuesto.

b) Los beneficiarios de pensionados o cotizantes fallecidos, en el tiempo que dura el trámite de reconocimiento de la pensión de sobreviviente o sustitución pensional, cuando no tienen capacidad económica para cotizar al sistema

72. El Auto 496 de 2022 ordenó al Minsalud implementar medidas que aseguren la afiliación de esta población. Sobre esto, la cartera de salud dio a conocer que los mecanismos que impactan a este grupo son (i) el período de protección laboral que permite a los afiliados del cotizante fallecido permanecer vinculados al sistema de salud en iguales términos y por un periodo de tiempo⁹⁰; (ii) la movilidad al RS si hacen parte de los niveles I y II del Sisbén, grupos A, B y C, para el grupo D se podrá hacer movilidad bajo el mecanismo de contribución solidaria⁹¹. (iii) La inscripción de oficio que permite a quienes requieren servicios en salud o sean focalizados por la ET y no estén afiliados, inscribirse de forma inmediata a través del SAT⁹².

73. Las medidas citadas (movilidad, afiliación de oficio y periodo de protección laboral) fueron puestas en conocimiento de la Corte con antelación y evaluadas en el Auto 496 de 2022, en el que se dijo que las mismas existen para la ciudadanía en

⁸⁶ Como también lo indicó la Defensoría del Pueblo.

⁸⁷ 2022: Atlántico, Bolívar, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Córdoba, Chocó, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Santander, Sucre, Arauca, Casanare, Putumayo y Vaupés. 2023: Amazonas, Guainía, Vaupés y Vichada.

⁸⁸ Como lo afirmó la Asociación Pacientes de Alto Costo y la CSR.

⁸⁹ Como lo reconoció la Defensoría del Pueblo.

⁹⁰ Uno o tres meses más desde el vencimiento del periodo o días por los que se realizó la cotización, siempre y cuando el cotizante fallecido hubiere tenido derecho a ello. Artículo 66 del Decreto 2353 de 2015.

⁹¹ Decreto 780 de 2016 (art. 2.1.7.7).

⁹² Resolución 1128 de 2020.

general y, por ende, arrojan a los beneficiarios de los cotizantes o pensionados fallecidos para solventar temporalmente la falta de aseguramiento en salud. Mecanismos que son instituidos para lograr la cobertura en salud de este grupo específico de personas. No obstante, el mecanismo de contribución solidaria también favorecería a este grupo poblacional, pues cotizaría de acuerdo a su capacidad económica. Por lo tanto, mal haría la Corte al desconocer que la medida evaluada líneas atrás (f.j. 63), impacta directamente a estas personas y facilita su vinculación como puerta de ingreso al sistema de salud.

c) Población carcelaria

74. La Corte en el Auto 496 de 2022 señaló que no era claro el porcentaje de la PPL afiliada al sistema de salud, pues la información remitida a la Corte por el Minsalud, el Inpec y la Universidad de los Andes no concordaba ni brindaba certeza. Por lo tanto, la Sala resaltó la importancia de mejorar las fuentes de información y de garantizar la afiliación al sistema de salud a toda la PPL. Sin embargo, la Corte no conoció información de cuántos de ellos estaban afiliados al sistema de salud, por lo que en el Auto 496 de 2022 no concluyó nada al respecto.

75. El Inpec informó que a junio de 2023 la PPL era de 172.725 personas, todas afiliadas al sistema de salud. Sin embargo, con el fin de tener información más actualizada, se verificaron los datos en la página de la entidad y se conoció que a noviembre de 2023 la PPL era de 170.332⁹³, dato que coincide en gran medida con la información que tiene publicada el Ministerio de Justicia y del Derecho (MJD) al indicar que a noviembre de 2023 la PPL ascendía a 170.266⁹⁴. Por su parte, el Minsalud reportó con corte a noviembre de 2023 que la PPL afiliada al sistema de salud era 165.080⁹⁵.

Este último dato genera duda en torno al reporte del Inpec al afirmar que toda la PPL está vinculada al sistema de salud, pues al confrontarlo con lo manifestado por el Minsalud se deja a 5.252 no tendrían aseguramiento. Sin embargo, esta cifra que aparece como no afiliada se acerca a los 6.406 detenidos que se encuentran bajo vigilancia electrónica⁹⁶ y que no fueron mencionados por la cartera ministerial.

76. En conclusión, la Corte tomará como parámetro de análisis la información suministrada por el Inpec por ser el encargado del sistema penitenciario del país, sobre el que ejerce inspección y vigilancia en departamentos, distritos, municipios y territorios indígenas⁹⁷ al afirmar que el 100% de la PPL contaba con afiliación a salud lo que garantizaría su ingreso a los servicios integrales que ofrece dicho esquema, a través de la prestación de servicios de salud definido y conforme al modelo de atención en salud que se adopte⁹⁸. En ese sentido, con el material probatorio analizado por la Sala Especial, en principio, se concluye que existen medidas conducentes para garantizar la afiliación de toda la PPL que ofrecen resultados. Por lo que el Minsalud

⁹³ 102.343 en centro de reclusión, 61.583 en prisión domiciliaria y 6.406 con vigilancia electrónica. http://190.25.112.18:8080/jasperserver-pro/dashboard/viewer.html?&j_username=inpec_user&j_password=inpec#/public/Intramural/Dashboards/Intramural_Nacional

⁹⁴ 102.300 en intramural, 61.570 en prisión domiciliaria y 6.396 en vigilancia electrónica. <https://www.minjusticia.gov.co/transparencia/Paginas/SEJ-Politica-Criminal-y-Penitenciaria-Indicadores-INPEC.aspxf>

⁹⁵ 97.842 en detención intramural y 67.238 en prisión domiciliaria.

⁹⁶ http://190.25.112.18:8080/jasperserver-pro/dashboard/viewer.html?&j_username=inpec_user&j_password=inpec#/public/Intramural/Dashboards/Intramural_Nacional

⁹⁷ Artículo 4, Ley 1242 de 1993.

⁹⁸ Regulado por el Decreto 2245 de 2015, la Ley 1709 de 2014 y modificado por el Decreto 1142 de 2016. La Ley 1709 de 2014, Decretos 2245 de 2015 y 1142 de 2016; Resoluciones 4005 de 2016 y 5512 de 2016.

en los próximos informes deberá remitir esta información con inclusión de privados de la libertad intramural, prisión domiciliaria y vigilancia electrónica.

d) Población migrante

77. El Auto 496 de 2022 reconoció que el Gobierno nacional implementó medidas que permitieron avanzar en el aseguramiento en salud de los extranjeros. Sin embargo, el porcentaje de migrantes que no contaban con afiliación era alto, pues para acceder a ello debían regularizar su situación migratoria, como lo ha establecido la jurisprudencia constitucional⁹⁹.

78. Ahora bien, con el fin de facilitar el aseguramiento de la población migrante el Gobierno nacional implementó el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos bajo el Régimen de Protección Temporal¹⁰⁰. Medida que avaló el Permiso por Protección Temporal (PPT) como documento de identificación válido de los migrantes venezolanos, que comenzó a operar a finales de 2021 y que para el 2021 permitió afiliar a 426.763 migrantes venezolanos, en 2022 eran 1.156.480 y a octubre de 2023, 1.382.788.

De lo reportado se concluye que en los últimos dos años se incrementó en gran medida la afiliación de los migrantes al sistema de salud, pues a octubre de 2023 se vincularon 226.308 más que en 2022 y aún quedaban dos meses del año, en 2022 se aseguraron 729.717 venezolanos más que en 2021. Lo anterior, demuestra que la medida de política pública implementada por el Gobierno nacional denominada Estatuto Temporal de Protección para Migrantes ha tenido un buen impacto y ha permitido avanzar en torno a garantizar la puerta de ingreso al sistema de salud.

79. Adicionalmente, Migración Colombia informó que a junio de 2023 eran 2.132.365¹⁰¹ migrantes venezolanos con situación migratoria regular, 467.185 en proceso de regularización y 288.885 en situación irregular y a noviembre de 2023 eran 1.988.991 los que se habían regularizado mediante el ETPMV para un total de 2.279.659¹⁰². Adicionalmente, el Minsalud reportó 1.382.788 personas afiliadas al sistema de salud a octubre de 2023, pero con el fin de tener las mismas fechas de corte para verificar el porcentaje de migrantes venezolanos que cuentan con acceso integral a salud, se consultó en Sispro y se concluyó que a noviembre de 2023 eran 1.405.771¹⁰³ los asegurados¹⁰⁴.

80. Información que permite concluir que a noviembre de 2023 el 61.6%¹⁰⁵ de los migrantes venezolanos regularizados estaban afiliados al sistema de salud, lo que evidencia que la mayoría de ellos cuentan con servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. De otro lado, el 38.4% de los migrantes solo accede al servicio de urgencias, como una garantía de no discriminación de conformidad con los artículos 13 y 100 de la Constitución, por contar con una situación migratoria irregular¹⁰⁶. No obstante, la jurisprudencia constitucional ha establecido que los

⁹⁹ Ver entre otras sentencias la T-145 de 2023, T-415 de 2021, T-120 de 2022, T-246 de 2020, T-452 de 2019, T-210 de 2018 y T-705 de 2017.

¹⁰⁰ Creado por el Decreto 216 de 2021 e implementado mediante la Resolución 971 de 2021 de la Unidad Administrativa Especial de Migración.

¹⁰¹ 290.668 mediante el Decreto 1067 de 2015 y 1.841.697 mediante el Decreto 216 de 2021.

¹⁰² Regularizados por el EPTMV y 290.668 mediante el Decreto 1067 de 2015.

¹⁰³ 1.108.888 en el RS y 296.883 en el RC.

¹⁰⁴ <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Migrantes-afiliados-a-Salud.aspx>

¹⁰⁵ El Minsalud informó que a octubre de 2023 había 1.382.788 venezolanos afiliados al SGSSS.

¹⁰⁶ Atención que puede llegar a incluir el tratamiento de enfermedades catastróficas, que hagan la vida insoportable e indeseable, cuando el mismo sea solicitado por el médico tratante como urgente. Sentencia T-300 de 2022 que reiteró las sentencias T-197 de 2017, T-210 de 2018, T-025 de 2019.

extranjeros en situación migratoria irregular que busquen beneficios adicionales en el SGSSS, en cumplimiento de los deberes y obligaciones previstas en el orden jurídico interno, deben regularizar su estatus migratorio y afiliarse a sistema de salud¹⁰⁷.

81. En conclusión, la Corte encuentra que el Minsalud puso en marcha medidas conducentes¹⁰⁸ para garantizar la afiliación de la población migrante, que además han arrojado resultados y avances significativos, sin que se haya conjurado en su totalidad la falla. Aun así, es necesario continuar implementando medidas que faciliten la regularización del *status* migratorio de los extranjeros para aumentar el porcentaje de afiliación de esta población.

Cálculo real sobre los fenómenos que impiden lograr el 100% de la afiliación

82. La Sala Especial en el Auto 496 de 2022 le ordenó al Ministerio realizar un cálculo real sobre cada uno de los fenómenos que impiden lograr el 100% del aseguramiento en salud, como son (i) la movilidad interna; (ii) los nacimientos y, (iii) las defunciones, así como los que considerara pertinentes para establecer una meta fija real, alcanzable y sostenible en materia de afiliación.

83. El Minsalud analizó uno a uno los fenómenos enunciados y afirmó lo siguiente: (i) *movilidad interna*: dispuso mecanismos como la portabilidad o el traslado entre municipios o EPS para asegurar la afiliación al sistema de salud en cualquier parte del país; (ii) *nacimientos*: mediante la Circular 023 de 2019 instruyó a los diferentes actores del SGSSS sobre el deber de afiliar a los niños, niñas y adolescentes recién nacidos para salvaguardar su derecho a la salud y mediante la Circular 021 de 2020 exhortó a los actores para que cumplan con sus responsabilidades. (iii) *Fallecimientos* se trata de un factor externo que hace parte de los determinantes sociales recaudado en tablas de referencia y se actualiza periódicamente por el Minsalud.

84. La Corte concluye que el Minsalud tuvo en cuenta cada uno de los factores enunciados e implementó medidas de diferente índole para cubrir la variación que en afiliación pudiera ocasionarse. Sin embargo, no reportó un cálculo sobre la incidencia que estos pueden tener en la afiliación de la población nacional, pues según su dicho, estas tienen estrecha relación con las condiciones sociales, demográficas del país y estadísticas que no son propias del sector salud. En consecuencia, esta corporación si bien observa que el Minsalud no dejó de lado las situaciones generadas por estos fenómenos e implementó medidas para impactar la reducción que estos generan, se observa un posible problema de diagnóstico, pues como se ha dicho, se presentó una reducción de 2.5% en la afiliación que ya se había obtenido en 2021, lo que significa que el 3.5% de la población residente en Colombia a 2023 estaba desasegurada, sin que se conozcan las causas de ello.

Nivel de cumplimiento del componente de afiliación de la orden vigésima novena

85. De acuerdo con la metodología de evaluación fijada desde el Auto 411 de 2015¹⁰⁹, la Sala determinará si para alcanzar la cobertura universal dentro del componente de afiliación de la población residente en Colombia al sistema de salud (i) se adoptaron medidas; (ii) si las mismas son conducentes y, (iii) los resultados y avances obtenidos con ellas.

¹⁰⁷ Entre otras, las sentencias T-300 de 2022, SU-677 de 2017 y T-125 de 1996.

¹⁰⁸ Así lo consideró la Asociación Pacientes de Alto Costo, Gestarsalud, Acesi, Acemi, ACHC y la CSR.

¹⁰⁹ Considerando 3.3.

86. La Sala considera que, sobre el componente de afiliación como parte de la cobertura universal, si bien se observan medidas conducentes, los avances son inexistentes, por lo que no es razonable esperar que se obtenga la satisfacción del mandato analizado, esto es lograr la cobertura universal. Lo anterior, permite calificar en **bajo** el nivel de cumplimiento para dicho componente como parte de la cobertura universal que se busca lograr desde la Sentencia T-760 de 2008. Lo anterior, por las siguientes razones:

(i) El porcentaje de afiliación se redujo, pues se pasó del 99% en 2021 al 96.5% en 2023, lo que evidencia un retroceso que puso a Colombia cerca del porcentaje de afiliación que tuvo en el año 2019 (95.2%) y más cerca aún de lo reportado en 2012 (96.4%) y 2014 (96.6%). Lo que implica desconocimiento el artículo 49 constitucional y el principio de progresividad de la salud, pues se pasó de tener a 511.173 desafiliados en 2021 a 1.827.542 en 2023, es decir, se aumentó en 1.316.369 desasegurados en salud.

No obstante, la afiliación por departamentos en 2023 evidenció un buen comportamiento en la mayoría de los territorios del país. Lo anterior, ya que a) 9 territorios reportaron porcentajes de afiliación del 100%¹¹⁰; b) 7 entre el 96% y 99.9%¹¹¹; c) 9 entre 89% y 95.9%¹¹²; d) 4 entre 80% y 88.9%¹¹³ y; e) 4 están por debajo del 78%¹¹⁴. Por lo tanto, la afiliación en los departamentos reporta medidas conducentes, con resultados parciales, sin avances.

(ii) El dato reportado por el MSPS sobre la población desafiada para 2022 es incorrecto. Esto es así en tanto la entidad indicó que eran 458.997 desasegurados (0.9%) de la “población nacional”. Sin embargo, al verificar la desafiación por departamentos se encontró que los 4 territorios con mayores desvinculados del sistema (Vaupés, 161.150; Vichada, 33.511, Cundinamarca, 903.015 y Chocó 107.783) aportaban 1.205.459 de personas sin aseguramiento. Dato que supera ostensiblemente lo reportado por el Minsalud y pudo ocasionar que las medidas que haya implementado, difícilmente serían eficaces. Por lo tanto, el MSPS desconoce el número real de la población desasegurada para el 2022.

(iii) Existe un problema con los datos de afiliación reportados para Bogotá y Cundinamarca, regiones con una alta densidad de población, como lo reconoció el Minsalud, pues para el primero de ellos parece haber un sub-registro y en el segundo un aumento de los reportes que impiden tener certeza de la realidad.

(iv) El Minsalud no fue claro en la información reportada sobre la afiliación de la PPL. En consecuencia, la Corte dio credibilidad a lo dicho por el Inpec y concluyó que el 100% de la PPL contaba con afiliación a salud. Sin embargo, el Minsalud deberá aclarar lo pertinente en los próximos informes que remita a la Corte. Lo que evidencia que el MSPS persiste en los problemas de manejo de información que puso de presente el Auto 496 de 2022.

87. Adicionalmente, el Auto 496 de 2022 demostró la necesidad de implementar medidas para proteger a la población desasegurada como ruta para aumentar el porcentaje de afiliación nacional. Sobre las que se concluye lo siguiente:

¹¹⁰ Antioquia, Bogotá D.C., Bolívar, Huila, La Guajira, N. de Santander, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca.

¹¹¹ Arauca, San Andrés, Atlántico, Caquetá, Santander, Sucre y Tolima.

¹¹² Amazonas, Boyacá, Caldas, Casanare, Cesar, Córdoba, Guainía, Magdalena y Meta.

¹¹³ Cauca, Guaviare, Nariño y Putumayo.

¹¹⁴ Vichada, Vaupés, Chocó, y Cundinamarca.

a) Se implementó el mecanismo de contribución solidaria que permite la afiliación de la población no pobre y no vulnerable, es decir, hay una medida conducente, pero no acredita resultados sobre el impacto en la afiliación de los desasegurados. Aun así, podría ayudar en el aseguramiento de los grupos poblacionales analizados por la Corte.

b) El Gobierno implementó medidas conducentes que reportan avances que permiten evidenciar que se va a superar la problemática para garantizar la afiliación de la población migrante, pues a noviembre de 2023 el 61.6% de los migrantes venezolanos regularizados estaban afiliados al sistema de salud, mientras que el 38.4% solo contaban con servicio de urgencias.

c) El Minsalud analizó los fenómenos de movilidad interna, nacimientos y las defunciones, además demostró la implementación de medidas conducentes que buscan impactar la afiliación en salud. Si bien es cierto no se aportó el cálculo sobre los mismos, el Minsalud indicó que esas variaciones tienen estrecha relación con las condiciones sociales, demográficas y estadísticas que no son propias del sector salud.

d) Solo se entregó uno de los informes en tiempo oportuno y con la información requerida. Esto es así en tanto el Minsalud solo presentó en tiempo el informe correspondiente al segundo semestre de 2022 e incumplió con los correspondientes al primer y segundo semestre de 2023. El primero de ellos (primer semestre de 2023) fue entregado una vez la Corte lo requirió¹¹⁵.

Órdenes para impartir.

88. Para continuar avanzando en el cumplimiento de la orden, se emitirán las siguientes directrices al Ministerio de Salud y Protección Social:

i) Implementar medidas que aumenten el porcentaje de afiliación reportado en 2023. Para tal efecto, deberá garantizar que, como máximo, al finalizar el año 2024 se obtenga al menos al 99% de afiliación como se logró en 2021.

ii) Ampliar progresivamente la cobertura en salud de la población residente en territorio nacional, sin retrocesos de ningún tipo, de manera que se cumpla el mandato de cobertura universal del 100% de los residentes en el territorio nacional dispuesto en la Ley 1122 de 2007.

iii) Verificar el posible subregistro de afiliados en Bogotá, la veracidad de los datos de Cundinamarca y tomar las medidas necesarias. Lo que deberá reportarse a la Sala Especial en el próximo informe semestral que se entregue.

iv) Agregar al informe semestral a) el dato total de la PPL vinculada al sistema de salud, con inclusión de los ubicados en centros de reclusión, prisión domiciliaria y vigilancia electrónica y; b) informar de manera detallada la proyección de las personas que se pretenden afiliar mediante la contribución solidaria, los efectivamente afiliados y los dineros cancelados por departamentos.

v) Agregar a los futuros reportes de afiliación por departamentos, los datos de todos los vinculados a los regímenes de excepción. Dato que debe remitirse de forma global y departamental.

¹¹⁵ Mediante auto del 13 de diciembre de 2023.

vi) Mantener y mejorar las medidas de política pública que permitan a la población que reside en Colombia estar afiliada al sistema de salud. La que deberá aumentar respecto del 2023.

vii) Actualizar las proyecciones y retroproyecciones de población usadas para obtener el dato de personas afiliadas al sistema de salud, de acuerdo a las actualizaciones post Covid-19 publicadas por el Dane en marzo de 2023¹¹⁶ a partir del 2022.

viii) Remitir a la Procuraduría General de la Nación el informe ordenado en el Auto 496 de 2022 (f.j. 241.1.8), con corte a 30 de junio y 31 de diciembre de cada año, en el que se den a conocer las actividades desplegadas y los resultados obtenidos para garantizar la afiliación al sistema de salud de la población residente en Colombia. Documento que deberá ser presentado a más tardar, un mes después de la fecha de corte.

Síntesis de la decisión

89. En la Sentencia T-760 de 2008, esta Corporación impartió dieciséis órdenes dirigidas a corregir las fallas estructurales en el SGSSS, dentro de ellas, la falta de cobertura universal. En consecuencia, emitió la vigésima novena con la que pretendía que el entonces, Ministerio de la Protección Social implementara las medidas necesarias para asegurar de forma sostenible, la universalidad de la cobertura -antes de enero de 2010-; meta que de no ser cumplida debería fijarse nuevamente de manera justificada. La Sala Especial resaltó la importancia de la afiliación como puerta de entrada al sistema, sin que fuera lo único que debía garantizarse¹¹⁷ y concluyó que para entender cumplida la cobertura universal es necesario hacer efectiva la (i) afiliación y; (ii) accesibilidad, que a su vez está compuesta por a) accesibilidad física; b) calidad y; c) protección de bolsillo¹¹⁸.

90. La decisión evaluó el componente de afiliación de toda la población residente en territorio nacional y particularmente de (i) aquellos que pierden su capacidad de pago para cotizar al RC y no clasifican en la encuesta Sisbén para ingresar al RS; (ii) los beneficiarios de pensionados o cotizantes fallecidos, durante el trámite de reconocimiento de la pensión de sobreviviente o sustitución pensional cuando no pueden cotizar al sistema; (iii) la población carcelaria y, (iv) migrante. Además, evaluó las medidas implementadas respecto de estos asuntos y sobre el cálculo real de los fenómenos que impiden lograr el 100% de la afiliación ordenado en el Auto 496 de 2022.

91. La Corte señaló que no realizaría un análisis comparativo de lo ocurrido con la afiliación en 2022 y 2023, pues la población Dane usada por el Minsalud para el 2022 estaba desactualizada. Dato relevante, pues la orden emitida en la Sentencia T-760 de 2008 era la de lograr “la meta de la cobertura universal en salud sostenible” del SGSSS¹¹⁹.

92. La Corte concluyó que, si bien se reportaron medidas para garantizar la afiliación de la población residente en Colombia (período de protección laboral, movilidad al RS y RC, inscripción de oficio y la contribución solidaria), no evidenciaron resultados.

¹¹⁶ <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

¹¹⁷ Adicionalmente tiene que asegurarse el acceso efectivo a los servicios de salud, entendido como la posibilidad de los usuarios de disfrutar de aquellos con facilidad, siempre y cuando cumpla con dos aristas para tenerse por lograda, como son la (i) accesibilidad física y; (ii) asequibilidad económica. Auto 496 de 2022.

¹¹⁸ Con fundamento en la Constitución Política (art. 49), las sentencias T-760 de 2008 y C-313 de 2014, algunos parámetros fijados por las organizaciones internacionales (OMS, la Observación General núm. 14 del CDESC, PIDESC y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre DH) y las leyes 1751 de 2015 y 1438 de 2011.

¹¹⁹ Fundamento jurídico 2.2.5.3.

Para el 2023 se reportó el 96.5% (50.393.610), lo que se acerca 95.2% del 2019 y aún más, al 96.4% del 2012 y 96.6% de 2014. Por lo tanto, la Sala llamó la atención del Minsalud, para que evite retroceder y desconocer el artículo 49 constitucional y el principio de progresividad en salud.

93. Sobre la afiliación por departamentos para el 2022 se indicó que eran 9 regiones con el 100%; 14 entre el 99% y el 90% y eran 4 entre 67% y 80%. En 2023, 9 territorios reportaron porcentajes de afiliación del 100%; 7 entre el 96% y 99.9%, 9 entre 89% y 95.9%; 4 entre 80% y 88.9% y 4 por debajo del 78%.

La Corte se detuvo en lo ocurrido con la afiliación reportada para Cundinamarca desde el 2015¹²⁰, pues encontró un posible sub-registro de afiliados en Bogotá que en 2023 reportó 0% en desafiliación, mientras que Cundinamarca tenía el 22.8%.

94. Sobre el aseguramiento por regímenes la Corte encontró errores en el reporte realizado para 2023, pues el Minsalud dio cuenta que a junio eran 1.234.502 afiliados a los RE (F.M. y Ponal), sin contar los del Magisterio, Ecopetrol, entre otros, mientras que lo reportado en 2023 indicó que en todos los RE eran 993.035 personas.

95. El Minsalud no remitió cifras sobre la población desafiada, pero la Corte los extrajo de lo reportado y determinó que en (i) 2022 eran 458.997 (0.9%) de la “población nacional”¹²¹ y; (ii) 2023 fueron 1.827.542 (3.5%), esto implicó que este número de personas no contaran con afiliación al sistema de salud. Los departamentos con mayores porcentajes de desafiados en 2022 fueron Vaupés; Vichada; Cundinamarca y Chocó. La Sala resaltó el dato de Vaupés que reportó 161.150 desasegurados; Vichada 33.511; Cundinamarca 903.015 y Chocó 107.783. Cifras que ascienden a 1.205.459 desafiados, lo que superó ostensiblemente lo reportado por el Minsalud al afirmar que los desafiados en 2022 eran 458.997.

Para el 2023 aparecieron los mismos territorios enunciados con mayor población desafiada en 2022 (Vichada, 32.5%; Vaupés, 29%; Chocó, 25.5% y Cundinamarca, 22.7%). Por lo que llamó la atención del Minsalud para verificar lo ocurrido y mejorar los porcentajes de desafiación.

96. La Corte verificó las medidas implementadas para los grupos poblacionales que no lograban afiliarse al sistema de salud:

97. *Población que pierde su capacidad de pago para cotizar al RC y no clasifica en la encuesta Sisbén para ingresar al RS:* se implementó el mecanismo de contribución solidaria que permite la afiliación de la población “no pobre o no vulnerable”. Sin embargo, su impacto a junio de 2023 respecto de la población desasegurada en algunos departamentos fue del 1% (Antioquia, Cundinamarca y Atlántico).

98. *Los beneficiarios de pensionados o cotizantes fallecidos, en el tiempo que dura el trámite de reconocimiento de la pensión de sobreviviente o sustitución pensional cuando no tienen capacidad económica para cotizar al sistema:* se reportaron medidas que ya se habían evaluado por la Corte en el Auto 496 de 2022 (movilidad, la inscripción de oficio y el periodo de protección laboral).

99. *Población carcelaria:* la Corte dio credibilidad al dicho del Inpec al afirmar que a junio de 2023 toda la PPL estaba asegurada al sistema de salud.

¹²⁰ Que no ha superado el 80%, con excepción del 2018 que reportó 80.4%.

¹²¹ La Corte recuerda que los datos demográficos tenidos en cuenta para este año no corresponden a las proyecciones post Covid-19 realizadas por el Dane.

100. *Población migrante*: la Corte verificó que a noviembre de 2023 eran 1.405.771¹²² los migrantes venezolanos asegurados en salud¹²³ y que el 61.6%¹²⁴ de esta población regularizada estaba afiliada al sistema.

101. El Minsalud analizó los fenómenos que impiden lograr el 100% de la afiliación, esto es, movilidad interna, nacimientos y fallecimientos. Sin embargo, no reportó un cálculo sobre su incidencia en el aseguramiento de la población nacional. La Corte encontró un posible problema de diagnóstico, pues la afiliación se redujo en 2.5% respecto de 2021, lo que implica que el 3.5% de los residentes en Colombia no tenía aseguramiento, sin que se conozcan las causas de ello.

102. El Minsalud solo entregó a la Corte uno de los tres informes ordenados.

103. En tales términos la Sala Especial de Seguimiento, de conformidad con lo establecido en el Auto 411 de 2015, definió el nivel de cumplimiento **bajo** para el componente de afiliación de la orden vigésima novena de la Sentencia T-760 de 2008.

104. En consecuencia, ordenó al Minsalud (i) implementar medidas que aumenten el porcentaje de afiliación reportado en 2023 hasta que llegue, al menos al 99% como se logró en 2021; (ii) ampliar progresivamente la cobertura en salud de la población residente en territorio nacional, sin retrocesos de ningún tipo; (iii) verificar el posible subregistro de afiliados en Bogotá y la veracidad de los datos de Cundinamarca y tomar las medidas necesarias; entre otras.

En mérito de lo expuesto, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008,

III. RESUELVE:

Primero. Declarar el nivel de cumplimiento **bajo** del componente de afiliación de la orden vigésima novena de la sentencia T-760 de 2008, con base en las consideraciones expuestas en esta providencia, el Auto 496 de 2022 y la sentencia estructural.

Segundo. Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que cumpla con lo siguiente:

i) Implementar medidas que aumenten el porcentaje de afiliación reportado en 2023. Para tal efecto, deberá garantizar que, como máximo, al finalizar el año 2024 se obtenga al menos al 99% de afiliación como se logró en 2021. En caso de que sea imposible alcanzar esta meta, el Ministerio de Salud deberá explicar las razones del incumplimiento y fijar una nueva meta, debidamente justificada.

ii) Ampliar progresivamente la cobertura en salud de la población residente en el territorio nacional, sin retrocesos de ningún tipo, de manera que se cumpla el mandato de cobertura universal del 100% de los residentes en el territorio nacional dispuesto en la Ley 1122 de 2007.

iii) Verificar el posible subregistro de afiliados en Bogotá, la veracidad de los datos de Cundinamarca y tomar las medidas necesarias. Lo que deberá reportarse a la Sala Especial en el próximo informe semestral que se entregue.

¹²² 1.108.888 en el RS y 296.883 en el RC.

¹²³ <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Migrantes-afiliados-a-Salud.aspx>

¹²⁴ El Minsalud informó que a octubre de 2023 había 1.382.788 venezolanos afiliados al SGSSS.

iv) Agregar al informe semestral a) el dato total de la PPL vinculada al sistema de salud, con inclusión de los ubicados en centros de reclusión, prisión domiciliaria y vigilancia electrónica y; b) informar de manera detallada la proyección de las personas que se pretenden afiliar mediante la contribución solidaria, los efectivamente afiliados y los dineros cancelados por departamentos.

v) Agregar a los futuros reportes de afiliación por departamentos, los datos de todos los vinculados a los regímenes de excepción. Dato que debe remitirse de forma global y departamental.

vi) Mantener y mejorar las medidas de política pública que permitan a la población que reside en Colombia estar afiliada al sistema de salud. La que deberá aumentar respecto del 2023.

vii) Actualizar las proyecciones y retroproyecciones de población usadas para obtener el dato de personas afiliadas al sistema de salud, de acuerdo a las actualizaciones post Covid-19 publicadas por el Dane en marzo de 2023¹²⁵ a partir del 2022.

viii) Remitir a la Procuraduría General de la Nación el informe ordenado en el Auto 496 de 2022 (f.j. 241.1.8), con corte a 30 de junio y 31 de diciembre de cada año, en el que se den a conocer las actividades desplegadas y los resultados obtenidos para garantizar la afiliación al sistema de salud de la población residente en Colombia. Documento que deberá ser presentado a más tardar, un mes después de la fecha de corte.

Tercero. Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones correspondientes y a la que deberá anexar copia integral de este proveído.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.



JOSE FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado



VLADIMIR FERNÁNDEZ ANDRADE
Magistrado
Salvamento de voto



ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO
Magistrado

¹²⁵ <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Andrea Romero L

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ
Secretaria General

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **ac7cbd794bfc97db0d8b262ba0ed1960170c7018d08006bf7554c287f1a0d19f**

Verifique este documento electrónico en: <https://siicor.corteconstitucional.gov.co/firmaelectronica/validararchivo.php>

Afiliación al sistema de salud de la población residente en Colombia 2022-2023

1. Afiliación en 2022

Afiliación 2022					
Departamento	Población Dane Minsalud	# de afiliados	% afiliación	# desafiados	% desafiados
Amazonas	82.933	76.567	92.3	6.366	7.7
Antioquia	6.940.841	6.895.453	99.3	45.388	0.7
Arauca	306.635	302.488	98.6	4.147	1.4
Atlántico	2.819.723	2.790.544	98.9	29.179	1.0
Bogotá D.C.	7.934.804	8.015.566	100	-	-
Bolívar	2.247.738	2.329.983	100	-	-
Boyacá	1.263.484	1.188.878	94.1	74.606	5.9
Caldas	1.041.425	928.061	89.1	113.364	10.9
Caquetá	421.560	419.206	99.4	2.354	0.6
Casanare	443.333	425.089	95.8	18.244	4.1
Cauca	1.522.035	1.347.509	88.5	174.526	11.5
Cesar	1.350.678	1.288.974	95.4	61.704	4.6
Chocó	555.583	448.256	80.6	107.327	19.3
Córdoba	1.862.322	1.712.523	91.9	149.799	8.0
Cundinamarca	3.527.404	2.627.023	74.4	900.381	25.5
Guainía	52.343	51.752	98.8	591	1.1
Guaviare	91.314	85.800	93.9	5.514	6.0
Huila	1.145.257	1.181.232	100	-	-
La Guajira	1.009.129	1.048.990	100	-	-
Magdalena	1.470.031	1.413.757	96.1	56.274	3.8
Meta	1.084.720	1.054.486	97.2	30.234	2.8
Nariño	1.630.149	1.488.182	91.2	141.967	8.7
N. de Santander	1.655.052	1.685.587	100	-	-
Putumayo	371.545	331.124	89.1	40.421	10.9
Quindío	573.542	573.232	99.9	310	0.1
Risaralda	982.947	1.046.012	100	-	-
San Andrés	65.445	62.505	95.5	2.940	4.5
Santander	2.332.359	2.269.060	97.2	63.299	2.7
Sucre	977.027	977.611	100	-	-
Tolima	1.348.497	1.317.367	100	31.130	2.3
Valle del Cauca	4.605.676	4.617.694	100	-	-
Vaupés	50.020	33.870	67.7	16.150	32.3
Vichada	116.360	82.925	71.2	33.435	28.7
R. excepción		1.305.608		-	
Total	51.881.911	51.422.914	99.1	458.997	0.9

Tabla 1. Elaboración propia. Datos Minsalud.

2. Afiliación 2023

Departamento	Población afiliada				Proyección DANE 2023			% cobertura
	Subsidiado	Contributivo	Excepción /Especiales	Total	Cabecera Municipal	Centros Poblados y Rural Disperso	Total	
Amazonas	58.454	15.968	2.105	76.527	43.220	41.836	85.056	89.9
Antioquia	2.726.856	4.108.883	118.877	6.954.616	5.494.521	1.353.839	6.848.360	100
Arauca	250.766	51.558	6.508	308.832	201.155	111.942	313.097	98.6
Arch. de San Andrés	19.741	41.181	1.174	62.096	44.409	17.860	62.269	99.7
Atlántico	1.552.731	1.208.732	40.827	2.802.290	2.662.451	141.114	2.803.565	99.9
Bogotá, D.C.	1.705.310	6.128.935	146.184	7.980.429	7.875.957	31.324	7.907.281	100
Bolívar	1.612.453	689.031	43.831	2.345.315	1.644.271	603.012	2.247.283	100
Boyacá	678.968	485.693	32.469	1.197.130	786.220	512.580	1.298.800	92.1
Caldas	427.505	482.871	22.709	933.085	798.911	241.373	1.040.284	897
Caquetá	335.001	73.626	11.846	420.473	278.964	146.089	425.053	98.9
Casanare	254.954	165.127	10.627	430.708	337.972	129.803	467.775	92
Cauca	1.038.814	287.200	30.472	1.356.486	555.626	1.002.419	1.558.045	87
Cesar	939.351	331.347	26.025	1.296.723	1.028.048	345.533	1.373.581	94.4
Chocó	375.913	54.455	12.856	443.224	257.328	337.810	595.138	74.4
Córdoba	1.336.381	340.823	42.394	1.719.598	973.453	925.458	1.898.911	90.5
Cundinamarca	959.270	1.665.812	36.312	2.661.394	2.616.482	828.845	3.445.327	77.2
Guainía	45.307	5.665	991	51.963	26.161	30.390	56.551	91.8
Guaviare	64.871	19.548	2.262	86.681	54.734	42.882	97.616	88.8
Huila	830.277	333.878	27.813	1.191.968	705.917	472.536	1.178.453	100
La Guajira	906.792	151.475	18.164	1.076.431	529.039	509.358	1.038.397	100
Magdalena	1.000.603	392.506	31.944	1.425.053	1.019.464	476.699	1.496.163	95.2
Meta	591.313	455.148	21.347	1.067.808	858.142	271.943	1.130.085	94.4
Nariño	1.178.998	273.986	35.688	1.488.672	746.748	952.822	1.699.570	87.5
Norte de Santander	1.211.591	466.906	31.120	1.709.617	1.343.079	353.661	1.696.740	100
Putumayo	276.633	48.424	9.817	334.874	198.450	184.592	383.042	87.4
Quindío	274.210	290.053	12.125	576.388	495.526	67.550	563.076	100
Risaralda	464.050	573.240	18.931	1.056.221	779.222	193.082	972.304	100
Santander	1.094.650	1.116.865	72.009	2.283.524	1.826.647	530.480	2.357.127	96.8
Sucre	792.154	163.112	22.528	977.794	608.774	385.286	994.060	98.3
Tolima	785.230	505.719	29.169	1.320.118	945.672	428.712	1.374.384	96
Valle del Cauca	2.076.367	2.493.492	71.339	4.641.198	3.972.260	665.769	4.638.029	100
Vaupés	27.450	4.625	1.113	33.188	13.139	33.638	46.777	70.9
Vichada	70.109	11.618	1.459	83.186	29.940	93.364	123.304	67.4
Total general	25.963.073	23.437.502	993.035	50.393.610	39.751.902	12.463.601	52.215.503	96.5

Tabla 2. Elaboración Minsalud.

3. Afiliación por regímenes

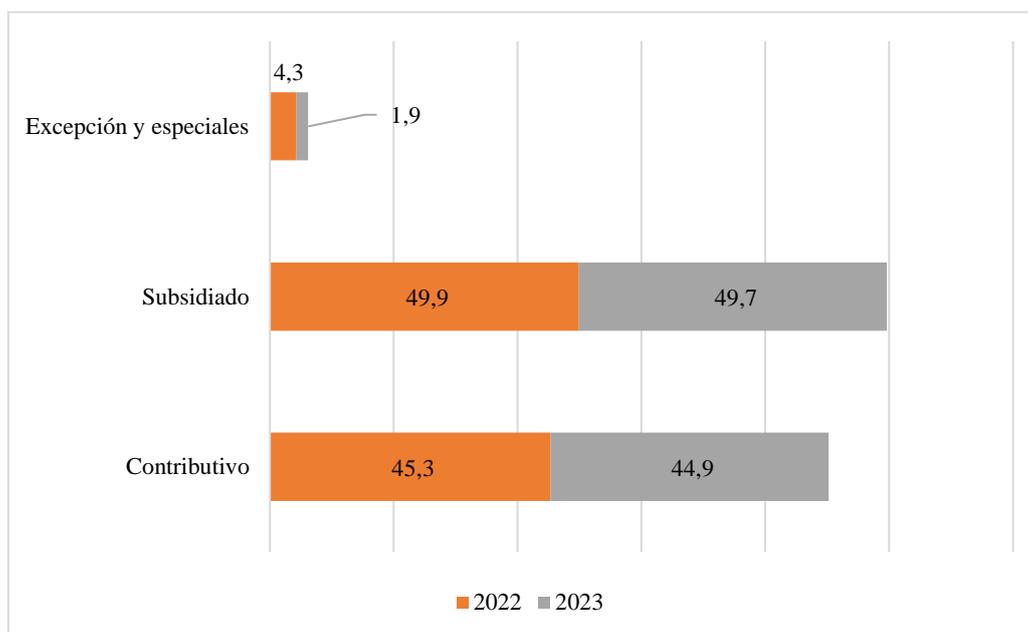


Figura 1. Elaboración propia. Datos Minsalud.

4. Afiliados mediante el mecanismo de contribución solidaria

Junio de 2023			
Departamento	Afiliados mediante el mecanismo	Departamento	Afiliados mediante el mecanismo
Amazonas	14	Huila	295
Antioquia	7.864	La Guajira	90
Arauca	70	Magdalena	105
Atlántico	705	Meta	459
Bogotá D.C.	3.071	Nariño	77
Bolívar	174	Norte de Santander	264
Boyacá	505	Putumayo	45
Caldas	137	Quindío	193
Caquetá	18	Risaralda	200
Casanare	290	San Andrés	41
Cauca	55	Santander	309
Cesar	129	Sucre	96
Chocó	25	Tolima	278
Córdoba	167	Valle	1.007
Cundinamarca	1.643	Vaupés	1
Guainía	2	Vichada	12
Guaviare	57	Total	18.398

Tabla 3. Minsalud

5. Afiliación a los regímenes especiales (FM y PN) por departamentos

Afiliados a las fuerzas militares a junio de 2023			
Departamento	Reporte I	Reporte II	Total
Amazonas	1.442	934	2.376
Antioquia	55.802	48.517	104.319
Arauca	1.748	2.493	4.241
Atlántico	34.783	20.191	54.974
Bogotá D.C.	128.074	165.080	293.154
Bolívar	15.749	25.894	41.643
Boyacá	21.886	17.932	39.818
Caldas	14.984	7.123	22.107
Caquetá	3.213	11.911	15.124
Casanare	4.226	8.248	12.474
Cauca	10.789	12.901	23.690
César	10.767	13.586	24.353
Chocó	4.577	3.657	8.234
Córdoba	16.112	18.613	34.725
Cundinamarca	23.321	35.857	59.178
Guainía	523	252	775
Guaviare	1.407	1.469	2.876
Huila	17.015	24.130	41.145
La Guajira	5.723	6.297	12.020
Magdalena	13.925	10.200	24.125
Meta	22.902	21.884	44.786
Nariño	14.206	11.519	25.725
N. de Santander	22.008	18.295	40.303
Putumayo	2.904	4.923	7.827
Quindío	12.448	9.654	22.102
Risaralda	19.947	8.336	28.283
San Andrés	700	520	1.220
Santander	32.015	28.050	60.065
Sucre	11.610	10.184	21.794

Tolima	29.008	36.726	65.734
Valle del Cauca	53.859	38.606	92.465
Vaupés	380	268	648
Vichada	612	1.137	1.749
Total general	608.665	625.387	1.234.052

Tabla 4. Elaboración propia. Datos Minsalud

6. Población desafiada 2022

Departamento	Población Dane Minsalud	# de afiliados	# desafiados	% desafiados
Amazonas	82.933	76.567	6.366	7.7
Antioquia	6.940.841	6.895.453	45.388	0.7
Arauca	306.635	302.488	4.147	1.4
Atlántico	2.819.723	2.790.544	29.179	1
Bogotá D.C.	7.934.804	8.015.566	0	0
Bolívar	2.247.738	2.329.983	0	0
Boyacá	1.263.484	1.188.878	74.606	59
Caldas	1.041.425	928.061	113.364	10.9
Caquetá	421.560	419.206	2.354	0.6
Casanare	443.333	425.089	18.244	4.1
Cauca	1.522.035	1.347.509	174.526	115
César	1.350.678	1.288.974	61.704	4.6
Chocó	555.583	448.256	107.327	19.3
Córdoba	1.862.322	1.712.523	149.799	8
Cundinamarca	3.527.404	2.627.023	900.381	25.5
Guainía	52.343	51.752	591	1.1
Guaviare	91.314	85.800	5.514	6.0
Huila	1.145.257	1.181.232	0	0
La Guajira	1.009.129	1.048.990	0	0
Magdalena	1.470.031	1.413.757	56.274	3.8
Meta	1.084.720	1.054.486	30.234	2.8
Nariño	1.630.149	1.488.182	141.967	8.7
N. de Santander	1.655.052	1.685.587	0	0
Putumayo	371.545	331.124	40.421	10.9
Quindío	573.542	573.232	310	0.1
Risaralda	982.947	1.046.012	0	0
San Andrés	65.445	62.505	2.940	4.5
Santander	2.332.359	2.269.060	63.299	2.7
Sucre	977.027	977.611	0	0
Tolima	1.348.497	1.317.367	31.130	2.3
Valle del Cauca	4.605.676	4.617.694	0	0
Vaupés	50.020	33.870	16.150	32.3
Vichada	116.360	82.925	33.435	28.7

Régimen de excepción	-	1.305.608	-	-
Total general	51.881.911	51.422.914	458.997	0.9

Tabla 4. Elaboración propia con datos remitidos por el Minsalud. La Corte realizó el cálculo de la población desafiada.

7. Población desafiada 2023

Departamento	Población afiliada	Proyección Dane 2023	% cobertura	# desafiados	% desafiados
	#afiliados	Población Dane			
Amazonas	76.527	85.056	89.9	8.529	10.1
Antioquia	6.954.616	6.848.360	100	0	0
Arauca	308.832	313.097	98.6	4.265	1.36
Archipiélago de San Andrés	62.096	62.269	99.7	173	0.28
Atlántico	2.802.290	2.803.565	99.9	1.275	0.05
Bogotá, D.C.	7.980.429	7.907.281	100	0	0
Bolívar	2.345.315	2.247.283	100	0	0
Boyacá	1.197.130	1.298.800	92.1	101.670	7.8
Caldas	933.085	1.040.284	89.7	107.199	10.3
Caquetá	420.473	425.053	98.9	4.580	1.08
Casanare	430.708	467.775	92	37.067	7.9
Cauca	1.356.486	1.558.045	87	201.559	12.9
Cesar	1.296.723	1.373.581	94.4	76.858	5.6
Chocó	443.224	595.138	74.4	151.914	25.5
Córdoba	1.719.598	1.898.911	90.5	179.313	9.4
Cundinamarca	2.661.394	3.445.327	77.2	783.933	22.7
Guainía	51.963	56.551	91.8	4.588	8.1
Guaviare	86.681	97.616	88.8	10.935	11.2
Huila	1.191.968	1.178.453	100	0	0
La Guajira	1.076.431	1.038.397	100	0	0
Magdalena	1.425.053	1.496.163	95.2	71.110	4.7
Meta	1.067.808	1.130.085	94.4	62.277	5.5
Nariño	1.488.672	1.699.570	87.5	210.898	12.4
Norte de Santander	1.709.617	1.696.740	100	0	0
Putumayo	334.874	383.042	87.4	48.168	12.5
Quindío	576.388	563.076	100	0	0
Risaralda	1.056.221	972.304	100	0	0
Santander	2.283.524	2.357.127	96.8	73.603	3.1
Sucre	977.794	994.060	98.3	16.266	1.6
Tolima	1.320.118	1.374.384	96	54.266	3.9
Valle del Cauca	4.641.198	4.638.029	100	0	0
Vaupés	33.188	46.777	70.9	13.589	29
Vichada	83.186	123.304	67.4	40.118	32.5
Total general	50.393.610	52.215.503	96.5	1.821.893	3.49

Tabla 5. Elaboración propia con datos remitidos por el Minsalud. La Corte realizó el cálculo de la población desafiada.