

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

### AUTO 005 de 2024

**Referencia:** Valoración de la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008.

**Magistrado sustanciador:**  
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D.C., veinticuatro (24) de enero de dos mil veinticuatro (2024).

La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 designada por la Sala Plena de la Corte Constitucional, para llevar a cabo la verificación del cumplimiento de las órdenes generales establecidas en el fallo estructural, 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 esta Corporación evidenció fallas de regulación a partir del análisis de los casos concretos acumulados y en consecuencia dictó una serie de órdenes a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>1</sup>, con la finalidad de corregirlas. Entre los problemas encontrados, señaló que la mayoría de las acciones de tutela interpuestas en materia de salud tenían como objetivo acceder a servicios incluidos en el POS, hoy Plan de Beneficios en Salud (PBS), por lo que para contrarrestar esa situación dispuso en el mandato décimo noveno:

*“Ordenar al Ministerio de la Protección Social<sup>2</sup> que adopte medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad; (iii) indicando en cada caso las razones de la negativa, y, en el primero, indicando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico.*

---

<sup>1</sup> En adelante SGSSS.

<sup>2</sup> Actualmente Ministerio de Salud y Protección Social, que en el transcurso de esta providencia se puede llamar Ministerio, MSPS, la cartera de salud, el rector de la política pública en salud, el ente ministerial, Minsalud.

*El primer informe deberá ser enviado el 1 de febrero de 2009. Copia del mismo deberá ser remitida a la Corte Constitucional antes de la misma fecha.”*

2. A través de **Auto 411 de 2015**, la Sala Especial valoró por primera vez la orden con nivel de **cumplimiento bajo**, luego de encontrar que (i) los datos recaudados en los reportes del MSPS no eran claros, se mostraban en un lenguaje de difícil manejo y comprensión y habían sido administrados sin el rigor que requerían las negaciones de servicios; (ii) había un retroceso frente a la eliminación de la casilla “*motivo de negación por el CTC*”, debido a que dicha causal configuraba una gran representatividad en las negaciones; y (iii) tampoco estimó apropiado la abstención de recolectar datos referidos a la descripción detallada de “*otros motivos*”, como quiera que ello agravaba la incertidumbre en torno a las razones reales de negación.

3. Por lo anterior, concluyó que, aunque se evidenciaban avances formales, las irregularidades advertidas y los problemas de diligenciamiento, no permitían evidenciar medidas conducentes toda vez que (i) no se identificaba con claridad las razones por las cuales las EPS y los CTC estaban negando los servicios de salud formulados por el médico tratante; (ii) al no contar con los datos de todas las entidades se perdía la confianza en los cálculos realizados por el Ministerio; (iii) no se evidenciaba la existencia de un flujo de información entre las EPS, el Ministerio y los destinatarios de los datos<sup>3</sup>, por lo que tampoco se habían adelantado gestiones significativas con la información reportada .

4. Mediante **Auto 122 de 2019**, fue estudiado por segunda ocasión el acatamiento del mandato, ratificando el nivel de **cumplimiento bajo**, toda vez que: (i) se observó que el registro creado presentaba falencias en el formato diseñado para remitir los reportes y la inexistencia de un sistema de alerta; (ii) no estaba diseñada una herramienta que permitiera determinar los servicios que eran autorizados y no suministrados; (iii) no se adoptaron medidas tendientes a la creación de un registro de negaciones en el régimen contributivo, pues se eliminó el que existía; (iv) se encontró inconveniente la eliminación de la causal “*otros motivos*”; (v) fue identificado un retroceso en los reportes obtenidos respecto al régimen contributivo, pues desde julio de 2017 las EPS no reportaban negaciones y, frente al subsidiado, se observó que a pesar del tiempo transcurrido desde la expedición de la sentencia, aún no se contaba con la información del 100% de las entidades habilitadas; (vi) no se adoptaron las medidas efectivas para disminuir los servicios no autorizados por las EPS; (vii) se incumplió con el término establecido para enviar los reportes y, (viii) se estimó que las entidades gubernamentales continuaban con una actitud permisiva y pasiva frente al panorama de negaciones PBS UPC por lo que se ordenó la devolución del dinero correspondiente a la prima pagada por usuario correspondiente al mes en que haya sufrido la barrera en la prestación.

5. Con ocasión del auto anterior, el Ministerio de Salud solicitó a la Sala Especial, entre otras cosas (i) modular la disposición contenida en el literal h) del numeral

---

<sup>3</sup> Supersalud, Defensoría del Pueblo y Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Ministerio de Salud y Protección Social

segundo de la parte resolutive del Auto 122 de 2019<sup>4</sup> y (ii) prorrogar el término para la expedición del acto administrativo que regulaba el reporte de servicios negados.

6. La Sala Especial resolvió la anterior solicitud a través del Auto 093A de 2020; para ello señaló (i) que frente a los dineros girados y compensados por servicios POS negados en el periodo comprendido entre el 2013 y 2015, ya había operado la caducidad con fundamento en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015<sup>5</sup> y, (ii) que el término de 15 días hábiles podría resultar corto, en virtud de las etapas posteriores que se debían surtir a la finalización del trimestre por lo que, para obtener unos datos completos y confiables, el plazo para la presentación del informe trimestral de servicios negados debía ampliarse<sup>6</sup>.

7. Finalmente en el **Auto 439 de 2021**, la orden objeto de estudio se valoró de manera general con nivel de **cumplimiento bajo**, excepto en el punto de remisión de los informes por parte de las EPS, el cual se estimó en **medio**. Lo anterior, luego de concluirse que (i) el registro de negaciones no generaba información sobre los servicios que a pesar de haber sido autorizados no eran suministrados de forma oportuna; (ii) no comprendía todas las razones por las cuales las EPS de manera frecuente y reiterada no autorizaban servicios, pues no contemplaba como motivos, las negaciones que se presentaban relativas a servicios prescritos a través de Mipres, así como tampoco los negados por las juntas de profesionales; (iii) los reportes estudiados no arrojaban resultados de las negaciones de servicios PBS; (iv) la información consolidada no era completa, confiable, firme, consistente ni certera<sup>7</sup>; (v) del porcentaje de validación no era posible establecer que el proceso abarcaba el universo real de negaciones; (vi) las entregas de los informes a los entes de control fueron incompletas y extemporáneas y; (vii) no se habían acreditado resultados con relación a la orden de devolución de dineros correspondientes a la prima pagada por usuario.

---

<sup>4</sup> Obtenga la devolución del dinero correspondiente a la prima pagada por usuario (UPC), durante el mes en que haya sufrido la barrera en la prestación servicios POS en el periodo establecido en el auto 411 de 2015; así como también de aquellas negaciones de servicios POS o PBS financiadas por la UPC, de conformidad con la información contenida en el registro de negaciones a partir de abril de 2015. Los informes trimestrales enviados a esta Corporación deberán incluir las medidas adoptadas al respecto y los resultados obtenidos.

<sup>5</sup> No obstante, enfatizó que esto se debió a la omisión del Ministerio por no iniciar el trámite para recuperar dineros apropiados presuntamente sin justa causa.

<sup>6</sup> Los reportes deben ser allegados dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario a partir de la finalización del respectivo trimestre.

<sup>7</sup> En la medida en que el MSPS dejó por fuera algunas negaciones con el argumento de ser “ilegítimas” y se evidenciaba una falta de lineamientos claros en relación con los datos que las EPS debían reportar.

8. En esta oportunidad se le ordenó al MSPS que: (i) diera cumplimiento a lo establecido en los literales a)<sup>8</sup>, c)<sup>9</sup>, f)<sup>10</sup> y h)<sup>11</sup> del resolutivo segundo del Auto 122 de 2019, (ii) se mantuviera el porcentaje de los registros validados en el 100%; (iii) se definieran los términos de atención de conformidad con los parámetros de eficacia y oportunidad; (iv) los informes de servicios negados registraran la totalidad de negaciones independientemente de su fundamento normativo; (v) se indicaran las tecnologías negadas que hacen parte del PBS; (vi) se reportaran los servicios PBS UPC tramitados por Mipres y no suministrados oportunamente y, (vii) se allegaran nuevamente los reportes correspondientes al año 2020.

9. En atención a lo dispuesto en el auto de valoración, el Ministerio allegó nuevamente los reportes de servicios negados de los cuatro trimestres de 2020<sup>12</sup>, consolidados en el marco de la Resolución 3539 de 2019<sup>13</sup> en donde relacionó: (i) las causales de negación de los servicios financiados con recursos de la UPC por régimen y EPS<sup>14</sup>; (ii) el informe de prescripciones Mipres (no financiados con recursos de la UPC por régimen y EPS<sup>15</sup>; (iii) los tipos de servicios o tecnologías prescritos a través de Mipres con causal de no entrega<sup>16</sup> y, (iv) el informe de prescripciones en Mipres (no financiados con recursos de la UPC) negados por las juntas de profesionales<sup>17</sup>.

10. Con posterioridad y en cumplimiento al suministro de información de los trimestres siguientes, es decir, II, III y IV de 2021, así como I, II, III y IV de 2022, y I de 2023 la cartera de salud remitió lo siguiente:

11. En relación con las causales de negación de los servicios financiados con recursos de la UPC discriminando por régimen, se evidencia que para el año 2021 en el contributivo<sup>18</sup> las tres principales fueron (i) usuario no afiliado a la EPS al

---

<sup>8</sup> Especialmente en lo atinente a la generación de información de aquellos servicios que a pesar de haber sido autorizados no fueron suministrados en forma oportuna y en incorporar un mecanismo de alarmas que se active ante el registro de una negación de un servicio PBS, mediante el cual se le notifique vía correo electrónico a la dirección que para tal efecto dispongan la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación, estas entidades deben actuar en el marco de sus competencias para determinar las responsabilidades de los representantes de las EPS o EOC que incurran en esa práctica (en concordancia con el numeral xi del considerando 10.1. del auto 411 de 2015).

<sup>9</sup> Adopte las medidas necesarias para disminuir en forma considerable el porcentaje de negaciones y dilaciones correspondientes a las causales “otros motivos” y servicios PBS independientemente de su forma de financiación.

<sup>10</sup> Remita a la Procuraduría, la Contraloría, la Defensoría y a esta Corporación, la información de registro servicios negados en los regímenes contributivo y subsidiado, bajo los parámetros establecidos en el auto 411 de 2015.

<sup>11</sup> Obtenga la devolución del dinero correspondiente a la prima pagada por usuario (UPC), durante el mes en que haya sufrido la barrera en la prestación servicios POS en el periodo establecido en el auto 411 de 2015; así como también de aquellas negaciones de servicios POS o PBS financiadas por la UPC, de conformidad con la información contenida en el registro de negaciones a partir de abril de 2015. Los informes trimestrales enviados a esta Corporación deberán incluir las medidas adoptadas al respecto y los resultados obtenidos.

<sup>12</sup> Recibidos electrónicamente el 1° de marzo de 2022.

<sup>13</sup> “Por el cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016”. Resolución que, conforme a su exposición de motivos y a lo señalado por el Ministerio de Salud en sus informes, acoge los lineamientos impartidos por la Corte en los autos 411 de 2015 y 122 de 2019.

<sup>14</sup> Tabla Anexo 1.

<sup>15</sup> Tabla Anexo 2.

<sup>16</sup> Tabla Anexo 3.

<sup>17</sup> Tabla Anexo 4.

<sup>18</sup> En adelante RC.

momento de la solicitud del servicio<sup>19</sup>; (ii) usuario no ha pagado<sup>20</sup> y, (iii) la cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada<sup>21</sup>, correspondientes al 96.53% del total de negaciones, mientras que en el subsidiado<sup>22</sup> (i) el servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificados como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud<sup>23</sup>; (ii) el servicio o tecnología tiene como finalidad un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas<sup>24</sup> y; (iii) la cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada, equivalentes al 91.67% de las negaciones<sup>25</sup>.

12. Para el año 2022 en el RC (i) servicio duplicado o tramitado<sup>26</sup>; (ii) es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica<sup>27</sup> y; (iii) es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica<sup>28</sup>, causales correspondientes al 77.80% de las negaciones. En el RS las tres causas más recurrentes fueron (i) otras razones<sup>29</sup>; (ii) es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica<sup>30</sup> y, (iii) es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación<sup>31</sup>, correspondientes al 42.86%<sup>32</sup>.

13. Finalmente, en el primer trimestre de 2023 para el RC fueron (i) es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica<sup>33</sup>, (ii) servicio duplicado y/ o ya tramitado<sup>34</sup> y, (iii) el servicio o tecnología tiene como finalidad un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas<sup>35</sup> equivalentes al 95.78%. Respecto al RS se repitieron como principales causas las dos primeras del RC<sup>36</sup> y como tercera la de “otras razones”<sup>37</sup>, correspondiendo estas negaciones al 98.52%<sup>38</sup>.

14. Frente a las causales de negación de los servicios financiados con recursos de la UPC discriminadas por EPS<sup>39</sup>, se relacionó para el año 2021 a la Nueva EPS con el 95.97% de las negaciones, para el año 2022 encabezaron la lista EPM,

---

<sup>19</sup> 128 negaciones.

<sup>20</sup> 85 negaciones.

<sup>21</sup> 37 negaciones.

<sup>22</sup> En adelante RS.

<sup>23</sup> 16 negaciones.

<sup>24</sup> 7 negaciones.

<sup>25</sup> Ver Anexo 1.

<sup>26</sup> Con 4.997 negaciones.

<sup>27</sup> 1483 negaciones.

<sup>28</sup> 1493 negaciones.

<sup>29</sup> 819 negaciones.

<sup>30</sup> 543 negaciones.

<sup>31</sup> 494 negaciones.

<sup>32</sup> Ver Anexo 2.

<sup>33</sup> 1892 negaciones.

<sup>34</sup> 663 negaciones.

<sup>35</sup> 101 negaciones.

<sup>36</sup> Correspondientes a 10.252 y 854 negaciones respectivamente.

<sup>37</sup> 218 negaciones.

<sup>38</sup> Ver Anexo 3.

<sup>39</sup> Ver Anexo 4.

Nueva EPS y Medimás, con el 87.92% y en el año 2023 se relacionaron a Savia Salud, y Nueva EPS con el 99.19%.

15. Respecto al informe de prescripciones en Mipres<sup>40</sup> por régimen para el II y III trimestre de 2021, el MSPS omitió el reporte de los datos correspondientes a este punto, pero para el IV trimestre reportó como principales causas de negación para el RC los siguientes: (i) misma solicitud en otra prescripción; (ii) tecnología incluida en el Plan de Beneficios y, (iii) la indicación de uso del medicamento no está aprobada por el Invima correspondientes al 66.76% y en el RS, se repiten las dos primeras y se añade la de suministro por tutela equivalentes al 79.29%<sup>41</sup>.

16. En el año 2022, se relacionaron las causales de (i) misma solicitud en otra prescripción; (ii) suministro por tutela y la indicación de uso del medicamento no está aprobada por el Invima, con el 69.52% en ambos regímenes y en el 2023, se repitieron con el 73.65% de la totalidad de las negaciones.

17. Mediante auto de 7 de julio de 2022, se solicitó al MSPS que allegara un informe transversal de cumplimiento de las órdenes generales impartidas en la Sentencia T-760 de 2008, acompañado de un cronograma que permitiera verificar el tiempo requerido para el desarrollo de las actividades tendientes a superar las problemáticas estructurales señaladas en la sentencia. En el reporte que se allegó el 12 de octubre de 2022, la cartera de salud precisó que en la Resolución 3539 de 2019 se adecuaron las causales de negación al nuevo sistema de salud, introduciéndose la de “otras razones” la cual hace referencia a aquellas que no se encuentren dentro de las ya enlistadas y que la entidad reportante no pueda adecuarla en su situación particular.

18. Añadió que con ocasión a las órdenes contenidas en los literales a), c), f) y h) del resolutivo segundo del Auto 122 de 2019 y ratificadas en el Auto 439 de 2021, (i) fue expedido el acto administrativo enunciado en precedencia; (ii) que ha venido brindando asistencia técnica a todas la EPS y (iii) que respecto a la devolución del dinero correspondiente a la prima pagada por usuario UPC durante el mes en que se haya sufrido barrera en la prestación de los servicios PBS, con el propósito de desincentivar la negación, adelantó el respectivo procedimiento administrativo y ordenó a las EPS que sin justa causa negaron los servicios, reintegrar a la Adres los montos correspondientes.

19. A través de auto de 26 de agosto de 2022 la Sala Especial dio traslado de los informes trimestrales presentados por el MSPS a los peritos constitucionales voluntarios. En respuesta allegaron los siguientes conceptos con relación a los puntos que se señalan a continuación<sup>42</sup>:

(i) Avances y retrocesos advertidos con relación a las actuaciones desplegadas por el ente Ministerial tendientes a disminuir la causa de negación de “otros motivos” y servicios PBS.

<sup>40</sup> No financiados con recursos de la UPC

<sup>41</sup> Ver Anexo 5.

<sup>42</sup> La Asociación de Pacientes de Alto Costo, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral-Acemi, Gestarsalud y el Programa Así Vamos en Salud presentaron respuestas a las preguntas efectuadas.

Acemi <sup>43</sup>	Indicó que las medidas dirigidas a aclarar las causas específicas de los registros reportados como “otros motivos”, permitieron identificar que las EPS estaban documentando servicios y tecnologías en salud, que, aunque prescritos por intermedio de Mipres, no habían sido suministrados en razón de unas “causas de no entrega”, contempladas en los anexos técnicos de las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018, y que por tal razón no eran incluidos dentro de la información que se venía consolidando bajo el anexo técnico de la Resolución 3539 de 2019, evitando así la duplicidad de la información.
Asociación Pacientes de Alto Costo <sup>44</sup>	Señaló que los reportes continuaban sin incluir las negaciones de servicios prescritos por Mipres- financiados con presupuestos máximos-
Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y por una Reforma Estructural al Sistema de Salud-CSR <sup>45</sup>	Dijo que los reportes de negaciones presentados no responden a la situación de los usuarios del sistema de salud colombiano, toda vez que están centrados en (i) datos cuantitativos; (ii) negaciones reportadas por las EPS, lo cual claramente presenta un conflicto de interés y, (iii) el espectro de las causas se reduce notablemente.
Gestarsalud	Identificó como avances que (i) la depuración de la información que hace posible conocer, con un mayor grado de certeza, tanto la clase de servicio como la causa que genera la no prestación de este y, (ii) el reporte del 100% de la información- en algunos periodos-, toda vez que el sistema requiere datos oportunos y de calidad, que permitan adoptar decisiones basadas en cifras y hechos reales.

(ii) Aptitud e idoneidad de la información, sobre los tiempos de espera en la atención, obtenida a través de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad<sup>46</sup> y las PQR aportadas por la SNS.

Acemi	Reconoció la importancia de ambos indicadores “para el diagnóstico de las fallas que se pueden presentar”, así como para la elaboración de los planes de mejoramiento por parte de la EPS e IPS involucradas en las quejas. Señaló frente a la fuente de PQRS que: (i) la radicación de éstas no siempre hace referencia a un servicio negado, sino a la manifestación del usuario frente a una inconformidad con el actuar de un funcionario o en relación con la prestación del servicio, (ii) lleven inmersas situaciones tales como la escasez y el desabastecimiento de medicamentos, lo cual es un asunto propio del mercado y que desborda las posibilidades de manejo de las EPS.
Asociación Pacientes de Alto Costo y la CSR	Sostuvieron que existe un problema frente a la calidad de los datos y la falta de todas las IPS del país, lo que se traduce en una información que no resulta confiable, además que era evidente la baja calidad de las fuentes de información utilizadas, pues el Ministerio no parece reconocer, ni “aceptar las causas presentadas como legítimas” y sigue concentrado en los datos de EPS y de Mipres, siendo esta última una fuente de información que aún se encuentra en proceso de implementación y que refleja varias deficiencias.
Gestarsalud	Refirió que, en atención al objetivo de la orden décima novena y los mandatos allí impartidos, se ha logrado contar con un reporte de

<sup>43</sup> Respuesta recibida mediante correo electrónico el 24 de octubre de 2022.

<sup>44</sup> Respuesta recibida mediante correo electrónico el 14 de septiembre de 2022.

<sup>45</sup> Respuesta recibida mediante correo electrónico el 16 de septiembre de 2022.

<sup>46</sup> Resolución 256 de 2016.

	información de calidad, en plazos que permiten un análisis inmediato para la adopción de medidas correctivas tendientes a garantizar una cobertura efectiva y acceso oportuno a la prestación de servicios.
--	---

(iii) Efectividad de los mecanismos implementados con la finalidad de recuperar los dineros correspondientes a la UPC pagada por usuario durante el mes en que hubiese sufrido la barrera en la prestación del servicio PBS UPC.

Acemi	Argumentó que podía evidenciarse que los entes de control utilizaban el procedimiento establecido en la Resolución 1716 de 2019 para requerir a las diferentes EPS; sin embargo, expresó disenter de su aplicación toda vez que: (i) la prima que se paga por cada afiliado no está destinada a constituir una cuenta para financiar el gasto en salud de ese afiliado, pues ésta hace parte de un fondo común; (ii) la UPC se define y reconoce por día de afiliación a la EPS, aun cuando el pago se realice de manera mensual; (iii) la devolución de la UPC acentuaría la insuficiencia de la prima, pues con menores recursos la EPS debe garantizar el aseguramiento de la población mediante un mecanismo cuyo cálculo contempla las condiciones y las necesidades de salud de toda la población y que precisa de cada UPC para satisfacer dicho propósito; (iv) hay responsabilidades misionales asignadas a las EPS, que no se traducen de manera exclusiva en la prestación de un servicio de salud; (v) para dar cumplimiento al principio de legalidad de la sanción, debe establecerse un parámetro normativo de oportunidad y (vi) la definición de la autoridad competente para adelantar la actuación administrativa no puede estar librada a la interpretación y debe estar claramente definida, de manera que no es posible entender que, para unos casos, los procesos de reintegros de UPC apropiadas sin justa causa esté en cabeza de la ADRES y, en otros en cabeza del Ministerio de Salud, cuando el pagador es la citada cartera.
Asociación Pacientes de Alto Costo	Indicó que en los informes sólo se citan circulares referentes al tema, pero allí no se muestra cuántos procesos se iniciaron con base en la información de negaciones, en cuáles se recuperaron los dineros y en cuáles no, y el tiempo que dicha recuperación requirió.
Gestarsalud	Sugirió la revisión de las disposiciones que hoy en día se aplican para la restitución o reintegro de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS apropiados o reconocidos sin justa causa a las EPS y establecer un mecanismo proporcional y equilibrado que considere la gestión del riesgo en salud que les corresponde y no impacte negativamente su disponibilidad de recursos para el cumplimiento de su misión.

(iv) Problemas y dificultades que se evidencian en la información contenida en los informes correspondientes a los trimestres II, III y IV de 2021 y I de 2022 y su posible optimización.

Acemi	Comentó que los reportes (i) no contemplan todas las negaciones que se puedan presentar en cuando se prescribe a través de Mipres y que (ii) si bien se evidenciaba un aumento de los casos negados por el PBS entre el reporte del 2021 y el reporte del primer trimestre del 2022, este mismo “aclaraba la presunción del subregistro” y a su vez, definía como una posible causa de la disminución de los casos negados, los efectos de la pandemia declarada durante ese tiempo.
-------	--

Asociación Pacientes de Alto Costo	Esgrimió que la entrega real de los medicamentos prescritos y aprobados a través de Mipres es una información que no se anexa, y su análisis tampoco, lo cual deja por fuera un tema de relevancia por los “faltantes y desabastecimientos” que ahora es un mal mayor en el sistema de salud.
CSR	Dijo que los reportes eran similares pero los datos no eran uniformes y por ello no era posible determinar una continuidad o evidenciar mejoras. Indicó que, por el contrario, el número de las negaciones mes a mes refleja saltos y no permite establecer sus causas, así como tampoco avances u oportunidades de mejora.
Gestarsalud	Declaró que los principales problemas que se reconocen son los de oportunidad en el reporte y de entendimiento o comprensión por parte del talento humano responsable del mismo y la identificación de las causas que generan o la negación o la no entrega, «lo que hace que la causal de “otras causas” concentre los motivos del informe». Por lo anterior, sugirió que se parametrize el origen de las situaciones de negación o no entrega y se unifiquen las causas o motivos, para determinar tanto el actor como la fuente y tomar las acciones correctivas para garantizar la prestación de servicios y tecnologías de salud a los afiliados y erradicar las situaciones que afectan el derecho fundamental a la salud.

(v) Avances y mejoras que se evidencian en la información contenida en los informes correspondientes a los trimestres II, III y IV de 2021 y I de 2022.

Acemi	Resaltó que los informes recogen de buena manera el propósito e intención de la Corte.
Asociación Pacientes de Alto Costo y la CSR	Destacaron que sería un avance real que “todo fuera formulado por Mipres”, para tener una mejor fuente de información y no depender de los reportes de las EPS. Además, que se siguiera fortaleciendo y mejorando la herramienta.
Gestarsalud	Argumentó que el mayor avance a resaltar era la calidad de la información y la disminución de las entidades que no reportaron oportunamente. Además, reconoció que la disminución de ciertas causales permite afirmar que la prescripción de los servicios se está realizando de conformidad con los parámetros definidos en la actualización de los servicios y tecnologías financiadas con recursos de la UPC para el año 2022.

(vi) Impacto y avance que ha tenido la creación del registro de servicios negados y los indicadores del sistema de información para la calidad en la prestación oportuna de las tecnologías en salud.

Acemi	Señaló que (i) dentro del seguimiento de los indicadores del sistema de información para la calidad en la prestación oportuna de las tecnologías en salud, se han definido estrategias “desde el proceso y la tecnología que permiten conocer de forma anticipada la programación de servicios y su efectiva atención”, y que dentro de ellas se cuenta con conectividad de los servicios farmacéuticos y laboratorios que permiten conocer en línea la prestación del servicio y el reporte de prestadores en los sistemas de información respecto a la fecha de programación y, (ii) que lo anterior, no genera impacto en las negaciones, pero permite mejorar la experiencia del servicio de cara al usuario y tener trazabilidad y gestión sobre los servicios autorizados y prestados.
-------	--

Asociación Pacientes de Alto Costo y la CSR	Ambas entidades coincidieron en que el reporte de datos en su mayoría se hace de forma indirecta, no son en línea ni confiables, por lo que se requiere de un sistema en línea que involucre a todos los actores del sistema.
Gestarsalud	Planteó que aun cuando las cifras denotan mejoría en algunos tiempos u oportunidad, debe mejorarse su impacto para que con base en el análisis de los reportes recibidos se pueda actualizar la normatividad que establece los tiempos para las citas médicas de profesionales de la salud, bien sea de especialidades o subespecialidades para que estén acordes con las realidades del país en relación con la disponibilidad existente.

20. En el mismo auto de 26 de agosto de 2022, la Sala Especial le preguntó a la Superintendencia (i) cuales habían sido las determinaciones y avances obtenidos respecto a las investigaciones administrativas sancionatorias desplegadas con ocasión a las negaciones y; (ii) cuales fueron los principales motivos de negación del servicio de salud, teniendo como base las PQRS radicadas ante la entidad.

21. En relación con el primer aspecto la SNS indicó que ha adelantado diferentes acciones de control frente a aquellos casos en los que fueron evidenciadas prácticas violatorias de los derechos a la salud de usuarios con especial protección constitucional y usuarios con patologías de alto costo, entre otros, de conformidad con los parámetros establecidos en las órdenes contenidas en la Sentencia T-760 de 2008.

22. Reportó que, a través de la Delegatura para Investigaciones Administrativas, registra sanciones en primera instancia en contra de EAPB<sup>47</sup> durante las vigencias 2021 y primer trimestre de 2022, por un valor de dieciocho mil seiscientos veintidós millones doscientos veinticinco mil doscientos pesos (\$18.622.225.200,00), por fallas e incumplimientos en la prestación de los servicios de salud, relacionadas entre otros, con los siguientes:

Motivos de investigación	Descripción
Autorizaciones de servicios de salud	(artículo 125 Decreto 019/2012). Calidad - Información. Orden 23 Negación servicios excluido.
Negación medicamentos NO POS, Sistema obligatorio de garantía de calidad	(ej.: habilitación - acreditación. etc.) PQRS medicamentos y barreras atención, pacientes de alto costo. (enfermedad crónica no transmisible. Renales. Cáncer. VIH Sida. Crónicos respiratorios. Cardiovasculares. Enfermedad neurológica. Diabetes, enfermedades huérfanas).
Salud Sexual y Reproductiva	No reporte de información pacientes con VIH.
Barrera en el Acceso a prestación de Salud	Incumplimiento.
Incumplimiento de medida de cesación inmediata de acciones para dilatar o negar a oportuna, integral y continua prestación de servicios	Quejas de pacientes con: cáncer. neurológicos. crónicas no transmisibles. osteoarticulares. VIH sida y otras et sexuales. huérfanas). reemplazos articulares. cardiovasculares
Haber permitido la prestación de servicios al interior de la institución sin el cumplimiento de las condiciones de habilitación y desconocer su obligación de garantizar la prestación de los servicios de salud habilitados previamente ante la entidad territorial.	
Prestación de servicios de salud relacionadas con COVID 19	Salud pública.

<sup>47</sup> Entidades Administradoras de Planes de Beneficio.

Metodología de Evaluación Desempeño de las EPS en la atención al usuario Categoría 1	
Calidad	Atención
Medida cautelar	
Autorización servicios negación tecnologías	Transporte
No realizar las acciones administrativas para garantizar los servicios de salud para la población pobre no afiliada.	Presenta incumplimientos en el pago de los servicios de salud POS y NO POS prestados a la población pobre de su jurisdicción.
Especial Protección - Infante.	Incumplimiento prestación del servicio de salud. Paciente Fallecido. Programación citas especialista - disponibilidad agenda (artículo 124 Decreto 019/2012)
Citas médicas. Especial Protección - Infante. Minorías Étnicas. Madre Gestante.	Incumplimiento instrucciones SUPERSALUD.
No realizar un adecuado seguimiento a las remisiones y contra remisiones a los menores de 5 años con desnutrición aguda.	
Paciente Fallecido. Programación citas especialista - disponibilidad agenda (art. 124 Decreto 019/2012).	
Incumplimiento prestación del servicio de salud.	Orden 24.4. Red Prestadora de Servicios de Salud.
Historia Clínica.	Incumplimiento reporte de información a la Corte sobre recobros. Sistema obligatorio de garantía de calidad (ej.: habilitación - acreditación. etc.)
No garantizar la prestación de servicios de salud de manera eficiente y oportuna por cuanto no implementó un diseño o sistema de asignación de citas diferente al preferencial.	Barreras para el acceso al derecho a la salud. Hacer proceso de verificación de derechos de los usuarios antes de la realización del triage poniendo en riesgo la vida de los usuarios en el servicio de urgencias.
No garantizó a los usuarios el acceso adecuado efectivo, oportuno y de calidad a los servicios de medicina general.	Enfermería, cirugía, urgencias y farmacia.
No garantiza el acceso efectivo con calidad y oportunidad en la atención integral en salud y nutrición de los menores con desnutrición en razón a que no se observa el impacto en la búsqueda activa de menores.	Insuficiencia en la programación y ejecución en las actividades de protección específica y detención temprana. Entre otros.

23. En relación con el segundo aspecto, indicó 68 motivos específicos de negación, teniendo como base las PQRS radicadas ante la entidad a partir del segundo trimestre de 2021 hasta el tercer trimestre de 2022, las cuales representan el 57.7% de la totalización, de los cuales continuación se exponen los 10 primeros.

N.º	Motivos específicos	II-2021	%	III-2021	%	IV-2021	%	I-2022	%	II-2022	%	III-2022	%	Total	%
1	Negación de la autorización para transporte de ambulancia ambulatoria	743	15,1	1.091	16	1.602	26	1.056	10	1.241	15	830	15,2	6.023	14,2
2	Negación para la entrega de medicamentos no PBS	341	6,9	390	5,6	584	9,4	1.474	14	284	3,3	161	2,9	3.234	7,6
3	Negación de la autorización de atenciones domiciliarias	391	7,9	515	7,4	443	7,1	935	8,9	426	5	270	4,9	2.980	7
4	Negación para la entrega de medicamentos PBS	156	3,2	281	4	191	3,1	669	6,4	871	10,2	544	9,9	2.712	6,4
5	Negación de la prestación de servicios de imagenología	113	2,29	338	4,9	437	7	496	4,7	363	4,3	229	4,2	1.976	4,6
6	Negación de afiliación	216	4,39	207	3	152	2,4	404	3,9	353	4,1	291	5,3	1.623	3,8
7	Negación de insumos médicos hospitalarios	127	2,58	118	1,7	127	2	494	4,7	463	5,4	276	5	1.605	3,8

8	Negación para la programación y/o realización de cirugía	72	1,5	241	3,5	240	3,9	407	3,9	405	4,7	223	4,1	1.588	3,7
9	Negación de la autorización de insumos no PBS	210	4,3	278	4	244	3,9	311	3	263	3,1	179	3,3	1.485	3,5
10	Negación de la prestación del servicio de urgencias	175	3,6	238	3,4	205	3,3	294	2,8	263	3,1	165	3	1.340	3,1
		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
	<b>Total:</b>	4.925		6.951		6.214		10.459		8.529		5.471		42.548	57,7

24. Por su parte el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>48</sup>, al responder algunos interrogantes sobre el cumplimiento de la directriz décima novena, expuso que:

(i) seguía utilizando la Resolución 256 de 2016 como el instrumento para recolectar la información relacionada con el componente de oportunidad en la prestación de los servicios de salud por parte de los agentes del sistema, pero que aquella no contempla punto de corte a nivel de mínimos o metas frente a los indicadores establecidos, debido a la asimetría que se presenta dentro del territorio nacional tales como diversidad poblacional, heterogeneidad territorial, zonas con densidad poblacional y otras con dispersión geográfica, infraestructura y limitaciones en la oferta y disponibilidad de talento humano en salud, particularmente de médicos especialistas.

(ii) que frente a la oportunidad en las categorías de triage, únicamente se tienen establecidos los tiempos de atención para los pacientes con clasificación I y II.

(iii) en relación con los tiempos de atención de medicina especializada y los diferentes procedimientos, indicó que no existen “puntos de corte mínimos o máximos para el acceso a esos servicios” y que, por tanto, es la patología de cada paciente, pronóstico y estado clínico, los que hacen que estos varíen entre urgente, prioritario y no prioritario y añadió que el nuevo gobierno “reconoce la problemática estructural relacionada con la oportunidad en la prestación de los servicios de salud” por lo que propondrá nuevas políticas públicas para solventarla.

(iv) que el cruce de la información relativa a las PQR remitidas por la SNS no permite evidenciar la oportunidad en el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios del SGSSS, toda vez que, si bien es cierto dichas quejas reflejan el sentir de estos, también lo es, que la percepción no supone *per se* una negación, lo que se traduce en que mientras las personas presentan PQR por barreras de acceso en la prestación de servicios, los servicios que las EPS reportan como negados estarían amparados por una justa causa consagrada en las 40 causales definidas en la Resolución 3539 de 2019.

25. Mediante auto del 5 de octubre de 2022, la Sala Especial corrió traslado del informe correspondiente al II trimestre de 2022 a los peritos constitucionales

<sup>48</sup> Recibido mediante correo electrónico el 12 de octubre de 2022.

voluntarios, quienes no se manifestaron sobre este último y el 5 de diciembre de la misma anualidad, requirió al MSPS la remisión del reporte del III trimestre<sup>49</sup>.

26. El 16 de noviembre de 2022, igualmente en respuesta al auto del 7 de julio de 2022<sup>50</sup>, el MSPS presentó un cronograma con las actividades que pretende implementar para dar cumplimiento a lo ordenado por la Corte. En este, hace referencia a las medidas dirigidas a (i) superar las problemáticas evidenciadas en el ordinal segundo literal a) y d) del Auto 439 de 2021 y (ii) en el ordinal segundo literal h) del Auto 122 de 2019.

27. Allí planteó unas actividades encaminadas a (iii) generar espacios periódicos con los diferentes actores del sector salud para conocer su opinión y motivación respecto de las negaciones, y con base en la información recabada, actualizar regularmente las causales y, (iv) originar acciones para eliminar barreras de acceso que motivan la negación de servicios de salud.

Para dar cumplimiento al literal a) del Auto 439 de 2021 y h) del auto 122 de 2019 concretó lo siguiente:

Periodo	Actividades planeadas
Entre diciembre de 2022 y diciembre de 2023	Inicio del procedimiento de reintegro de recursos, en consideración al auto - reporte de servicios negados PBS - UPC, efectuado por las EPS en el marco de la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008, con base en el artículo 3 de la Resolución 1716 de 2019
Entre enero y octubre 2023.	Realización de las solicitudes de aclaración, como consecuencia del auto-reporte de servicios negados PBC-UPC efectuado por las EPS en el marco de la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008, con base en el artículo 4 de la Resolución 1716 de 2019.
Entre febrero y noviembre de 2023.	Atención a la respuesta de solicitud de aclaración de la presunta apropiación o reconocimiento sin justa causa de los recursos provenientes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y elaboración del correspondiente informe, de conformidad con los artículos 5° y 6° de la Resolución 1716 de 2019.
Entre marzo y diciembre de 2023	Expedición de los actos administrativos que ordenan el reintegro de los recursos de la salud, por la negación de los servicios PBS-UPC, con base en el artículo 7° de la Resolución 1716 de 2019.

Frente al ordinal segundo, literal d) del auto 439 de 2021 señaló:

Mes	Actividades planeadas
Diciembre de 2022 y diciembre de 2023	Consultar el aplicativo Mipres para incluir dentro del reporte trimestral de servicios negados, tanto lo auto reportado por las EPS, como la información generada por Mipres, referente a causas de no entrega y negaciones reportadas.

Además, con relación a las otras dos actividades dijo que:

(i) adelantaría actuaciones tendientes a actualizar periódicamente las causales de negación, previstas en el anexo técnico de la Resolución 3539 de 2019, con base

<sup>49</sup> El cual debió ser presentado a la Corte el 15 de noviembre de 2022 y finalmente fue allegado mediante correo electrónico el 11 de enero de 2023.

<sup>50</sup> La cartera de salud pidió que el término concedido fuese extendido hasta el 11 de diciembre de 2022, y como justificación expuso que, debido a la elección del nuevo gobierno y en concordancia con el anuncio de una “gran reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS” requería tomarse el tiempo para analizar el impacto de fondo que podía surtir frente a los mecanismos y cronogramas que pudiese remitir en acatamiento de lo ordenado. Petición que fue resuelta en el auto del 18 de agosto de 2022 de forma negativa; no obstante, le fueron concedidos quince días para allegar la información solicitada.

en la información de la Superintendencia Nacional de Salud, respecto de PQRD y tutelas por negación de servicios de salud para generar una primera modificación al citado anexo técnico, en el mes de junio de 2023.

(ii) realizaría encuestas a EPS, IPS, Gestores Farmacéuticos y asociaciones de usuarios, sobre el impacto en la implementación del Decreto 441 de 2022<sup>51</sup>, compilado en el Decreto 780 de 2016<sup>52</sup> relativo a la eliminación de autorizaciones para recibir la atención integral como mecanismo para la eliminación de barreras de acceso, entre los meses de enero y diciembre de 2023.

(iii) solicitaría información a la Superintendencia Nacional de Salud para analizar el impacto en la aplicación del Decreto 441 de 2022 y así determinar la necesidad o no de ajustes a la regulación, con el ánimo de lograr la atención integral sin barreras administrativas, para los meses de marzo a diciembre de 2023.

28. En providencia del 31 de enero de 2023 se les solicitó a los peritos constitucionales su opinión sobre el reporte de negación de servicios correspondiente al tercer trimestre de 2022, y en particular, se les convocó para que analizaran el aumento presentado en los datos de los registros de negaciones de los años 2021 y 2022.

29. Gestarsalud<sup>53</sup> sostuvo que, el presunto incremento en el número de negaciones correspondía a un “no reporte de negaciones para el 2021 acorde a la interpretación que la entidad les dio a las directrices del Ministerio” e indicó que las informadas hacían parte de las causales definidas normativamente. Sin embargo, refirió que a fin de mejorar los análisis sobre las negaciones PBS UPC, es relevante que las mediciones por EPS se realicen por tasa y no por cantidad en virtud de las grandes diferencias frente a la población afiliada en cada entidad. Adicionalmente, sugirió que se realice la publicación mensual de estos datos a través de un sistema de información.

30. En relación con los servicios y tecnologías en salud PBS no UPC, financiados con presupuestos máximos, prescritos a través de Mipres con causales de no entrega, precisó que no pueden interpretarse como negaciones, ya que se encuentran amparadas por las Resoluciones 1885 de 2018 y 2438 de 2018<sup>54</sup>. Igualmente, indicó que como gremio se ha pronunciado ante el MSPS para mejorar la herramienta tecnológica, haciendo validaciones oportunas desde la prescripción, para evitar retrocesos, pues existe una “sobre carga administrativa para las EPS, en razón que los responsables de las prescripciones son las IPS y las EPS no pueden realizar modificaciones que podrían ir en contravía de la autonomía médica”.

---

<sup>51</sup> “Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud”.

<sup>52</sup> Artículos 2.5.3.4.7.3 y 2.5.3.4.7.4.

<sup>53</sup> Respuesta recibida mediante correo electrónico el 22 de febrero de 2023.

<sup>54</sup> Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.

31. La Asociación de Pacientes de Alto Costo<sup>55</sup> señaló que el informe del III trimestre de 2022 se encuentra “muy lejos de la realidad de acuerdo con el número de quejas que reporta la SNS, tutelas y realidades del sistema”, pues solo 8 EPS y un régimen especial reportaron negaciones.

32. Frente a las causales indicó que “el reporte macro” debería estar acompañado de un análisis de impacto sobre los diagnósticos de las negaciones, pues resulta poco constructivo solo el informe numérico, por lo que solicita se le requiera al MSPS el análisis “de lo negado y las medidas de mejoramiento y directrices para el cuerpo médico y el sistema de salud”.

33. Añadió que respecto a las negaciones a través de Mipres, no es posible determinar a cuántas personas afectó, ya que no existen los pacientes en el sistema de salud como personas, sino como patologías o prescripciones, por lo que consideró que es importante mostrar (i) la relación de negaciones versus todas las prescripciones de Mipres y, (ii) la relación de negados versus el total de lo formulado por Mipres para cada EPS, lo que ayudaría a ver el comportamiento de estas y “si hay tendencias de algunas a la negación”.

34. Finalmente, advirtió en relación con las causales que (i) es crítico que el mayor porcentaje de negaciones se presente por la causal “misma solicitud en otra prescripción”<sup>56</sup> (49%), lo cual requiere un análisis para determinar el origen de la duplicidad; (ii) el 12% por la causal “suministro por tutela”<sup>57</sup>, pues no es posible establecer si el servicio o tecnología ya fue dispensado por fórmula normal soportado con tutela o si la EPS lo tiene codificado como “solo pedir por tutela” y; (iii) el 9% bajo el motivo “uso de medicamento no aprobado por el Invima”<sup>58</sup>, lo que refleja un error del aplicativo pues este debería ser alimentado con moléculas de usos aprobados.

35. Por su parte, Así Vamos en Salud<sup>59</sup> sostuvo que, si bien es importante tener el “valor total de los servicios, tecnologías y procedimientos negados”, sería importante considerar algunos valores nominales. Además, exaltó que debía valorarse el volumen de servicios, debido a que en el tercer trimestre de 2021 aún había restricciones por la emergencia social y sanitaria derivada de la pandemia del Covid-19.

36. Acemi<sup>60</sup> precisó que el esquema de aseguramiento definido en el SGSSS integra una multiplicidad de relaciones jurídicas entre los diversos actores (agencia y agenciado) y que, en cumplimiento de esta función, además de encontrar prestadores idóneos y hacer la gestión de riesgo en salud de la población, la EPS también tiene el deber de (i) no prestar un servicio que podría ir en contra de las condiciones de salud particulares del paciente y; (ii) abstenerse de suministrar aquellos bienes o servicios que de acuerdo con lo señalado en el

---

<sup>55</sup> Respuesta recibida mediante correo electrónico el 20 de febrero de 2023.

<sup>56</sup> Causal 1.

<sup>57</sup> Causal 5.

<sup>58</sup> Causal 3.

<sup>59</sup> Respuesta recibida mediante correo electrónico el 20 de febrero de 2023.

<sup>60</sup> En respuesta allegada el 22 de marzo de 2023.

ordenamiento legal no deben ser asumidos por el sistema, protegiendo así los recursos.

37. Expuso, que si bien ninguna negación de servicios que se aparte de las causales justificadas es aceptable, debe tenerse en cuenta que incluso “si todos los casos de negaciones de los tres primeros trimestres fueran injustificados, hablando de manera hipotética y descontextualizada”, la tasa de negación de servicios sería de tres por cada diez mil servicios prestados, y de 2,1 por cada mil usuarios, lo cual indica que se trata de un comportamiento en donde la negación de servicios es la excepción y no la regla.

38. El 24 de febrero de 2023, la Sala requirió al MSPS para que remitiera el informe correspondiente al IV trimestre de 2022, el cual se allegó el 28 de marzo de 2023, es decir, después de vencido el plazo establecido para ello<sup>61</sup>. El 3 de mayo del año en curso se recibió un documento en el que la cartera de salud remitió el alcance sobre el reporte presentado, donde informa los indicadores reportados por las EAPBS del tiempo promedio de espera únicamente para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera, revascularización miocárdica, resonancia magnética y cirugía de cataratas y unos resultados consolidados de los indicadores solicitados por prestador de servicios de salud. Finalmente, el 20 de junio la Sala Especial obtuvo el reporte de servicios negados correspondiente al I trimestre de 2023 y el 2 de octubre el informe relativo al II trimestre.

## II. CONSIDERACIONES

### Competencia

39. 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 1991<sup>62</sup>, esta Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir el presente auto.

### Metodología de la Valoración y niveles de cumplimiento

40. La Sala evaluará el grado de acatamiento de la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008, en atención a los niveles de cumplimiento que se han establecido paulatinamente, a partir del auto 411 de 2015<sup>63</sup> y lo mencionado por esta Sala en diferentes ocasiones, en relación con la intervención excepcional del

---

<sup>61</sup> El plazo venció el 15 de febrero de 2023.

<sup>62</sup> “Artículo 27. Cumplimiento del fallo. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirlo sin demora. Si no lo hiciera 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. El juez podrá sancionar por desacato al responsable y al superior hasta que cumplan su sentencia. Lo anterior sin perjuicio de la responsabilidad penal del funcionario en su caso. En todo caso, el juez establecerá los demás efectos del fallo para el caso concreto y mantendrá la competencia hasta que esté completamente restablecido el derecho o eliminadas las causas de la amenaza.”

<sup>63</sup> Proferido el 16 de septiembre de 2015, mediante el cual se efectuó el seguimiento a la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008. Reiterado en los autos 186 de 2018, reiterados entre otros en los autos 186 y 549 de 2018, 122, 122A, 140, 470A de 2019, 077A, 092A y 094A de 2020, entre otros.

juez constitucional en materia de políticas públicas<sup>64</sup>. La anterior con fundamento en el acervo documental que reposa en el expediente, las intervenciones de las entidades gubernamentales y los conceptos de los peritos constitucionales voluntarios<sup>65</sup>.

41. Para estos efectos, analizará las medidas reportadas por el ente ministerial, y la Supersalud, dirigidas a acatar los mandatos impartidos en la sentencia estructural y los autos de valoración<sup>66</sup> y valorará el nivel de cumplimiento.

42. Para ello, analizará: (i) el registro de negaciones; (ii) los informes trimestrales entregados a la Corte y, (iii) la devolución del dinero correspondiente a la prima pagada por usuario (UPC), durante el mes en que el usuario sufra la barrera en la prestación de servicios PBS.

### **Análisis de las acciones desplegadas por las autoridades para acatar la directriz décima novena.**

#### ***(i) Registro de negaciones***

43. En este primer acápite la Sala verificará: (i) la regulación del registro de negaciones; (ii) el deber de entrega de informes por parte de las EPS; (iii) la validación de datos del registro; (iv) los términos de atención de conformidad con los parámetros de eficacia y oportunidad y, (v) las negaciones de servicios a través de Mipres

#### ***Regulación del registro de negaciones***

44. En el Auto 122 de 2019, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 determinó que el MSPS había adoptado medidas tendientes a dar cumplimiento a las disposiciones del Auto 411 de 2015 respecto al registro de negaciones para el régimen subsidiado<sup>67</sup>, pues fueron implementados unos mecanismos que tenían como propósito establecer el procedimiento para el reporte de información de los servicios y tecnologías no autorizadas.

45. No obstante, después de analizadas a fondo dichas acciones y de evaluar sus resultados, encontró que (i) el registro creado presentaba falencias en el formato diseñado para remitir los reportes; (ii) era inexistente un sistema de alerta y, (iii) no había una herramienta que permitiese determinar los servicios que fueron autorizados y no suministrados. Y, por otro lado, evidenció que la cartera de salud no había adoptado medidas dirigidas a la creación de un registro de negaciones en el régimen contributivo y por el contrario lo había eliminado, motivo por el cual no se tenía información de los servicios no autorizados en ese régimen.

---

<sup>64</sup> Cfr. Autos 140, 470 A de 2019, 077A, 092A y 094A de 2020, entre otros.

<sup>65</sup> La documentación hace referencia a: (i) los informes trimestrales de registro de negaciones emitidos por el MSPS, (ii) los reportes de la SNS y, (iii) las respuestas entregadas por los peritos Asociación de Pacientes de Alto Costo, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral-Acemi, Gestarsalud y el Programa Así Vamos en Salud, al auto de pruebas del 26 de agosto de 2022.

<sup>66</sup> Auto 411 de 2015, 122 de 2019 y 439 de 2021.

<sup>67</sup> A través de las Resoluciones 2064 de 2017 y 1486 de 2018.

46. En el año 2021, al nuevamente valorarse la directriz décima novena<sup>68</sup>, la Sala constató que luego de proferido el Auto 122 de 2019, el MSPS expidió un nuevo registro de negaciones expresas para los regímenes contributivo y subsidiado<sup>69</sup>, el cual fue implementado en el tiempo definido para ello. Sin embargo, concluyó que no se adoptaron disposiciones para que del reporte fuese posible obtener datos respecto a los servicios no suministrados en forma oportuna pese a ser autorizados<sup>70</sup>, pues de los parámetros dictados por la Resolución 3539 de 2019 no era posible obtener esa información.

47. Lo anterior, tiene relevancia, toda vez que el MSPS en comunicación entregada a la Sala Especial, informó que en virtud de los procedimientos establecidos en la Resolución 256 de 2016<sup>71</sup> y sus anexos técnicos<sup>72</sup> se podían extraer los datos solicitados por la Corte. Empero, estudiada dicha normativa se halló que no cumplía con los parámetros de estructura establecidos en el Auto 411 de 2015, los cuales debían aplicarse para el reporte de negaciones expresas y tácitas, además que allí se consigna el promedio de espera de unos servicios y procedimientos determinados, sin importar si la prestación fue oportuna o inoportuna, lo que restringe la labor de supervisión y control de las autoridades pertinentes.

48. Precisado lo anterior, la Corte advierte que, en la actualidad, es decir, un año y seis meses después de la notificación de aquella providencia<sup>73</sup>, el registro continúa reglamentado por la Resolución 256 de 2016, lo que implica un incumplimiento reiterado a lo ordenado por la Sala.

49. Además, el MSPS tampoco ha creado el mecanismo de alarmas que se active ante el registro de una negación de un servicio PBS y que a su turno notifique de la situación a los distintos órganos de control para la toma de las medidas respectivas<sup>74</sup>, omisión frente a lo cual, a pesar de haber sido puesta en conocimiento del MSPS desde hace más de ocho años, no se ha presentado justificación.

50. Así las cosas, la Sala evidencia que no se han implementado medidas respecto a (i) la emisión de una nueva norma como fue ordenado en el auto de valoración anterior, pues el registro continúa reglamentado por las Resoluciones 256 de 2016 y 3539 de 2019 y; (ii) no se creó el mecanismo de alarmas que se active ante el registro de una negación de un servicio PBS, situación que le ha sido puesta de presente al MSPS desde el año 2015.

---

<sup>68</sup> Auto 439 de 2021.

<sup>69</sup> Resolución 3539 de 2019.

<sup>70</sup> Mandato que fue puesto de presente en el ordinal segundo, literal a) del auto 122 de 2019.

<sup>71</sup> Según escrito del 24 de mayo de 2021 “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud”, a través de,

<sup>72</sup> Anexo técnico n.º 1: “Indicadores para el monitoreo de calidad que se aplican a EAPB y a las IPS” y Anexo n.º 2 en el que los prestadores de servicios de salud reportan la información para el monitoreo de calidad en archivos que contienen registros de (i) control; (ii) detalle de oportunidad en citas; (iii) satisfacción global; (iv) programación de procedimientos quirúrgicos realizados en el quirófano; (v) detalle de eventos adversos y (vi) urgencia triage II.

<sup>73</sup> Notificado el 10 de diciembre de 2021.

<sup>74</sup> Falencia evidenciada y puesta de presente en el auto 411 de 2015 y reiterada en los autos 122 de 2019 y 439 de 2021.

51. En consecuencia, la Sala continuará la valoración, únicamente frente al registro de negaciones expresas dado que no existe información sobre aquellos servicios y tecnologías que pese haber sido autorizados no son suministrados oportunamente.

#### *Deber de garantizar la entrega de los informes de servicios negados por parte de las EPS*

52. Con ocasión al Auto 122 de 2019 la Sala Especial ordenó al Ministerio adoptar medidas eficientes con el fin de que el total de las entidades habilitadas de ambos regímenes remitieran la información de servicios negados. Así mismo determinó que tenía que establecer las causas de la reticencia de aquellas que no presentan los reportes<sup>75</sup>.

53. En este ciclo de valoración, al analizar los informes presentados por el Ministerio, se observa que para el año 2021 en el tercer y cuarto trimestre la cartera de salud no logró que el total de las EPS suministraran información de servicios negados, pues en ambos periodos de las 33 entidades habilitadas, 3 no reportaron información<sup>76</sup>, para el año 2022 en el segundo trimestre 1, tercer trimestre 2 y cuarto trimestre 8 y para el año 2023, en el primer periodo 7 y segundo periodo 1.

54. Además de lo anterior, aunque se advierten medidas por parte del Ministerio, al requerir a aquellas entidades que debido a situaciones administrativas no lograron el cargue de la información, luego de haberlas solucionado y a su vez, haber trasladado el asunto a la Supersalud para que adelantara las acciones de su competencia<sup>77</sup>, no arrojan resultados certeros. Lo anterior toda vez que ante la ausencia del registro de negaciones no puede establecerse que el reporte que se efectúa por parte de las EPS sea completo, pues no contiene las negaciones derivadas de la falta de oportunidad, situación que limita la determinación del comportamiento de las promotoras frente a las negaciones.

#### *Validación de datos del registro*

55. En el Auto 411 de 2015, reiterado en el 122 de 2019 se dispuso que la Cartera de salud debía desplegar las medidas necesarias para que, en el término de seis meses contados a partir de la notificación de aquella providencia, el porcentaje de validación de datos superara el 95% y fuese mantenido en el tiempo.

56. Posteriormente, en el Auto 439 de 2021 se estimó que, aunque se hubiese llegado a la meta<sup>78</sup>, no era posible afirmar que la información allegada y validada, correspondiera a la totalidad de las negaciones, teniendo en cuenta que los datos reportados no reflejaban la totalidad de servicios y tecnologías no autorizadas por las EPS. Por lo anterior, concluyó que, si bien era importante la cifra positiva de validación en la información, esto no constituía un avance en pro de la orden, toda vez que no fue plasmado el universo de las negaciones.

<sup>75</sup> Parte resolutive Auto 122 de 2019, Ordinal segundo, literal e).

<sup>76</sup> Porcentaje equivalente al 90.9%

<sup>77</sup> En atención a lo dispuesto, en el artículo 4° de la Resolución 3539 de 2019.

<sup>78</sup> Del 100% de porcentaje de validación.

57. Ahora bien, para los trimestres subsiguientes a analizar, es decir II, III y IV de 2021 I, II, III y IV de 2022 y I, II de 2023, se advierte lo siguiente en cuanto a la validación que corresponde únicamente a la totalidad de servicios negados financiados con recursos de la UPC:

Periodo	Total de registros enviados	Total registros validados exitosamente	% de participación
II trimestre de 2021	87	87	100%
III trimestre de 2021	165	165	100%
IV trimestre de 2021	43	43	100%
I trimestre de 2022	6.606	6.606	100%
II trimestre de 2022	2.646	2.566	97%
III trimestre de 2022	3.302	3.302	100%
IV trimestre de 2022	2.028	2.028	100%
I trimestre de 2023	14.267	14.267	100%
II trimestre de 2023	10.737	10.737	95.27%
Total:	39.881	39.881	99.14%

58. De conformidad con los informes analizados y los datos suministrados por el Ministerio, la Sala Especial encuentra que el promedio del porcentaje de validación durante los 9 trimestres evaluados es del 99.14%, es decir, que en principio se ha cumplido con lo solicitado en el marco del seguimiento.

59. No obstante, de conformidad con lo puesto de presente en los primeros apartados<sup>79</sup>, la información relacionada en los reportes no incluye datos sobre los servicios autorizados, pero no dispensados oportunamente y por eso no refleja el panorama completo de las negaciones de servicios en el SGSSS. Por lo anterior, a pesar del alto porcentaje de validación no es posible determinar el cumplimiento de la meta establecida.

60. En ese sentido, la Corte encuentra que a pesar de que el Ministerio adoptó medidas para alcanzar la meta del porcentaje de validación y logró llegar al 99.14%, nuevamente, esa verificación se realizó a partir de reportes incompletos que no abarcaban todas las negaciones, contrariando lo ordenado el Auto 439 de 2021<sup>80</sup>. Por lo tanto, los resultados indicados no permiten evidenciar la superación de la problemática.

*Términos de atención de conformidad con los parámetros de eficacia y oportunidad.*

61. En el Auto 584 de 2022<sup>81</sup>, la Sala Especial identificó una serie de vacíos respecto a la determinación de los tiempos en la prestación de algunos servicios, los cuales fueron precisados así : (a) la atención en urgencias no contaba con un monitoreo del tiempo de espera del usuario -contado a partir del ingreso de urgencia- tanto para ser valorado por *triage* como para ser atendido una vez clasificado; además, que se estaba presentado demora y negación en la atención; (b) no se fijaron los tiempos máximos para la asignación de citas de medicina especializada, realización de exámenes de laboratorio, procedimientos

<sup>79</sup> F.j. 43 a 53.

<sup>80</sup> Numeral segundo (b) de la parte resolutive.

<sup>81</sup> Valoración orden decimosexta.

necesarios para el diagnóstico y determinación del tratamiento distintos a medicamentos; (c) no existe un registro por medio del cual las IPS reportaran el suministro de medicamentos para efectos de establecer la oportunidad; (d) no se efectúa monitoreo a todas y cada una de las especialidades frente a las cuales se asignan o solicitan citas, así como para cada una de las tecnologías necesarias para el diagnóstico y el tratamiento, distinta a medicamentos y, (e) se evidenció demora en la asignación de citas con especialistas y una falta de dispensación completa y oportuna de medicamentos.

62. Lo anterior, dificultaba establecer cuándo una EPS estaba incumpliendo con la obligación de brindar los servicios oportunamente.

63. En consecuencia, al momento de analizarse la temática referente a la eficacia y oportunidad dentro del registro de servicios negados, se encontró que no se adoptaron medidas tendientes a que de los reportes entregados se permitiese obtener datos respecto de los servicios no suministrados en forma oportuna pese a haber sido autorizados (negaciones tácitas), por lo que en el numeral segundo, literal c), del Auto 439 de 2021, se le ordenó al MSPS definir los términos de atención, los cuales debían estar acordes con los parámetros de eficacia y oportunidad.

64. Ahora bien, al examinar el cumplimiento de aquel mandato, la Sala Especial encuentra que persiste la misma situación evidenciada en el auto de valoración anterior, pues en los reportes analizados en esta ocasión, la cartera de salud remite exactamente la misma información consignada en años anteriores, es decir, señala únicamente los indicadores “trazadores”<sup>82</sup>, además que permanece latente la falta de normatividad que determine los tiempos máximos de atención de todos los servicios y tecnologías autorizados por la autoridad competente, constituyéndose así una actitud, omisiva, y poco diligente por parte de la entidad ministerial frente a las directrices demandadas por la Corte<sup>83</sup>.

65. Lo previo, contrastado con la información reportada por la SNS refleja una preocupación para la Sala, toda vez que frente a esta temática relaciona las siguientes PQRD en materia de oportunidad<sup>84</sup>:

Trimestre	PQRD por “oportunidad en la prestación del servicio de salud” <sup>85</sup>
II-2021	12.634
III-2021	10.571
IV-2021	10.103
I-2022	20.187
II-2022	20.388
III-2022	24.148
IV-2022	16.474

<sup>82</sup> Tiempo promedio de espera para: (i) la autorización de resonancia magnética nuclear, (ii) para la autorización de cirugía de cataratas, (iii) para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera, (iv) para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica, (v) de asignación de cita de medicina general y, (vi) de asignación de cita de odontología general.

<sup>83</sup> Numeral segundo, literal (c) auto 439 de 2021.

<sup>84</sup><https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/Informe%20PQRD%20Mensual/Forms/Informe%20Mensual%20PQRD.aspx>

<sup>85</sup> Sumatoria de cada uno de los datos obtenidos por mensualmente para obtener el resultado trimestral.

I-2023	11.476
II-2023	10.067

66. Teniendo en cuenta lo expuesto, la Corte estima que el Estado continúa sin brindar las garantías necesarias y suficientes para que los habitantes del territorio del país puedan recibir de manera oportuna los servicios de salud requeridos para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades<sup>86</sup>, pues persiste la falta de lineamientos sobre los tiempos máximos en virtud de los cuales estos deben ser proveídos, lo cual impide parametrizar de manera objetiva los incumplimientos por parte de las entidades encargadas de prestar dicha demanda de salud y tomar las medidas correctivas al respecto en caso de ser necesario.

#### *Negaciones de servicios a través de Mipres*

67. Ahora bien, respecto a los reportes de negaciones de servicios tramitados a través de la herramienta Mipres con “causa de no entrega”, y la justificación del MSPS relativa a la omisión de reporte de negaciones por causas “legítimas”, resulta imperioso reiterar que la directriz décima novena de la Sentencia T-760 de 2008, tuvo como finalidad conocer la realidad de las negaciones, por lo que aquella no limitó en forma expresa el reporte a las llamadas “ilegítimas” ni tal conclusión puede desprenderse del mandato, tal como fue expuesto en el Auto 439 de 2021.

68. Por ello, no es de recibo que las EPS sigan omitiendo la información bajo esa premisa, pues su deber es reportar todos los servicios negados, sea cual fuere su falta de autorización, siendo inaceptable el continuo desconocimiento a lo ordenado en el auto referenciado y evidenciándose así nuevamente el incumplimiento de las órdenes impartidas por la Corte, con la salvedad que a la fecha no se ha modificado la indicación inicial<sup>87</sup> por parte de esta Sala Especial.

69. Lo anterior aunado al hecho que esta situación afecta la labor de los entes de control, dado que no cuentan con insumos de calidad que les permita adoptar medidas tendientes a superar la falla estructural que dio lugar a la emisión de la orden décima novena.

#### *(ii) Los informes trimestrales entregados a la Corte*

70. En este apartado la Sala Especial analizará (i) la presentación de los informes a la Corte por parte del MSPS; (ii) el contenido material de los reportes, (iii) las negaciones Mipres y (vi) el cumplimiento de las órdenes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

#### *Presentación de los informes a la Corte por parte del MSPS*

71. De conformidad con lo estipulado en el ordinal segundo, literal h) del auto 439 de 2021, el ente ministerial, en el término máximo de dos meses contados a partir

<sup>86</sup> Cfr. f.j. 110 del auto 584 de 2022.

<sup>87</sup> F.j. 60 Auto 439 de 2021.

de la notificación de la providencia<sup>88</sup>, debía allegar nuevamente a todas las entidades destinatarias, los reportes de servicios negados desde el primer trimestre de 2020, en que se consolidara toda la información de servicios negados, incluyendo las negaciones por Mipres y de Junta de Profesionales. Esos informes además debían ser publicados en la página web del Ministerio.

72. El 1° de marzo de 2021, de forma extemporánea, fueron recibidos electrónicamente los informes correspondientes al I, II, III y IV trimestre de 2020 y I de 2021. Lo anterior, dado que el plazo venció el 10 de febrero de 2021. Por otra parte, los reportes correspondientes al II, III y IV trimestre de 2021, I, II, III, IV trimestre de 2022 y I y II trimestre de 2023, fueron presentados en las siguientes fechas:

Trimestre	Fecha de vencimiento para la entrega del informe	Auto de requerimiento	Fecha de recepción del informe
II- 2021	14 de agosto de 2021	7 de julio de 2022	10 de agosto de 2022
III- 2021	14 de noviembre de 2021	-	15 de diciembre de 2021
IV- 2021	14 de febrero de 2022	-	26 de abril de 2021
I- 2022	14 de mayo de 2022	7 de julio de 2022	10 de agosto de 2022
II- 2022	14 de agosto de 2022	18 de agosto de 2022	26 de septiembre de 2022
III- 2022	14 de noviembre de 2022	5 de diciembre de 2022	11 de enero de 2023
IV- 2022	14 de febrero de 2022	24 de febrero de 2022	28 de marzo de 2023
I-2023	14 de mayo de 2023	-	20 de junio de 2023
II-2023	14 de agosto de 2023	-	2 de octubre de 2023

73. En el cuadro se evidencia que (i) los informes de negaciones de los ocho trimestres analizados fueron entregados por fuera del plazo establecido por la Corte, sin que el MSPS hubiese solicitado una prórroga frente al término precisado en el auto 093A de 2020; (ii) el promedio de tardanza en los tiempos de la presentación de los reportes excede los dos meses después del vencimiento; (iii) la conducta dilatoria por parte del MSPS, implicó que la Sala requiriera la presentación de los informes en cinco de los nueve trimestres analizados en esta oportunidad.

74. Además de lo anterior, la Sala advierte que no reposa en la documental entregada, las constancias de las remisiones efectuadas de los informes trimestrales a la Contraloría, Procuraduría y Defensoría del Pueblo, por lo que no existe prueba de su recepción por parte de dichas autoridades.

75. Lo anterior, refleja la desatención del MSPS a lo ordenado por la Sala Especial en el auto 093A de 2020<sup>89</sup> y la falta de implementación de medidas tendientes a lograr la entrega de los informes en los tiempos establecidos por la Corte.

#### *El contenido material de los reportes*

*(i) Negaciones de servicios financiados con recursos de la UPC.*

76. Con el propósito de analizar la información contenida en los reportes trimestrales objeto de examen, a continuación, se presentan los datos sobre el

<sup>88</sup> 10 de diciembre de 2021.

<sup>89</sup> Que moduló el término establecido en el Auto 411 de 2015.

número de negaciones de servicios financiados con recursos de la UPC y el número de causales invocadas.

<b>Causales de negación de los servicios financiados con recursos de la UPC</b>				
<b>Trimestre</b>	<b>Régimen Contributivo</b>	<b>Régimen Subsidiado</b>	<b>Total General</b>	<b>Número de causales enlistadas</b>
<b>I-2020</b>	93	289	382	3
<b>II-2020</b>	153	112	265	3
<b>III-2020</b>	221	165	386	4
<b>IV-2020</b>	128	208	336	4
<b>I-2021</b>	80	110	190	3
<b>II-2021</b>	82	5	87	3
<b>III-2021</b>	161	4	165	3
<b>IV-2021</b>	16	27	43	4
<b>I-2022</b>	5.216	1.390	6.606	11
<b>II-2022</b>	1.625	1.021	2.646	19
<b>III-2022</b>	2.215	1.087	3.302	13
<b>IV-2022</b>	1.192	836	2.028	12
<b>I-2023</b>	2.773	11.494	14.267	13
<b>II-2023</b>	2.151	8.586	10.737	9

77. Sea lo primero señalar que se observan datos que difieren de la información contenida en los primeros reportes frente a las negaciones de servicios financiados con la UPC, los cuales fueron reformados en cumplimiento a lo ordenado en el auto 439 de 2021, como se muestra a continuación:

(i) Para el primer trimestre de 2020 se relacionaron inicialmente 13.052 negaciones, enmarcadas en catorce causales<sup>90</sup> y, sin embargo, al rehacer el informe<sup>91</sup> se registran apenas 382, que responden únicamente a tres causales de negación. Es decir, se observa una reducción del 97.07% de las negaciones.

(ii) Respecto del segundo trimestre de 2020 sucede algo similar, pues en el primer reporte consolidado se registraron 62.193 negaciones enmarcadas en veinticinco causales, mientras que, en el segundo reporte, se relacionan 265 negaciones encuadradas en tres causales, es decir, la reducción fue del 99,57% frente a la cifra inicial.

(iii) Para el III trimestre de 2020, se reportaron inicialmente un total de 386 negaciones (3 causales), para el IV trimestre de 2020 un total de 336 (4 causales) y para el I trimestre de 2021 un total de 190 negaciones (3 causales). Analizada esta información, se encuentra que, aunque coincide con los reportes posteriores entregados a la Corte<sup>92</sup>, resulta diametralmente distinta en cifras en relación con los periodos anteriores.

<sup>90</sup> F.j. 6.9.

<sup>91</sup> En cumplimiento a lo ordenado en el numeral segundo, literal h) del auto 439 de 2021.

<sup>92</sup> En cumplimiento del auto 439 de 2021.

78. En relación con los nuevos informes, correspondientes al II, III y IV trimestre de 2021, las cifras entregadas reflejan lo siguiente: para el primero 87 negaciones (3 causales), para el segundo 165 negaciones (3 causales) y para el último 43 negaciones (4 causales).

79. Para los trimestres del año 2022 y I y II trimestre de 2023, las cifras presentan un aumento considerable frente a los reportes anteriores, pues se consolida la siguiente información: respecto al año 2022 para el I trimestre fueron consignadas 6.606 negaciones (11 causales), en el II trimestre 2.646 (17 causales), en el III trimestre un total de 3.302 (13 causales), y en el IV trimestre 2.028 (12 causales), cifras que reflejan un incremento de más del 90% frente al año anterior y frente al I trimestre de 2023, fueron relacionadas 14.267 negaciones (13 causales) y 10.737 (9 causales).

80. Lo anterior evidencia (i) que los reportes fueron modificados sustancialmente para el I y II trimestre de 2020, pues presentaron variaciones no solamente en cifras sino en las causales reportadas; (ii) que, en relación con los periodos subsiguientes, esto es, para los trimestres restantes del 2020 y todos los del año 2021, las negaciones y causales disminuyeron en más del 90% y (iii) que para el 2022 y 2023 volvieron a aumentar ostensiblemente en ambos parámetros. Análisis que le permite concluir a la Sala Especial que los informes carecen de confiabilidad.

81. Como justificación a ello, y respecto a la totalización de los servicios y tecnologías negados, el MSPS advirtió que del total de registros reportados por las EPS para el primer y segundo trimestre de 2020, eran pocos los que estaban superando las dos fases de validación, por lo que la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, requirió a dichas entidades las explicaciones y ajuste de los correspondientes archivos, en pro de incorporar los datos en los siguientes informes, de lo cual señaló que había remitido copia a la SNS para que adelantara las acciones de su competencia.

82. Adicionalmente, la Sala considera que la pandemia declarada con ocasión del Covid-19 es otro de los motivos que pudo incidir en la disminución de las negaciones de servicios reportadas durante los años 2020 y 2021, tal como fue señalado por algunos de los peritos<sup>93</sup>.

83. Así las cosas, el siguiente cuadro refleja la totalidad de causales de negación de servicios UPC tanto para el régimen contributivo como el subsidiado en todos los periodos analizados:

Trimestre	Causales enlistadas de negación	No. total de causales
I trimestre de 2020 (primer reporte)	- Servicio duplicado y /o tramitado - Otras razones - Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente.	14

<sup>93</sup> Acemi y Así Vamos en Salud.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prescripción del medicamento no tenía el nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.</li> <li>- Nombre del medicamento estaba expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).</li> <li>- El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica.</li> <li>-La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.</li> <li>-Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> </ul> <p>Es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La prescripción del medicamento no tenía el tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía la dosis y frecuencia de administración.</li> </ul>	
I trimestre de 2020 (segundo reporte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> </ul>	3
II trimestre de 2020 (primer reporte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio duplicado y/o ya tramitado”.</li> <li>- Otras razones.</li> <li>- Nombre del medicamento estaba expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).</li> <li>- Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía el nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía la vía de administración.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía nombre del paciente y documento de identificación.</li> <li>- Está contratado el servicio, pero está saturado por la demanda (insuficiencia).</li> <li>- Es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía lugar y fecha de la prescripción”.</li> <li>- Problemas de pertinencia en el suministro de las tecnologías que están prescribiendo.</li> <li>- El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía número de la historia clínica.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía la dosis y frecuencia de administración.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía el tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).</li> <li>- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía periodo de duración del tratamiento.</li> <li>- La orden médica está vencida y no refrendada.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que tiene que ser prestado en el exterior.</li> <li>- El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades.</li> </ul>	25
II trimestre de 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> </ul>	3

(segundo reporte)		
III trimestre de 2020 (primer reporte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> </ul>	3
III trimestre de 2020 (segundo reporte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.</li> </ul>	4
IV trimestre de 2020 (primer reporte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> <li>- El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de la salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades.</li> </ul>	4
IV trimestre de 2020 (segundo reporte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> <li>- El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de la salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades.</li> </ul>	4
I trimestre de 2021 (primer reporte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> </ul>	3
I trimestre de 2021 (segundo reporte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> </ul>	3
II trimestre de 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> </ul>	3
III trimestre de 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> </ul>	3
IV trimestre de 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.</li> <li>- El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificados como: medicamentos, procedimiento, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud ej. Servicios asistenciales o sociales.</li> <li>- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.</li> </ul>	4
I trimestre de 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio duplicado y/o ya tramitado.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente.</li> <li>- Otras razones.</li> <li>- Problemas de pertinencia en el suministro de las tecnologías que están prescribiendo.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía el nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> <li>- El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía nombre del paciente y documento de identificación.</li> </ul>	11

<p>II trimestre de 2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.</li> <li>- Problemas de pertinencia en el suministro de las tecnologías que están prescribiendo.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- La orden médica está vencida y no refrendada.</li> <li>- No tengo contratado el servicio de suministro de tecnología.</li> <li>- El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía la dosis y frecuencia de administración.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía periodo de duración del tratamiento.</li> <li>- Otras razones.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía concentración y forma farmacéutica.</li> <li>- Está contratado el servicio, pero está saturado por la demanda (insuficiencia).</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía la cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.</li> <li>- El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de la salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades.</li> <li>- Falta de suficiencia técnica para la regulación de la demanda y de la oferta.</li> <li>- Existencia de problemas para contratar servicios por motivos a posición dominante del prestador.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica.</li> </ul>	<p>19</p>
<p>III trimestre de 2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.</li> <li>- El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> <li>- El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de la salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades.</li> <li>- Otras razones.</li> <li>- Problemas de pertinencia en el suministro de las tecnologías que están prescribiendo.</li> <li>- No tengo contratado el servicio de suministro de tecnología.</li> <li>- Existencia de problemas para contratar servicios por motivos a posición dominante del prestador.</li> <li>- Dificultades en el control debido a la tercerización del suministro de medicamentos e insumos</li> <li>- Problemas de pertinencia en el suministro de las tecnologías que se están prescribiendo.</li> </ul>	<p>13</p>
<p>IV trimestre de 2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> <li>- El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales.</li> <li>- Otras razones.</li> <li>- No tengo contratado el servicio de suministro de tecnología.</li> </ul>	<p>11</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Está contratado el servicio, pero está saturado por la demanda (insuficiencia).</li> <li>- El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades.</li> <li>- Problemas de pertinencia en el suministro de las tecnologías que se están prescribiendo.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía nombre del prescriptor con su respectivo número de registro profesional</li> </ul>	
I trimestre de 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.</li> <li>- Servicio duplicado y/o ya tramitado.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales.</li> <li>- No tengo contratado el servicio de suministro de tecnología.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> <li>- Otras razones.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente.</li> <li>- El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades.</li> <li>- La prescripción del medicamento no tenía periodo de duración del tratamiento.</li> </ul>	11
II trimestre de 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio duplicado y/o ya tramitado</li> <li>- Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.</li> <li>- Otras razones.</li> <li>- El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales.</li> <li>- Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.</li> <li>- Usuario no ha pagado.</li> <li>- Otras razones.</li> <li>- El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades.</li> <li>- Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.</li> <li>- Servicio duplicado y/o ya tramitado.</li> </ul>	10

84. Así las cosas, y luego de realizar un análisis de la información, la Sala evidencia que para los años 2020 y 2021, las tres causales por las cuales se negaron más servicios son: (i) la cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada; (ii) usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio; (iii) usuario no ha pagado. Por el contrario, respecto del año 2022 y 2023 se informan otros motivos completamente diferentes como: (i) servicio duplicado y /o ya tramitado; (ii) es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica y, (iii) el servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.

#### *Negaciones de servicios a través de Mipres*

85. De los informes entregados por el MSPS se obtienen los siguientes datos cuantitativos para los periodos analizados:

<b>Informe de prescripciones en Mipres (no financiados con recursos de la UPC) con causa de no entrega</b>				
<b>Trimestre</b>	<b>Régimen Contributivo</b>	<b>Régimen Subsidiado</b>	<b>Total General</b>	<b>Número de causales enlistadas</b>
<b>I-2020</b>	72.530	17.164	89.694	17
<b>II-2020</b>	69.335	16.695	86.028	17
<b>III-2020</b>	77.930	26.035	103.965	17
<b>IV-2020</b>	69.173	21.335	90.508	17
<b>I-2021</b>	55.176	23.428	78.604	17
<b>II-2021</b>	-	-	-	-
<b>III-2021</b>	-	-	-	-
<b>IV-2021</b>	45.477	27.081	72.558	17
<b>I-2022</b>	8.475	10.276	18.751	17
<b>II-2022</b>	11.183	11.113	22.296	17
<b>III-2022</b>	9.280	10.707	19.987	17
<b>IV-2022</b>	14.336	10.873	25.209	15
<b>I-2023</b>	15.522	12.406	27.928	17
<b>II-2023</b>	9.606	9.827	19.430	17

86. En detalle, las cinco principales causas de negación a través de la herramienta Mipres para los cuatro trimestres de 2020, 2021, 2022 y dos primeros trimestres de 2023 son las siguientes, las cuales en todos los casos superan al 70% del total de negaciones en cada trimestre<sup>94</sup>:

I, II, III y IV trimestre de 2020 (Cumplimiento Auto 439 de 2021)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Misma solicitud en otra prescripción</li> <li>- La indicación de uso del medicamento no está aprobada por Invima</li> <li>- Tecnología incluida en el Plan de Beneficios.</li> <li>- No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS</li> <li>- Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa.</li> </ul>
I y IV trimestre 2021 (Cumplimiento Auto 439 de 2021) <sup>95</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Misma solicitud en otra prescripción.</li> <li>- La indicación de uso del medicamento no está aprobada por Invima</li> <li>- Tecnología incluida en el Plan de Beneficios.</li> <li>- Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa.</li> <li>- Suministro por tutela.</li> </ul>
I, II, III, IV trimestre de 2022; I y II trimestre de 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Misma solicitud en otra prescripción</li> <li>- Suministro por tutela</li> <li>- La indicación de uso del medicamento no está aprobada por Invima.</li> <li>- Exclusión</li> <li>- Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa.</li> </ul>

87. De ello, para la Sala resulta imperioso llamar la atención sobre las cifras reflejadas en los informes, toda vez que dentro de esas principales causales se encuentra aquella denominada “tecnología incluida en el plan de beneficios”<sup>96</sup>. Lo anterior toda vez que en autos anteriores<sup>97</sup> se le ha llamado la atención al rector de la política pública en salud por aquella causal y la terminología empleada para referirse a servicios y/o tecnologías PBS UPC, PBS no UPC y NO PBS<sup>98</sup>.

88. Bajo tal escenario, se reitera el incumplimiento por parte del MSPS, pues no es admisible que ocho años después del primer auto de valoración de la orden

<sup>94</sup> Ver anexo

<sup>95</sup> II y III trimestre de 2021 no hay reporte.

<sup>96</sup> Tercera causal más recurrente.

<sup>97</sup> Auto 411 de 2015, 122 de 2019, 093Ade 2020 y 439 de 2021.

<sup>98</sup> Autos 094A de 2020, 755 de 2021, 1191 de 2021.

décimo novena se sigan negando servicios incluidos en el plan de beneficios, bajo esa premisa administrativa, que refleja en todo caso, el desconocimiento o la confusión que persiste en los agentes del sistema, pues aunque los servicios prescritos a través de esta herramienta no son financiados con la UPC, si lo son a través de los presupuestos máximos, que en todo caso hacen parte del PBS.

89. Ahora bien, en relación con la causal de “suministro por tutela”, y una vez revisado el informe de medición de acciones de amparo, allegado por el Ministerio en cumplimiento de la orden trigésima de la Sentencia T-760 de 2008 correspondientes a los años 2021 y 2022 con relación a la vulneración al derecho a la salud, se observa que para el primer año fueron radicadas 92.506 acciones constitucionales y para el segundo 156.412, cifras que son muy considerables dentro de las estadísticas reportadas. Sin embargo, tampoco encuentra la Corte una razón válida frente a ello, pues no deberían los usuarios tener que recurrir a la interposición de la acción de tutela como mecanismo para acceder a los diferentes servicios y tecnologías en salud, razón que a todas luces resulta suficiente para que la Sala insista en la necesidad de disminuir estas cifras.

90. Por otro lado y respecto a la consolidación de la información, es relevante precisar que para el momento en que fueron presentados los reportes correspondientes al II y III trimestre de 2021, el Ministerio aún no tenía conocimiento de la decisión que le ordenaba incluir en los datos, aquellos relativos a las prescripciones Mipres – PBS no UPC, lo cual se debió a que el auto 439 de 2021 se notificó en diciembre de ese año.

91. Además, la Sala advierte que si bien constituye un avance el hecho que el Ministerio de Salud y Protección Social a partir de lo dispuesto en el literal h) del Auto 439 de 2021, hubiese incluido dentro de la información de servicios negados las prescripciones Mipres con causa de no entrega, ello no puede entenderse como un número aislado frente al universo de las negaciones, por lo que, a juicio de la Corte la totalización de estas por trimestre se obtiene de la sumatoria de ambos reportes.

92. En virtud de lo anterior, la información totalizada se refleja así:

Trimestre	Negaciones UPC	Causales	Causas no entrega Mipres	Causales	Total general de negaciones
I-2020	382	3	89.694	17	90.076
II-2020	265	3	86.028	17	86.296
III-2020	386	4	103.965	17	104.351
IV-2020	336	4	90.508	17	90.844
I-2021	190	3	78.604	17	78.794
II-2021	87	3	-	-	87
III-2021	165	3	-	-	165
IV-2021	43	4	72.558	17	72.601
I-2022	6.606	11	18.751	17	25.357
II-2022	2.646	19	22.296	17	24.942
III-2022	3.302	13	19.987	17	23.289
IV-2022	2.028	12	25.209	15	27.237
I-2023	14.267	13	27.928	17	42.195
II-2023	10.737	10	19.430	17	30.167

93. Lo anterior, se refuerza aún más cuando consultada la página web de la SNS por parte de la Sala, se advierte que el número de PQRD registradas por parte de la entidad en relación con las “barreras en el acceso a tecnologías y servicios de salud”<sup>99</sup>, parámetro de medición que no contempla las quejas vinculadas a la insatisfacción del usuario con el proceso administrativo, la atención en salud, infraestructura y logística, prestaciones económicas y oportunidad en la prestación del servicio, se sintetizan en los siguientes datos:

Trimestre	PQRD por “no poder acceder al servicio de salud que se requiere” <sup>100</sup>
<b>I-2020</b>	170.764
<b>II-2020</b>	150.102
<b>III-2020</b>	196.237
<b>IV-2020</b>	177.724
<b>I-2021</b>	189.072
<b>II-2021</b>	197.152
<b>III-2021</b>	237.624
<b>IV-2021</b>	158.788
<b>I-2022</b>	239.849
<b>II-2022</b>	261.481
<b>III-2022</b>	275.675
<b>IV-2022</b>	265.658
<b>I-2023</b>	308.009
<b>II- 2023</b>	317.985

94. Ello igualmente le permite inferir a la Sala que los reportes de negaciones que se presentaron, todavía son incompletos o no obedecen a la realidad de lo que acontece al interior del sistema<sup>101</sup>, pues se advierten cifras que no tienen relación cuantitativa entre sí, aunque se aclara nuevamente que no pueden confrontarse directamente pues las estadísticas que las conforman no son diseñadas con los mismos parámetros de medición.

95. De todo lo anterior la Sala logra concluir entonces (i) que se presentó una disminución en las cifras y las causales de negación en principio sin justificación entre los años 2020 y 2021 y, (ii) que esas causales coincidentalmente son “servicio duplicado y/o ya tramitado”, “otras razones”, “es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por autoridad competente”, “es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica”, “es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético...”, entre otras, lo cual da a entender que fueron excluidas de los reportes por tratarse de posibles razones con fundamento normativo de negación, sin que ello sea una excusa válida por lo expuesto en precedencia.

96. Sin embargo, en relación con las 3 causales de negación que sí coinciden en los reportes para el I y II trimestre de 2020 frente a los nuevos informes, la Sala no encuentra una justificación para que reflejen unas cifras distintas a lo reportado anteriormente, así:

<sup>99</sup> Informes (mensuales) ejecutivos de PQRD formuladas por los usuarios de la Supersalud. <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/Informe%20PQRD%20Mensual/Forms/Informe%20Mensual%20PQRD.aspx>

<sup>100</sup> Se realiza la sumatoria de cada uno de los meses correspondientes a cada trimestre para llegar al resultado anotado.

<sup>101</sup> Pues no resulta creíble que sean los únicos motivos y en tan pocos eventos.

Trimestre	“La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”.		“Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”		“Usuario no ha pagado”	
	1er reporte	2do reporte	1er reporte	2do reporte	1er reporte	2do reporte
I-2020	116	238	14	5	-	88
II-2020	56	71	33	26	83	168

97. Ahora bien, en relación con el registro “otros motivos” u “otras razones” en el marco del registro de negaciones se resalta que, en el auto de valoración anterior, la Sala Especial apuntó que, si bien el Ministerio incluyó dentro de las causales de negación el motivo enunciado como le fue ordenado en el Auto 122 de 2019, también encontró que dejó al margen otras frente a las cuales las EPS de manera frecuente no autorizan servicios. Por ello, consideró indispensable que, en el diseño de las razones de negación, se incluyeran los motivos reales por los cuales las EPS de manera reiterada y continua, niegan tecnologías en salud.

98. En vista de ello, se evidencia que, en los reportes analizados en esta ocasión, es decir, los cuatro trimestres de los años 2020, 2021, 2022 y I y II trimestre de 2023 sucedió lo siguiente:

99. Si bien es cierto que, inicialmente, en el primer trimestre de 2020 fue reportada aquella causal como el segundo motivo de negación en 3.281 ocasiones, equivalentes al 25.14% en el ejercicio de totalización, situación que se repitió en el segundo trimestre de ese mismo año en donde se presentaron 11.195 negaciones que significaron un 18% del total, se advierte que al rehacer los informes de servicios negados, para el I, II, III y IV trimestre de 2020 y I, trimestre de 2021 (en cumplimiento del auto 439 de 2021), así como para los periodos subsiguientes del año 2021, la causal desaparece de las tablas de referencia, pues para el MSPS era necesario excluirla, toda vez que se trataba de servicios prescritos a través de Mipres que no fueron suministrados con fundamento en “causas de no entrega”, lo cual a su juicio, derivaba en que no era posible catalogarlos como una negación al estar amparados en una razón a su juicio legítima.

100. Acto seguido, para el año 2022 la causal reaparece en los cuatro trimestres reflejando el 1.9% de las negaciones para el primer trimestre, 7.9% para el segundo, 7.6% para el tercero y 0.92% para el cuarto y finalmente para 2023 ya no se encuentra reflejada. En este sentido, si bien resulta importante señalar que el Ministerio de Salud y Protección Social avanzó en la estructuración de los informes, pues en cumplimiento del Auto 439 de 2021 desagregó aquellos servicios prescritos a través de Mipres que no fueron suministrados con fundamento en “causas de no entrega” definidas en los anexos técnicos de las resoluciones 1885 y 2438 de 2018, también que se advierte que la causal “otras razones” siguió reflejándose en los informes posteriores aunque cada vez en menor porcentaje.

101. Finalmente, del contenido de los informes la Corte observa que el motivo de negación Mipres relativo a *“Tecnología[s] incluida[s] en el Plan de Beneficios en Salud”*, relacionado en el Anexo Técnico para el Reporte de Información – Suministros Causa De No Entrega<sup>102</sup>, es una causal persistente y significativa para

<sup>102</sup> Resolución 1885 de 2018

los años 2020, 2021 y 2022 y primeros trimestres de 2023, aunque para este último año se evidencia una disminución en el número de negaciones y el consecuente descenso en el posicionamiento de las causales, tal como se presenta en el siguiente cuadro:

Trimestre	Número de negaciones	Causal - Tecnología[s] incluida[s] en el Plan de Beneficios en Salud
I trimestre de 2020	9.605	3ra causal
II trimestre de 2020	8.712	3ra causal
III trimestre de 2020	11.065	3ra causal
IV trimestre de 2020	12.876	3ra causal
I trimestre de 2021	6.986	3ra causal
II trimestre de 2021	No reportó	No reportó
III trimestre de 2021	No reportó	No reportó
IV trimestre de 2021	15.520	2da causal
I trimestre de 2022	1.153	7ª causal
II trimestre de 2022	671	7ª causal
III trimestre de 2022	435	8ª causal
IV trimestre de 2022	306	8ª causal
I trimestre de 2023	409	10ª causal
II trimestre de 2023	328	12ª causal

102. No obstante y en aras de su relevancia e impacto dentro de los datos analizados, la Sala encuentra oportuna la ocasión para requerir al MSPS una explicación en torno a la mencionada causal, pues resulta aplicable dentro de las “causas de no entrega totales” respecto a las categorías de medicamentos, procedimientos y dispositivos médicos, pero no se cuenta con una descripción puntual del motivo de negación que permita determinar qué servicios o tecnologías se encuentran allí inmersos.

103. En virtud de lo anterior, se concluye que nuevamente los informes entregados por el Ministerio están incompletos, carecen de consistencia y generan confusión a las entidades destinatarias de los registros, toda vez que aquellos correspondientes al I y II trimestre de 2020, entregados a la Corte en cumplimiento del Auto 439 de 2021, son diametralmente distintos en las cifras y las causales en relación con los primeros, sin que se exponga una justificación para ello.

104. Además, el MSPS refiere que la disminución de más del 90% en las negaciones para los periodos restantes del año 2020 y los cuatro trimestres del 2021, pudo deberse a la omisión de consignar aquellas negaciones amparadas por “causas legítimas”, esto, desatendiendo que la Sala Especial ya había precisado que “las EPS han debido reportar los servicios negados, ya sea que su falta autorización hubiere sido legítima o ilegítima, sin que hasta el momento la Sala haya modificado tal indicación<sup>103</sup>”, situación que afecta la labor de los entes de control, dado que no cuentan con insumos de calidad que les permita adoptar medidas tendientes a superar la falla estructural que dio lugar a la emisión de la orden décima novena.

105. Así las cosas, la Sala Especial considera que, si bien el MSPS cumplió con la orden de rehacer los informes correspondientes a los cuatro trimestres del 2020 y primer trimestre del 2021 solicitados en el literal d) de la parte resolutoria del Auto

<sup>103</sup> F.j. 60 auto 439 de 2021.

439 de 2021, y anexó a ellos la información relativa a las tecnologías (Mipres)<sup>104</sup>, la información allegada no arroja confianza en su integridad, pues se presentan modificaciones sustanciales tanto en cifras como en causales respecto a la reformulación de los trimestres de 2020, y en relación con los reportes de negaciones PBS UPC (i) se reporta una disminución de las negaciones de más del 90% para el año 2021 sin que medie razón para ello y, (ii) se incrementan para el año 2022 en un 292% y finalmente respecto al primer y segundo trimestre de 2023, en un 603%<sup>105</sup> con una justificación inválida por parte del ente ministerial respecto a los dos primeros años, al no reflejar en los reportes la totalidad de las negaciones, contraviniendo así lo dispuesto en el auto de valoración anterior, pues es deber de las EPS reportar todos los servicios negados independientemente de su origen.

106. En conclusión, la Corte encuentra que, si bien se implementaron medidas para reportar aquellos servicios y tecnologías PBS tramitados a través de Mipres, en atención a lo ordenado en el Auto 439 de 2021, no se acreditaron resultados de estas. Por el contrario, la Sala evidenció que a la fecha no se cuenta con información de calidad respecto al universo de negaciones, toda vez que persisten en la sombra aquellas derivadas de la falta de oportunidad en la dispensación de servicio o tecnología.

#### *Cumplimiento de las órdenes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud*

107. En el Auto 411 de 2015 la Corte le ordenó a la Superintendencia Nacional de Salud que: (i) iniciara las diligencias correspondientes contra las EPS que no habían remitido el registro de negaciones o no lo han hecho oportunamente y aplicara las sanciones previstas en la Ley 1438 de 2011; (ii) investigara las razones por las cuales se presentaron las negaciones de servicios incluidos en el POS hoy PBS; (iii) reportara en su página web trimestralmente las actuaciones iniciadas y medidas implementadas con ocasión de los hallazgos contenidos en los registros de negación de servicios.

108. Reseñado lo anterior, la Sala debe destacar que a la fecha la Superintendencia Nacional de Salud en el marco de la directriz décimo novena<sup>106</sup>, ha presentado informes en los que reporta los datos requeridos por esta corporación<sup>107</sup>, advirtiéndose que esa entidad ha iniciado investigaciones en contra de las entidades de salud por la negación de servicios, detallándose en los mismos el sujeto objeto de investigación, el motivo de la apertura, el estado en que se encuentra y las sanciones impuestas.

---

<sup>104</sup> Numeral segundo, literal (d) auto 439 de 2021: Se asegure que los informes de servicios negados elaborados registren la totalidad de las negaciones independientemente de si se cuenta o no con fundamento normativo. En tales informes se deben especificar todas las tecnologías: (i) negadas por las EPS y no prescritas a través de Mipres; (ii) que pese a tramitarse a través de Mipres no pudieron prescribirse por medio de esta plataforma; (iii) prescritas a través de Mipres y no autorizadas o con respuesta de causa de no entrega y, (iv) negadas por la Junta de Profesionales de la Salud. Ese reporte debe hacerse sin importar que la no autorización o falta de entrega tenga una justificación normativa.

<sup>105</sup> Realizando un comparativo entre los trimestres del año 2021 y 2022 se obtienen los siguientes incrementos: I trimestre: 3376%, II trimestre: 2976%; III trimestre: 1901% y IV trimestre: 4616%. Ver página 29.

<sup>106</sup> En los Autos 411 de 2015 y 122 de 2019 la Sala Especial le ordenó a la SNS informar trimestralmente las acciones adoptadas frente a las EPS que omitan la obligación de reportar los servicios negados, así como las adelantadas a aquellas que niegan o dilatan el suministro de tecnologías en salud cubiertas por el PBS

<sup>107</sup> Ordinal tercero, literal b) auto 122 de 2019.

109. Por lo anterior, se concluye que la Superintendencia no solo ha realizado las investigaciones respectivas conforme lo ha dispuesto esta Corporación, sino que también ha presentado los informes que dan cuenta de esa labor, atendiendo de esa forma las directrices impartidas.

***(iii) La devolución del dinero correspondiente a la prima pagada por usuario (UPC), durante el mes en que el usuario sufra la barrera en la prestación de servicios PBS.***

110. La obligación de obtener el reintegro de la UPC pagada por usuario durante el mes en que éste hubiese sufrido la barrera en la prestación de los servicios PBS UPC, surgió en virtud de los autos 411 de 2015 y 122 de 2019<sup>108</sup>. Es a partir de ello, que el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1716 de 2019, donde estableció el procedimiento de reintegro de los recursos del SGSSS apropiados o reconocidos sin justa causa<sup>109</sup>.

111. Preciado lo anterior y al revisar los informes presentados, la Sala observa que después de proferido el Auto 439 de 2021 se desplegaron gestiones tendientes a iniciar los trámites de devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario durante el mes en que este sufrió la barrera. Así, para el año 2021 se desagrega la siguiente información:

(1) En el informe del primer trimestre de 2021 se indicó que el 24 de mayo de 2021<sup>110</sup> se requirió a las distintas EPS que conforme al registro de negaciones, reportaron servicios y tecnologías en salud PBS-UPC como negados, a efectos de que ejercieran el derecho a la defensa, debido proceso y contradicción, respecto de las negaciones por ellas reportadas y allegaran a su vez el sustento y acervo probatorio que pretendieran hacer valer, otorgándoseles un término de cuarenta (40) días hábiles a partir de la comunicación.

(2) En el segundo trimestre se relacionaron cuatro comunicaciones<sup>111</sup> por medio de las cuales la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, del Ministerio de Salud y Protección Social, requirió al Director de Liquidaciones y Garantías de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, la emisión de las certificaciones que evidenciara el detalle de la cuenta bancaria dispuesta por la ADRES para el reintegro de los recursos del sistema que se llegaran a establecer bajo el procedimiento descrito en la normatividad que regula la materia.

---

<sup>108</sup> Orden que fue modulada en el 093A de 2020.

<sup>109</sup> Allí se indicó que cuando el Ministerio de Salud, la Adres o entidades territoriales detecten que se presentó una presunta apropiación sin justa causa de los recursos del SGSSS, deben iniciar en forma inmediata el procedimiento de reintegro; y para ello tienen que recopilar la información que soporte tal apropiación y remitir solicitud de aclaración, ya sea por medio electrónico o físico, a quien presuntamente haya cometido la conducta con el fin de que esclarezca el hecho evidenciado y seguir con el procedimiento establecido en los artículos 5° y 6° del mencionado acto administrativo

<sup>110</sup> A través de oficio n.° 202111200806511

<sup>111</sup> Radicado n.° 202131001128871, de 16 de julio de 2021; Radicado n.° 202131001181291, de 28 de julio de 2021; Radicado n.° 202131001181301, de 28 de julio de 2021 y Radicado n.° 202131001181241, de 28 de julio de 2021.

(3) En el tercer trimestre adujo que mediante comunicado del 25 de agosto de 2021<sup>112</sup> requirió nuevamente a la ADRES con el objetivo de que certificara para cada periodo, el valor de la UPC promedio mensual pagada por usuario, según el grupo de edad, el cual fue respondido el 31 de agosto, encontrándose a ese corte en trámite de elaboración y posterior notificación, de las solicitudes de aclaración por el presunto reconocimiento sin justa causa de los recursos del SGSSS, frente a cada una de las entidades reportantes, así:

N.º de Oficio	Entidad	Fecha de Radicación	
		EPS	ADRES
202131001369621	Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	09/09/2021	09/09/2021
202131001369651	Capital Salud EPS-S S.A.S.	09/09/2021	10/09/2021
202131001369681	Caja de Compensación Familiar de Cartagena Bolívar Comfamiliar	09/09/2021	09/09/2021
202131001369751	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y la Guajira “Dusakawi A.R.S.I.”	10/09/2021	13/09/2021
202131001369781	Nueva EPS S.A.	09/09/2021	09/09/2021
202131001369831	Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S. “Savia Salud EPS”	09/09/2021	07/10/2021
202131001608431	Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S. “Savia Salud EPS”	09/09/2021	07/10/2021
202131001369571	Asociación Indígena del Cauca “A.I.C. EPSI-I”	13/09/2021	13/09/2021
202131001369631	Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	09/09/2021	09/09/2021
202131001369691	Caja de Compensación Familiar de Cartagena y Bolívar Comfamiliar	09/09/2021	09/09/2021
202131001369701	Caja de Compensación Familiar de La Guajira “Comfaguajira”	09/09/2021	09/09/2021
202131001369771	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y la Guajira “Dusakawi A.R.S.I.”	10/09/2021	13/09/2021
202131001369801	Nueva EPS S.A.	09/09/2021	09/09/2021
202131001369881	Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S. “Savia Salud EPS”	09/09/2021	09/09/2021
202131001369601	Aliansalud EPS S.A.	10/09/2021	09/09/2021
202131001369711	Caja de Compensación Familiar del Huila “Comfamiliar”	09/09/2021	09/09/2021
202131001369821	Nueva EPS	09/09/2021	09/09/2021
202131001338651	ADRES		26/08/2021
202131001496281	MSPS		

(4) Finalmente, para el cuarto trimestre de 2021, la cartera de salud indicó que expidió los siguientes actos administrativos a través de los cuales ordenaba a las entidades prestadoras de servicios de salud (EPS – EPSI) a reintegrar a la ADRES, unos recursos en el sector salud en cumplimiento a lo ordenado por la Corte en el Auto 093A de 2020, así:

Resolución	Entidad
2402 del 30 de diciembre de 2021	Caja de Compensación Familiar- Cajacopi Atlántico
2403 del 30 de diciembre de 2021	Asociación Indígena del Cauca AIC EPS-I

<sup>112</sup> A través de oficio n.º 202131001338651.

112. Para el año 2022 los trámites adelantados por el Ministerio de Salud y Protección Social para obtener la devolución del reconocimiento de la prima PBS-UPC, se sintetizan así:

(1) En el primer trimestre se reportó la expedición de los siguientes actos administrativos:

Resolución	Entidad
1133 del 30 de junio de 2022	Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S. "Savia Salud EPS"
1136 del 30 de junio de 2022	Capital Salud EPS-S S.A.S.
1135 del 30 de junio de 2022	Caja de Compensación Familiar de Cartagena y Bolívar Comfamiliar
1137 del 30 de junio de 2022	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y la Guajira "Dusakawi A.R.S.I."

Igualmente, requirió a los Representantes Legales de la Nueva EPS S.A.<sup>113</sup>, de la Asociación Indígena del Cauca EPSI-A.I.C<sup>114</sup> y de la Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S.<sup>115</sup>, para que procedieran a realizar aclaración por el presunto reconocimiento sin justa causa de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, correspondientes al cuarto trimestre de 2021.

(2) Para el segundo trimestre del año, la cartera en salud reportó nuevamente como avances los actos administrativos reseñados en el trimestre anterior y añadió las siguientes resoluciones:

Resolución <sup>116</sup>	Entidad
1134 de 2022	Aliansalud EPS S.A.
1313 de 2022	Caja de Compensación Familiar de la Guajira- Comfaguajira.
1314 de 2022	Caja de Compensación Familiar del Huila- Comfamiliar Huila.
1315 de 2022	Nueva EPS S.A.

Además, refirió que remitió a todas las entidades de control, copia de las mencionadas disposiciones.

(3) Para el tercer trimestre indicó que (i) notificó a las EPS de los actos administrativos 1133, 1134, 1135, 1136 y 1137 de 2022, en los que se les ordena reintegrar recursos del SGSSS a la Adres; (ii) requirió a los representantes legales de la Asociación Indígena del Cauca EPSI-AIC, Nueva EPS, EPS S.O.S. S.A., para que remitieran aclaración por el presunto reconocimiento sin justa causa de los recursos correspondientes al cuarto trimestre de 2021.

(4) Respecto al último trimestre, no se aportó información adicional a la ya reseñada.

113. Partiendo de lo anterior, la Sala encuentra frente la recuperación de los dineros pagados por la UPC, que si bien se siguen tomando medidas para llevar a cabo el procedimiento de reintegro de conformidad con lo establecido en la

<sup>113</sup> A través del Oficio n.º 202231201577391 del 11 de agosto de 2022.

<sup>114</sup> A través del Oficio n.º 202231201577751 del 11 de agosto de 2022.

<sup>115</sup> A través del Oficio n.º 202231201577901 del 11 de agosto de 2022.

<sup>116</sup> En este trimestre referencia las fechas de los actos administrativos únicamente con el año, sin fecha específica.

Resolución 1716 de 2019<sup>117</sup>, que ha culminado con la expedición de actos administrativos en firme en los que se ordena a varias EPS la devolución de los dineros pagados sin justa causa, actualizados de acuerdo con la variación del IPC, respecto de los servicios de salud PBS-UPC reportados como negados en cada una de las vigencias, ello no demuestra resultados toda vez que de la información entregada a la Corte no se advierte la efectiva ejecución de esos actos administrativos, lo cual materializaría el ingreso de los dineros nuevamente a las arcas de la Adres.

114. Lo anterior entonces evidencia que desde la notificación del Auto 439 de 2021, en el que se indicó que no se advertían resultados frente a este componente, no se tomaron acciones al respecto, llegando nuevamente al punto en el que se refleja falta de diligencia e inactividad por parte del MSPS para cumplir a cabalidad y de manera efectiva tal directriz.

115. Por ello, se hace necesario que la Sala Especial, requiera al MSPS para que dentro de los informes trimestrales siguientes a la expedición de la presente providencia, indique, no solamente el trámite administrativo efectuado en virtud de obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario durante el mes en que hubiere sufrido la barrera en la prestación de servicios PBS UPC (histórico de los reembolsos solicitados), sino que también especifique los dineros que efectivamente fueron recuperados, así como si ha desplegado otro tipo de actuaciones como mesas de trabajo, conciliaciones, cobros coactivos o demandas ejecutivas en los procesos que ya fueron iniciados.

116. En virtud de lo señalado la Sala concluye que, si bien el procedimiento adoptado sigue siendo una medida conducente frente al propósito de la orden, persiste la falta de resultados, pues la información recopilada no permite evidenciar las sumas de dinero efectivamente reintegradas.

### **Nivel de cumplimiento**

117. La Corte debe precisar que el propósito principal de la orden décima novena es la creación de un registro de servicios negados por parte de las EPS. Partiendo de allí, concluye este Tribunal que, si bien se han implementado algunas medidas por parte del MSPS, ellas no permiten evidenciar resultados que conlleven a la superación de la problemática estructural que dio origen al mandato emitido, por lo que hay lugar a decretar el nivel de **cumplimiento bajo**, de conformidad con lo establecido en el Auto 411 de 2015. Lo anterior toda vez que:

118. (i) no se emitió una nueva normativa como lo ordenó esta Sala en el Auto 122 de 2019 reiterado en el Auto 439 de 2021 en la que se determinen los tiempos máximos de atención en virtud de los cuales los servicios en salud deben ser proveídos y el registro persiste en omitir los datos respecto de los servicios no suministrados en forma oportuna pese a ser autorizados, pues el reporte creado a través de la Resolución 3539 de 2019 no arroja esa información, así como tampoco el creado con anterioridad, a través de la Resolución 256 de 2016.

---

<sup>117</sup> Artículos 5, 6 y 7.

119. Además, no se creó el mecanismo de alarmas que se active ante el registro de una negación de un servicio PBS, situación que le ha sido puesta de presente al MSPS desde el año 2015, lo que nuevamente impide que la Sala estudie el comportamiento de las negaciones tácitas, y además, que se constató que en la actualidad se relacionan los mismos indicadores trazadores de los años anteriores.

120. Finalmente, frente a este componente, se puntualiza que el deber de entrega de informes por parte de las EPS, la validación de datos del registro; los términos de atención de conformidad con los parámetros de eficacia y oportunidad y, el reporte de las negaciones de servicios a través de Mipres, son todos temas atados al registro de negaciones, el cual como ya se advirtió, no es completo en virtud que únicamente relaciona las negaciones expresas. Por eso, aunque en varios de estos puntos la Sala encontró medidas, de ellas no es posible derivar resultados, pues los acreditados corresponden a los producidos en atención de la norma anterior, por lo que la Corte advierte que para ser analizados y decretarse una mejoría deben implementarse dentro de la nueva normativa.

121. *(ii)* En relación con la presentación de los informes, el contenido material de los reportes, las negaciones Mipres y el cumplimiento de las órdenes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, la Sala Especial concluye que nuevamente los reportes suministrados por la cartera de salud están incompletos, carecen de confiabilidad y consistencia, pues tampoco se ha logrado que la entrega de los informes por parte del MSPS se realice en los tiempos establecidos por la Corte para ello; y se evidencia una omisión de reporte respecto a las negaciones con fundamento normativo.

122. *(iii)* Por último, en relación con el procedimiento ejecutado para obtener el reintegro de la UPC pagada por usuario durante el mes en que éste hubiese sufrido la barrera en la prestación de los servicios PBS UPC, persiste la falta de resultados evidenciada en el Auto 439 de 2021, pues no se reporta con exactitud la suma de dinero que se pretende recuperar, ni cuáles montos efectivamente han ingresado a la cuenta de recobro.

### **Directrices por impartir**

123. Atendiendo al nivel de cumplimiento definido y ante la necesidad de que se superen las fallas estructurales que dieron origen al mandato analizado, esto es, garantizar el acceso a todos los servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) se impartirán las siguientes órdenes:

Ministerio de Salud y Protección Social:

a) Dé cumplimiento a lo ordenado en el literal a) del Auto 122 de 2019<sup>118</sup> y a) del Auto 439 de 2021, y se emita dentro de los treinta (30) días siguientes a la

---

<sup>118</sup> Especialmente en lo atinente a la generación de información de aquellos servicios que a pesar de haber sido autorizados no fueron suministrados en forma oportuna y en incorporar un mecanismo de alarmas que se active ante el registro de una negación de un servicio PBS, mediante el cual se le notifique vía correo electrónico a la dirección que para tal efecto dispongan la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la

notificación del presente auto un cronograma en el que dé a conocer las acciones que implementará para (i) expedir la normativa que regule el registro de negaciones en los regímenes contributivo y subsidiado, de forma que permita generar información acerca de la negación de los servicios cubiertos por el PBS, así como de aquellos que a pesar de haber sido autorizados no son suministrados en forma oportuna y, (ii) diseñar el mecanismo de alarmas que se active ante el registro de negación de un servicio PBS, mediante el cual se le notifique vía correo electrónico a la dirección que para tal efecto dispongan las autoridades que en el marco de sus competencias determinen las responsabilidades de los representantes de las EPS o EOC<sup>119</sup> que incurran en la práctica de negaciones, teniendo en cuenta que el plazo máximo para ello no podrá exceder de seis (6) meses y la implementación de la misma deberá llevarse a cabo en un término igual.

b) Mantenga el porcentaje de los registros validados frente al universo de las negaciones al interior del SGSSS en un 100% conforme se ordenó en el Auto 439 de 2021.

c) Cumpla con lo ordenado en el ordinal segundo, literal d) del Auto 439 de 2021 y se asegure que en los informes elaborados de servicios negados se registren la totalidad de las negaciones independientemente de si se cuenta o no con fundamento normativo.

d) Indique a la Sala el contenido de la causal “*Tecnología[s] incluida[s] en el Plan de Beneficios en Salud*”.

e) En los informes trimestrales siguientes a la expedición de este auto incluya, un acápite que contenga no solamente el trámite administrativo efectuado en virtud de obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario durante el mes en que hubiere sufrido la barrera en la prestación de servicios PBS UPC (histórico de los reembolsos solicitados), sino también se especifique los dineros que efectivamente fueron recaudados.

Superintendencia Nacional de Salud:

a) Continúe informando trimestralmente las acciones adoptadas frente a las EPS que omitan la obligación de reportar los servicios negados, así como las adelantadas a aquellas que niegan o dilatan el suministro de tecnologías en salud cubiertas por el PBS, dando cumplimiento a lo ordenado en los autos 411 de 2015, 122 de 2019 y 439 de 2021.

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

### III. RESUELVE

---

República y la Fiscalía General de la Nación, estas entidades deben actuar en el marco de sus competencias para determinar las responsabilidades de los representantes de las EPS o EOC que incurran en esa práctica (en concordancia con el numeral XI del considerando 10.1. del auto 411 de 2015).

<sup>119</sup> Entidades Obligadas a Compensar.

**PRIMERO.** Declarar el **cumplimiento bajo** de la orden décima novena, por lo expuesto en la parte motiva de esta decisión.

**SEGUNDO.** Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que:

a) Dé cumplimiento a lo ordenado en el literal a) del Auto 122 de 2019 y a) del Auto 439 de 2021, y se emita dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación del presente auto un cronograma en el que dé a conocer las acciones que implementará para (i) expedir la normativa que regule el registro de negaciones en los regímenes contributivo y subsidiado, de forma que permita generar información acerca de la negación de los servicios cubiertos por el PBS, así como de aquellos que a pesar de haber sido autorizados no son suministrados en forma oportuna y, (ii) diseñar el mecanismo de alarmas que se active ante el registro de negación de un servicio PBS, mediante el cual se le notifique vía correo electrónico a la dirección que para tal efecto dispongan las autoridades que en el marco de sus competencias determinen las responsabilidades de los representantes de las EPS o EOC que incurran en la práctica de negaciones, teniendo en cuenta que el plazo máximo para ello no podrá exceder de seis (6) meses y la implementación de la misma deberá llevarse a cabo en un término igual.

b) Mantenga el porcentaje de los registros validados frente al universo de las negaciones al interior del SGSSS en un 100% conforme se ordenó en el Auto 439 de 2021.

c) Reiterar lo ordenado en el ordinal segundo, literal d) del Auto 439 de 2021 y se asegure que en los informes elaborados de servicios negados se registren la totalidad de las negaciones independientemente de si se cuenta o no con fundamento normativo.

d) Indique a la Sala el contenido de la causal "*Tecnología[s] incluida[s] en el Plan de Beneficios en Salud*".

e) En los informes trimestrales siguientes a la expedición de este auto incluya, un acápite que contenga no solamente el trámite administrativo efectuado en virtud de obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario durante el mes en que hubiere sufrido la barrera en la prestación de servicios PBS UPC (histórico de los reembolsos solicitados), sino también se especifique los dineros que efectivamente fueron recaudados.

**TERCERO.** Instar a la SNS para que continúe informando trimestralmente las acciones adoptadas frente a las EPS que omitan la obligación de reportar los servicios negados, así como las adelantadas a aquellas que niegan o dilatan el suministro de tecnologías en salud cubiertas por el PBS.

**CUARTO.** Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones correspondientes, acompañando copia integral de este auto.

Notifíquese, publíquese y cúmplase.



JOSE FERNANDO REYES CUARTAS  
Magistrado



VLADIMIR FERNÁNDEZ ANDRADE  
Magistrado



ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO  
Magistrado



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: **869e5d5eee9455d7a10925032e0c915650fc41460463eabaf93835b85de9af6a**

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