

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL

Auto 109 de 2021

Referencia: valoración de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia T-760 de 2008.

Asunto: Suficiencia de la UPC.

Magistrado Sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D. C., diez (10) de marzo de dos mil veintiuno (2021)

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 impartidas en la misma, integrada por los magistrados Alejandro Linares Cantillo, 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 emitió diferentes órdenes con la finalidad de que las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud¹ adoptaran las medidas necesarias para corregir las fallas estructurales identificadas al interior del mismo con ocasión del análisis de los casos concretos acumulados en esa providencia.
2. La Corte advirtió que la desigualdad entre las coberturas de ambos regímenes vulneraba el derecho a la salud de los afiliados al régimen subsidiado², especialmente en el caso de los niños, por lo cual, en el numeral vigésimo primero de la citada providencia ordenó a la Comisión de Regulación en Salud³:

“[U]nificar los planes de beneficios para los niños y las niñas del régimen contributivo y del subsidiado, medida que deberá adoptarse antes del 1 de octubre de 2009 y deberá tener en cuenta los ajustes necesarios a la UPC subsidiada de los niños y las niñas para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura. En caso de que para esa fecha no se hayan adoptado las medidas necesarias para la

¹ En adelante también SGSSS.

² En adelante también RS.

³ En adelante también CRES.

unificación del plan de beneficios de los niños y las niñas, se entenderá que el plan obligatorio de salud del régimen contributivo cubre a los niños y las niñas del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

Un informe sobre el proceso de cumplimiento de esta orden deberá ser remitido a la Corte Constitucional antes del 15 de marzo de 2009 y comunicado al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y a la Defensoría del Pueblo.

En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada para el 1° de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”

3. Por esta misma línea, para lograr la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios de los mayores de edad, en el ordinal vigésimo segundo dispuso:

“Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente.

El programa de unificación deberá adicionalmente (i) prever la definición de mecanismos para racionalizar el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas y sin que se impida el acceso a servicios de salud requeridos e, (ii) identificar los desestímulos para el pago de cotizaciones por parte de los usuarios y (iii) prever la adopción de las medidas necesarias para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen, y que a quienes pasen del régimen subsidiado al régimen contributivo se les garantice que pueden regresar al subsidiado de manera ágil cuando su ingreso disminuya o su situación socioeconómica se deteriore.

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

En la ejecución del programa y el cronograma para la unificación de los planes de beneficios, la Comisión ofrecerá oportunidades suficientes de participación directa y efectiva a las organizaciones que representen los intereses de los usuarios del sistema de salud y de la comunidad médica. En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada para el 1 de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”

4. Una vez estudiadas las medidas y acciones relacionadas por el Ministerio de Salud y Protección Social⁴ para dar cumplimiento a los mandatos referidos, se profirieron los autos 261 y 262 de 2012, en los que se decretó el incumplimiento parcial y el cumplimiento parcial, respectivamente.

5. En el primero de ellos⁵ la Sala concluyó que había sido expedida la normatividad que unificó los planes de beneficios para toda la población⁶; sin embargo, identificó que (i) no se adoptaron medidas para racionalizar el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios; (ii) no se evidenciaron acciones dirigidas a prevenir la evasión y elusión de aportes en salud; (iii) no se observaron acciones tendientes a facilitar el tránsito entre regímenes; y (iv) no se acreditó la participación activa de los afiliados y la comunidad médica en la ejecución del programa y cronograma fijados para unificar el entonces POS. Por esta razón decretó el cumplimiento parcial del ordinal vigésimo segundo y dispuso que el Ministerio de Salud y Protección Social y la entonces CRES, en el término de seis meses dieran cumplimiento a algunos requerimientos de la orden vigésima segunda. En concreto estableció en el numeral segundo de la parte resolutive:

“1. Adelante las investigaciones tendientes a evidenciar con qué frecuencia se requiere en nuestro país llevar a cabo los diferentes estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc. 2. Actualice los estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc. 3. Establezca medidas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios de salud, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas y sin que se impida el acceso a servicios de salud requeridos. 4. Reglamente las medidas adoptadas para prevenir y evitar la evasión y elusión en el pago de la cotización obligatoria en salud, especialmente las contenidas en las leyes 1393 de 2010, 1438 y 1450 de 2011. 5. Adopte medidas (a priori) para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen en el SGSSS. 6. Adopte medidas que faciliten el tránsito entre regímenes, para aquellas personas que así lo requieran por la variación de sus ingresos económicos. Para acreditar el cumplimiento de estos presupuestos, deberán remitir un informe bimensual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación, con copia a esta Sala Especial de Seguimiento, en el que se evidencie el avance en cada uno de estos aspectos. El primero de dichos informes deberá allegarse antes del 1 de diciembre de 2012.”

6. Teniendo en cuenta que en las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia T-760 de 2008 se dispuso, además de la unificación del POS en ambos regímenes -hoy PBS-, que la ampliación de la cobertura fuera sostenible, esta Sala se pronunció sobre el particular en los referidos autos, en los cuales se dio alcance a las órdenes principales, con la finalidad de equiparar la UPC en ambos regímenes.

⁴ En adelante también MSPS, el ente ministerial, el Ministerio, la cartera de salud.

⁵ Auto 261 de 2012 relacionado con el mandato vigésimo segundo.

⁶ Acuerdo 04 de 2009: unifica el POS para los niños de 0 a 12 años. // Acuerdo 011 de 2010: unifica el POS para menores de 18 años. // Acuerdo 027 de 2011: unifica el POS para los adultos de 60 y más años. // Acuerdo 032 de 2012: unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años.

7. Primordialmente, la Sala analizó las razones invocadas por el regulador para mantener un valor de la UPC-S inferior al fijado para el régimen contributivo⁷, y las consideró “*controvertibles, especialmente por cuanto la deficiencia en las fuentes de datos ha sido denunciada en reiteradas ocasiones por organismos del SGSSS, entre ellos por la misma CRES*”.

8. Observó la ausencia de justificaciones y/o soportes técnicos o de cualquier orden, para aceptar a la luz de la Constitución la fijación de una UPC diferencial entre ambos regímenes, especialmente cuando por un menor valor se pretende la prestación del mismo catálogo de servicios y en condiciones idénticas de equidad, oportunidad y calidad.

9. En consecuencia, ordenó en los citados autos⁸ elaborar “*la metodología apropiada para establecer la suficiencia de la UPC-C y de la UPC-S, que [debía] fundarse en estudios que [demostrarán] contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del [entonces] POS unificado [pudieran] prestarse eficiente y oportunamente por las EPS-S en las mismas condiciones de calidad que las EPS contributivas, garantizando el equilibrio financiero para tales entidades. Así mismo [debían] diseñar un sistema de información que [permitiera] lograr un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el SGSSS.*”

10. Posteriormente la Sala profirió el auto 411 de 2016 mediante el cual declaró el cumplimiento alto de los mandatos específicos impartidos en el numeral segundo del auto 261 de 2012⁹ con fundamento en que el ente ministerial adoptó numerosas medidas conducentes a cumplir con el objetivo de lo dispuesto por esta Corporación, no obstante, evidenció que aún persistían algunos aspectos que precisaban ser solucionados y consideró necesario suspender el seguimiento por parte de la Corte y que la continuación de la verificación de la política pública a la que se circunscribe este mandato fuera entregada a la Procuraduría¹⁰.

⁷ En adelante también RC.

⁸ Al Ministerio de Salud, al de Hacienda y Crédito Público, a la CRES y al Departamento Nacional de Planeación. Cfr. numeral tercero del auto 261 de 2012 y segundo del auto 262 de la misma anualidad.

⁹ Las órdenes son las siguientes: “*Segundo. Ordenar al Ministerio [...] y a la [CRES] que, en el término de seis (6) meses, dé cumplimiento a los siguientes requerimientos de la orden vigésimo segunda: 1. Adelante las investigaciones tendientes a evidenciar con qué frecuencia se requiere en nuestro país llevar a cabo los diferentes estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc. 2. Actualice los estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc. 3. Establezca medidas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios de salud, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas y sin que se impida el acceso a servicios de salud requeridos. 4. Reglamente las medidas adoptadas para prevenir y evitar la evasión y elusión en el pago de la cotización obligatoria en salud, especialmente las contenidas en las leyes 1393 de 2010, 1438 y 1450 de 2011. 5. Adopte medidas (a priori) para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen en el SGSSS. 6. Adopte medidas que faciliten el tránsito entre regímenes, para aquellas personas que así lo requieran por la variación de sus ingresos económicos. Para acreditar el cumplimiento de estos presupuestos, deberán remitir un informe bimensual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría [...], con copia a esta Sala Especial de Seguimiento, en el que se evidencie el avance en cada uno de estos aspectos. El primero de dichos informes deberá allegarse antes del 1 de diciembre de 2012.*”

¹⁰ Para que en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales verificara que el Ministerio de Salud [...] :“(i) [continuará] adelantando las investigaciones [...] para determinar la frecuencia que se requiere para la realización de los estudios y encuestas establecidos en la Agenda Programática Nacional de estudios Poblacionales en Salud; (ii) [continuará] actualizando los estudios y encuestas de conformidad con lo establecido en la Agenda Programática Nacional de estudios Poblacionales en Salud; (iii) [reglamentará] las disposiciones concernientes para definir los mecanismos idóneos dirigidos a controlar el adecuado y racional

11. En concreto, al analizar uno a uno el cumplimiento de los puntos contenidos en la orden segunda del auto 261, la Sala encontró demostrado que el ente ministerial avanzó significativamente en la adopción de medidas tendientes a evidenciar la frecuencia con la que se requería llevar a cabo los estudios de cambios de estructura en la población, perfil epidemiológico y carga de la enfermedad; en segundo lugar reconoció el interés y las acciones desplegadas por el Ministerio para mantener actualizados los estudios poblacionales en salud.

12. Así mismo, evidenció la implementación de medidas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud fueran atendidas y sin que se impidiera el acceso a los servicios requeridos, entre otras con la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la inclusión en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 de la adecuación de un modelo de atención centrado en el paciente y acorde con las necesidades de cada región, la asistencia técnica de los *“procesos de planeación y gestión de la oferta pública de servicios de salud para la respuesta adecuada a la demanda de servicios de salud, a través de la reorganización y rediseño de las redes de Empresas Sociales del Estado, de la inversión pública en salud en infraestructura y dotación de equipos especiales, y de implementación de recursos para prestación del servicio de salud en lugares apartados y donde solo existe acceso por medio de transporte marítimo, fluvial o aéreo”* y la expedición de la Resolución 429 de 2016 a través de la cual se adoptó la Política de Atención Integral en Salud - PAIS- que buscaba generar las mejores condiciones de la salud de la población.

13. No obstante, también determinó que era importante regular algunos aspectos relacionados con las cuotas moderadoras y los copagos y sobre el servicio de urgencias.

14. Además, la Sala evidenció que el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, trabajaron conjuntamente con la UGPP, implementaron medidas que arrojaron avances significativos para prevenir y evitar la evasión y elusión en el pago de la cotización obligatoria en salud, al igual que para aumentar el número de personas aportantes.

15. De igual manera se pronunció sobre las órdenes conjuntas impartidas en los numerales tercero y cuarto del auto 261 de 2012, y segundo y tercero del auto 262 de 2012 y declaró el cumplimiento medio al concluir que el sistema de información implementado por el Ministerio de Salud no contaba con datos sólidos y confiables.

16. En dichos mandatos se ordenó al Ministerio de Salud, al de Hacienda, a la CRES y al Departamento Nacional de Planeación¹¹, que elaboraran la

uso de los servicios y tecnologías en salud; (iv) [continuar] adoptando las medidas normativas y de fiscalización, necesarias para prevenir y evitar la elusión y evasión del pago en la cotización obligatoria de salud, así como para estimular que quienes tienen capacidad económica efectivamente coticen al sistema; [y] (v) [reglamentar] las disposiciones concernientes para contrarrestar las barreras administrativas u obstáculos que puedan llegar a presentarse en el tránsito entre regímenes.”

¹¹ En adelante también DNP.

metodología apropiada para establecer la suficiencia de la UPC en ambos regímenes, que debía fundarse en estudios que demostraran contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del entonces POS unificado podrían prestarse eficiente y oportunamente por las Entidades Promotoras de Salud¹² del régimen subsidiado en las mismas condiciones de calidad que las del régimen contributivo, garantizando el equilibrio financiero para tales entidades. Así mismo, debían diseñar un sistema de información que permitiera lograr un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el SGSSS. Además, dispuso que hasta tanto se diera cumplimiento a lo descrito, se entendería que, a partir de la fecha de expedición de dicha providencia, el valor de la UPC-S sería igual al establecido para la UPC del régimen contributivo.

17. Aunque evidenció que se adoptaron algunas medidas conducentes, se entregaron los resultados y estos reflejaron avances en la implementación de la política pública, los mismos no fueron suficientes y se mostraron parciales para superar la falla estructural, en el sentido de que seguían presentándose falencias en el reporte de información por parte de una de las fuentes principales. En atención a esto, señaló:

“Bajo ese entendido, a juicio de la Corte aún falta que el Ministerio de Salud [...] adopte medidas, como ente regulador, para consolidar un adecuado sistema de información en el cual las EPS del régimen subsidiado reporten los datos con la misma calidad que lo hacen las del contributivo, esto es, que funcione de manera efectiva la recolección, transferencia y difusión de dicha información.”¹³

18. Igualmente, encontró que la metodología implementada por el Ministerio de Salud para establecer la suficiencia de la UPC presentaba serios inconvenientes y no daba lugar a demostrar que la prima fijada para las EPS fuera suficiente para la prestación efectiva de los servicios de salud, lo que no permitió superar la falla estructural identificada.¹⁴

19. Por lo descrito, en el numeral quinto de la parte resolutive ordenó al Ministerio de Salud:

“(i) Adoptar las medidas necesarias y emitir la reglamentación que considere pertinente para solucionar las deficiencias del sistema de información, de manera tal que permita: a) mejorar la calidad de la información reportada por las EPS del régimen subsidiado, con el fin de que la misma sea representativa en la definición de la Unidad de Pago por Capitación; b) considerar dentro del sistema de información las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades reales de la población; c) solucionar la deficiencia de los datos provenientes de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del régimen subsidiado, según lo expuesto en la parte considerativa de este Auto. Para ello, deberá allegar un informe semestral sobre la implementación de las medidas y la reglamentación correspondiente.

¹² En adelante también EPS.

¹³ Cfr. Pág. 96 del auto 411 de 2016.

¹⁴ Cfr. Pág. 103 del auto 411 de 2016.

(ii) Adoptar las medidas necesarias y emitir la reglamentación que considere pertinente para que el porcentaje de equiparación de la UPC aumente el porcentaje de equiparación a la meta del 95 % señalada por el Gobierno. Para ello, deberá allegar un informe semestral sobre la implementación de las medidas y la reglamentación correspondiente.

(iii) Informar, con una periodicidad de 6 meses, los cambios y resultados obtenidos con la implementación de la prueba piloto implementada en la Resolución 5968 de 2014.

(iv) Fijar un cronograma en el cual se indique la periodicidad con la cual se acreditará lo ordenado en los ítems precedentes, el cual deberá ser presentado a esta Corporación en el término máximo de un mes contado a partir de la notificación de esta providencia.

(v) Garantizar a través de la regulación que sea expedida para el efecto y de la implementación de la política pública pertinente que la definición de la Unidad de Pago por Capitación para ambos regímenes alcance el nivel de suficiencia necesario para financiar el nuevo POS, esto es, de forma que cubra todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados dentro del plan de beneficios, y que permita garantizar el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible. Lo anterior, sin olvidar que no puede sacrificar la prestación y la efectividad del derecho a la salud, so pretexto de la sostenibilidad financiera.”

20. De igual forma, ordenó a la Contraloría General de la República¹⁵ y a la Superintendencia Nacional de Salud¹⁶ iniciar investigaciones en relación con algunas situaciones y la suficiencia de la UPC en ambos regímenes.

21. Posteriormente, mediante auto de fecha 5 de julio de 2018 la Sala pidió a varias autoridades reportar sobre los avances obtenidos en el acatamiento de todas las órdenes emitidas en el fallo estructural, en virtud de lo cual la Procuraduría¹⁷, la Defensoría del Pueblo¹⁸ y el Minsalud¹⁹ remitieron documentos en los que se refirieron a los mandatos vigésimo primero y vigésimo segundo.

22. Por su parte, la Procuraduría General de la Nación expuso como resultados obtenidos, los avances en la equiparación de la UPC que se hicieron evidentes en las decisiones tomadas para la vigencia de 2018 aplicables a los dos regímenes. Señaló que el MSPS no solo “igualó el incremento de la UPC y la prima adicional por zona alejada, sino que ordenó un favorecimiento en las

¹⁵ Orden sexta: “(i) verificar que las EPS están destinando de manera adecuada los recursos del sistema de salud; (ii) verificar si existe un nexo causal entre el detrimento patrimonial de las EPS y el valor de la prima asignada a cada una de esas entidades, con el fin de determinar si el primero es consecuencia de la insuficiencia de la UPC. Esto deberá hacerse respecto de cada una de las EPS de ambos regímenes, en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud; (iii) allegar un informe trimestral sobre las acciones adelantadas.”

¹⁶ Orden séptima.

¹⁷ Cfr. AZ-Q, orden XXIV. Documento remitido el 27 de julio de 2018 en respuesta al auto de 5 de julio de 2018. Págs. 45 a 49.

¹⁸ Documento del 1 de agosto de 2018 págs. 23 a 25.

¹⁹ Cfr. AZ-Q, orden XXIV folios 27-44. Documento de fecha 3 de agosto de 2018 págs. 47 a 65.

condiciones de la prestación de los servicios de salud” en el RS. De igual modo, anotó que se fortalecieron por parte del ente ministerial los sistemas de información para el aseguramiento en el SGSSS; que para las vigencias de 2014, 2015 y 2016 se implementó la prueba piloto de igualación de primas puras del régimen contributivo al subsidiado y que fue ampliada hasta el 2018; sobre las barreras de acceso explicó que a partir de las fuentes de información utilizadas el Ministerio conoce las necesidades en salud, formula indicadores asociados a estas y a las barreras de acceso que le conducen al análisis de resultados y toma de decisiones; sobre la deficiencia de los datos aludió a que la prueba piloto era una fuerte generadora de información.

23. Sobre la emisión de reglamentación para *“equiparar el porcentaje de igualación”* dijo que el Ministerio no había encontrado evidencia que expresara un plan de equiparación de dicho porcentaje. Finalmente resaltó que el ente ministerial entregó el cronograma solicitado en el auto 411 de 2016.

24. La Defensoría del Pueblo enlistó como acciones adelantadas por el MSPS la creación del Mipres como una herramienta para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos del aseguramiento colectivo. Anotó que a través del Sistema General de Participaciones se garantiza la prestación de los servicios no cubiertos por la UPC de los afiliados al régimen subsidiado. Así mismo, mencionó que durante la vigencia del 2017 el Ministerio encaminó sus acciones a desarrollar el proceso de alistamiento para la implementación del marco regulatorio establecido en la Resolución 1441 de 2016.

25. De igual forma, mencionó como avance el trabajo de implementación de formas funcionales de organización, como las redes integrales de prestadores de servicios en salud, las unidades funcionales para la atención integral del cáncer y de enfermedades huérfanas. También se refirió al acompañamiento que el ente ministerial entregó a las diferentes ET y a la inversión que se ha realizado en busca del fortalecimiento de la capacidad instalada de las ESE. Como obstáculos y retrocesos evidenciados, mencionó la barrera que representa las grandes distancias entre el domicilio de los usuarios y los centros de atención, al igual que la demora en la asignación de las citas, situaciones que en su parecer ya fueron identificadas por el Ministerio; sin embargo, no observó acciones para solucionar tales problemáticas.

26. Apuntó que las órdenes 21 y 22 en cuanto a la unificación del plan de beneficios, en principio, se encontraba materializada, no obstante, la evaluación de la sostenibilidad fiscal indefectiblemente debe ser continua y permanente de conformidad con la realidad social y económica de los usuarios del sistema. Por último, consideró que es necesario caracterizar la información de los usuarios de los diferentes regímenes para poder evidenciar la atención brindada a los grupos poblacionales de protección especial, quienes requieren reiteradamente tecnologías en salud que se encuentran por fuera de las coberturas del PBS.

27. El Ministerio de Salud y Protección Social se refirió a la prueba piloto de igualación y al objetivo perseguido con la misma; a la financiación de la UPC-S al equiparar los planes de beneficios; a la definición de la UPC para la vigencia del 2018 describiendo su marco normativo, la metodología y el modo de cálculo de la prima de riesgo UPC; a los resultados en el RC y RS relacionados con los sistemas de información y los factores que inciden en el valor de la UPC. También se refirió a la UPC diferencial indígena, las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud relacionados con la fijación de la UPC para la vigencia 2018. En último lugar, enunció como un logro obtenido, la gestión tendiente a la equiparación de las primas puras de los regímenes contributivo y subsidiado en la vigencia 2017 aplicables a la del 2018.

28. A partir del último auto de valoración, la Sala recopiló información para poder efectuar un análisis sobre el estado de cumplimiento de las órdenes, emitió el auto del 11 de marzo de 2020 para solicitar respuesta a algunos interrogantes puntuales y corrió traslado de varios informes a los peritos constitucionales, atendiendo a su tecnicidad, mediante auto del 6 de noviembre de 2020. Previo a efectuar el análisis para determinar el nivel de cumplimiento de las referidas órdenes se expondrá brevemente la información referida.²⁰

Ministerio de Salud y Protección Social

29. En primer lugar, vale mencionar que el cronograma requerido por la Sala al Ministerio de Salud en el auto 411 de 2016, fue remitido por la entidad mediante documento de fecha 11 de enero de 2017, indicando la periodicidad con la cual acreditaría lo ordenado en el numeral quinto de la parte resolutive de dicha providencia²¹.

(i) En relación con las medidas y reglamentación adoptadas para solucionar las deficiencias del sistema de información.

30. Reportó que el Gobierno profirió normas dirigidas a eliminar las mismas²², como la Ley 1753 de 2015 -Plan Nacional de Desarrollo de 2014-2018-, en la que estableció que para el ejercicio de las funciones públicas tanto particulares como entidades públicas tenían que poner a disposición de quienes así lo requirieran, la información que generaran, obtuvieran, adquirieran, controlaran o suministraran en cumplimiento de su objeto misional. También fijó su postura sobre la necesidad de contar con justificación técnica para igualar las primas de los dos regímenes.²³

²⁰ Para evitar repeticiones, el contenido de los informes y documentos allegados tanto por las autoridades encargadas como por los peritos constitucionales, se expone de manera breve, general y enunciativa en el acápite de antecedentes de esta valoración, y se profundiza en el mismo en la parte considerativa únicamente de estar relacionado directamente con los mandatos en estudio.

²¹ AZ XXII G folio 3168, cronograma remitido por el MSPS.

²² AZ XXII G folio 3168, cronograma remitido por el MSPS.

²³ AZ XXII G folio 3240, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017. Planteó esta postura desde su informe del 11 de enero de 2017 y la reiteró el 2 de agosto de 2017.

a. *Calidad de la información reportada por las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado, con el fin de que la misma sea representativa en la definición de la Unidad de Pago por Capitación.*

31. La cartera de salud resaltó que para lograr la obtención de mejores datos, era importante que las EPS acreditaran la capacidad técnica y científica para soportar suficientemente toda la gestión que deben ejercer, por lo que deberían contar con los recursos tecnológicos para garantizar el tratamiento y administración de datos organizados y que puedan interactuar para la correcta gestión del riesgo que les asiste, así como para la generación de diferentes documentos requeridos por los actores del SGSSS, que se nutren de información relacionada con los usuarios, sus datos personales, su situación socioeconómica, los servicios prestados, las novedades y el control de entrega de medicamentos, entre muchos otros ítems²⁴; en conclusión, indicó que las EPS han logrado tener mejores estándares de información.²⁵

32. El ente ministerial afirmó que sus acciones buscaban que el soporte en los sistemas de información garantizara la confidencialidad, confiabilidad y seguridad que se exige en el SGSSS incluyendo firmas digitales²⁶ y que había dispuesto mecanismos por medio de los cuales, los actores responsables del reporte de los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS²⁷ - han venido mejorándolos²⁸.

33. Al referirse al fortalecimiento de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud -RIPS explicó que son el conjunto de datos mínimos y básicos que el SGSSS requiere para los procesos de dirección, regulación, control y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo 2º de la Resolución 3374 de 2000²⁹. Este conjunto de datos identifica una a una las actividades de salud que se practican a las personas y deben hacer parte íntegra de la factura de venta de servicios de salud.

34. Manifestó que el propósito es que el RIPS sirva para que los prestadores de servicios puedan³⁰ soportar el valor cobrado por las actividades de salud entregadas a las personas ante la entidad pagadora de los servicios, informar sobre las mismas en todas las modalidades de contratación y conocer e identificar las causas que generan la demanda de servicios de salud.

²⁴ AZ XXII G folio 3169, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

²⁵ AZ XXII G folio 3169, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

²⁶ AZ XXII G folio 3169, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

²⁷ Conjunto de datos mínimos y básicos que el SGSSS requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios.

²⁸ AZ XXII G folio 3173, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

²⁹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/FAQ-RIPS.pdf> página del MSPS consultada el 18 de marzo de 2020. Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de los profesionales independientes, o de los grupos de práctica profesional, las entidades administradoras de planes de beneficios y los organismos de dirección, vigilancia y control del SGSSS.

³⁰ AZ XXII G folio 3170, cronograma remitido por el MSPS.

35. Agregó que las entidades de administración de planes de beneficios de salud³¹ -EAPB- deben utilizar el RIPS para auditar integralmente las cuentas y la autorización de servicios y pagos, conocer el estado de salud y enfermedad de la población usuaria, realizar la validación de cuentas de servicios de salud, optimizar la contratación en función de la demanda y apoyar los procesos administrativos.³²

36. También puso de presente avances en la materia a partir de la cualificación de nuevas variables que permitirían, de manera complementaria contar con los datos requeridos para los efectos de que trata esta orden. Para avanzar en la consolidación de este sistema propuso realizar la captura de datos de RIPS desde las IPS.³³

37. Expuso que en cumplimiento de lo establecido en el auto 411 de 2016 expidió la Resolución 6411 del 26 de diciembre de 2016³⁴, relacionada con la prueba que inició con la expedición de la Resolución 5968 del 31 de diciembre de 2014³⁵ y que tenía una vigencia de dos años (2015 y 2016). Anotó que esta norma buscó incentivar el envío de información por parte de las instituciones prestadoras de servicios y las EPS. Producto de lo anterior, expuso en el año 2015 el reporte mejoró en relación con el año 2014, en el que los datos de calidad representaron cerca de 39% de la población afiliada al RS (corresponde al 27,3% de las EPS); en 2015 cerca de 50% (corresponde al 46.7 % de la EPS). Anotó que esta estrategia ha venido dando resultados satisfactorios.³⁶

38. Ante la problemática de baja calidad y cobertura de la información entregada al Ministerio de Salud en el RS, también reportó como medidas (i) la estrategia de asistencia técnica a las IPS públicas y a las EPS-S, para capacitarlas con miras a realizar un diagnóstico de las prestaciones de servicios de salud, su registro (RIPS) y reporte, que permitiera determinar las causales internas o externas en captura, procesamiento, flujo de información y resultado suministrado a las EPS (las jornadas que se realizaron reportaron 744 IPS con asistencia técnica)³⁷ y (ii) la *“definición de estrategias que contribuyan en un mediano y largo plazo a mejorar la información base para la toma de decisiones por parte del regulador del sistema de salud en Colombia, en el manejo y*

³¹ Artículo 4o. del Decreto 1018 de 2007 determina *“Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud”*.

³² AZ XXII G folio 3171- 3172, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017. Los RIPS sirven para formular políticas de salud, realizar la programación de oferta de servicios de salud, realizar coberturas de servicios, asignar recursos financieros, humanos y técnicos, validar el pago de servicios de salud, definir protocolos y estándares, ajustar la UPC, establecer mecanismos de regulación y uso de los servicios de salud, controlar el gasto en salud, ajustar los contenidos de los planes de beneficios en salud y conocer el perfil de morbilidad.

³³ AZ XXII G folio 3172, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

³⁴ Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones.

³⁵ Por la cual se implementa el procedimiento para la aplicación de pruebas piloto de igualación de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación - UPC del régimen subsidiado al contributivo de la seguridad social en salud y modifica la Resolución 5925 de 2014.

³⁶ AZ XXII G folio 3172, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

³⁷ AZ XXII G folio 3238, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

*reporte de la prestación de servicios de salud con el fin de recolectar en forma directa la información”.*³⁸

39. Con estas visitas se buscó que las EPS-S principalmente, entregaran datos confiables, actualizados, relevantes, oportunos y con calidad tanto para la determinación de la suficiencia de la UPC como para el desarrollo del estudio que soporte las recomendaciones que se hacen a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud.³⁹ Así mismo, se quiso verificar los procesos y su relación con la información reportada sobre servicios para el estudio de suficiencia, conocer el proceso de validación y encuesta de los registros individuales de prestación de servicios de salud y hacer un ejercicio de trazabilidad de factura con estudios de suficiencia.⁴⁰

40. Se brindaron capacitaciones a las EPS-S para profundizar el conocimiento de los sistemas de información, los resultados de las validaciones y las calidades previstas en los datos solicitados para el estudio de suficiencia de la UPC. También se desarrollaron reuniones con la red de prestadores de las EPS para fortalecer el entendimiento y optimizar el conocimiento de las validaciones de datos del pagador y su correlación con la facturación de servicios.⁴¹

41. El ente ministerial expuso que las EPS fortalecieron sus procesos para construir la información requerida para el estudio de suficiencia de la UPC, dado que se incrementó el reporte en registros y valor. En cuanto al proceso de retroalimentación, las justificaciones estuvieron acordes con los lineamientos que se han emitido, gracias a los procesos de asistencia técnica en el sitio, toda vez que los datos enviados mejoraron en cuanto a calidad; sin embargo, anunció que esperaba que la información fuera cada vez más representativa.⁴²

42. Explicó que con el fin de mejorar la calidad, especialmente de la información reportada por las EPS-S, implementó (i) una solución tecnológica de mayor alcance, denominada ELT (Extract, Load, Transform), (ii) el Sistema de Reporte para EPS -SIREPS-, (iii) el Mipres en el régimen subsidiado, (iv) la integración de las diferentes fuentes de información para la validación y retroalimentación de la información enviada por las EPS, (v) mejoras en la malla de validación y (vi) mejoras en el sistema de información para recaudar datos que permitan la clara identificación de los afiliados (SAT), en lo relacionado con la prestación de los servicios de salud y en el reporte de salud, prescritos a través de Mipres – estandarización de datos y codificaciones.⁴³

43. También puso de presente que las EPS le manifestaron su imposibilidad de hacer un mejor reporte de la prestación de servicios de salud en relación con las

³⁸ AZ XXII G folio 3238, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

³⁹ Pág. 1, documento remitido por el MSPS el 3 de abril de 2020. En adelante la Comisión Asesora de Beneficios, la Comisión.

⁴⁰ Pág 4, documento remitido por el MSPS el 3 de abril de 2020.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² *Ibidem*, pág.7.

⁴³ Folios 8-22, documento remitido por el MSPS el 3 de abril de 2020.

frecuencias de uso dentro del término y con la calidad requerida, debido a la falta de entrega oportuna de la data o a las fallas de esta, por parte de los prestadores que integran su red, especialmente las IPS públicas (ESE).⁴⁴

44. La entidad se refirió a la equiparación de la UPC para la vigencia 2018 e indicó que esta se materializó con la Resolución 5268 de 2017, y se hizo evidente en las decisiones tomadas con base en la información reportada por las EPS, aplicables a los dos regímenes, ya que no solo igualó el incremento de la UPC y la prima adicional por zona alejada, sino que se ordenó un favorecimiento en las condiciones de la prestación de los servicios de salud en el RS, como se observa en el siguiente cuadro:⁴⁵

UPC en el Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado durante el 2017

Régimen Contributivo⁴⁶	Régimen Subsidiado
<i>Ajustó la prima en 7,83%, valor que incluye la actualización integral del Plan de beneficios en Salud con cargo a la UPC</i>	<i>Ajustó la prima en 7,83%, valor que incluye la actualización integral del Plan de beneficios en Salud con cargo a la UPC</i>
<i>Reconoce una prima adicional del 10% a 363 municipios catalogados como zona especial</i>	<i>Reconoce una prima adicional del 11,47% a 363 municipios catalogados como zona especial</i>
<i>Reconoce una prima adicional de 9,86% a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico, Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio.</i>	<i>Reconoce una prima adicional de 15% a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Bello, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias Distrito Turístico, Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio.</i>
<i>Reconoce una prima adicional del 37,9% en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. (Zona Alejada)</i>	<i>Reconoce una prima adicional del 37,9% en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. (Zona Alejada)</i>

45. En este mismo sentido, explicó algunas disposiciones consagradas en la Resolución 5268 de 2017 para continuar con el mejoramiento de la información y la toma de decisiones para aumentar el porcentaje de equiparación de la UPC del RS a la del RC.⁴⁷

46. En dicho acto administrativo recordó que es responsabilidad de las EPS que forman parte de la prueba piloto, seguir enviando información de manera oportuna y con calidad de conformidad con el instructivo definido. En esta resolución se fijó el valor anual de la UPC de la prueba piloto para el RS y se planteó la estructura de costos por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del RS UPC-S para la prueba piloto, las responsabilidades tanto de

⁴⁴ AZ XXII G folio 3240, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

⁴⁵ AZ XXII G folio 3498, segundo informe remitido por Minsalud el 12 de febrero de 2018.

⁴⁶ *Ibidem*. Cuadro extraído del informe.

⁴⁷ AZ XXII G folio 3498, segundo informe remitido por Minsalud el 12 de febrero de 2018.

las ET como de las IPS, la obligación de reportar la información de manera codificada según la normativa vigente⁴⁸ y en unas fechas determinadas⁴⁹,

b. *Considerar dentro del sistema de información las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades reales de la población*

47. El Ministerio reportó que el sistema de salud y la entidad disponen de una serie de encuestas para la identificación de las barreras de acceso y necesidades de la población.⁵⁰ Citó que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud - OMS- la cobertura en salud no es posible sin el acceso universal a estos servicios y explicó las 3 dimensiones del mismo, a saber, la accesibilidad física, la aceptabilidad y la asequibilidad financiera.⁵¹

48. La accesibilidad consiste en la disponibilidad de servicios de salud al alcance de quienes la necesitan, comprende la organización y suministro de los servicios de salud. El tener una barrera de acceso impide a las personas obtener los servicios cuando ellas lo necesitan.⁵² La aceptabilidad captura la voluntad de las personas para buscar los servicios. Una barrera de acceso es evidente cuando los pacientes perciben falta de efectividad de los servicios de salud o cuando factores sociales y culturales, tales como la edad, el sexo, la religión impiden el suministro de los servicios de salud.⁵³ La asequibilidad financiera, consiste en la capacidad de las personas de acceder a los servicios de salud sin dificultad financiera, además del costo del servicio, tiene en cuenta el costo indirecto y de oportunidad (por ejemplo, el costo de transporte a la institución de salud). Son barreras para la asequibilidad el sistema de financiación y el ingreso de los hogares⁵⁴

49. Enunció como otra fuente de información, la Encuesta de Calidad de Vida y Salud ECV efectuada por el DANE, mediante la cual se establecen algunas condiciones socioeconómicas sobre los ciudadanos, pero así mismo busca obtener datos en su capítulo de salud sobre la aplicación de la Ley 100 de 1993 cuyos objetivos son regular el servicio de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en cada nivel de atención. En ella se indaga por el acceso de la población al SGSSS y su cobertura por regímenes, el uso de los servicios de medicina general, medicina especializada, urgencias y la percepción de calidad de estos servicios. Adicionalmente, sobre la percepción del estado de salud que tienen las personas en el hogar.⁵⁵

⁴⁸ “En caso de medicamentos, se atenderá a lo dispuesto en la Resolución 255 de 2007, la Resolución 3166 de 2015 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. En caso de servicios y procedimientos, se atenderá a lo dispuesto en las Resoluciones 4678 de 2015, y 1132 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.”

⁴⁹ AZ XXII G folio 3502, segundo informe remitido por Minsalud el 12 de febrero de 2018.

⁵⁰ AZ XXII G folio 3173, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² *Ibidem*.

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ AZ XXII G folio 3174, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

50. Además, mencionó la Base de Datos Única de Afiliados, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública y el Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, definido como la estructura de investigación nacional creada y regida por el Ministerio para dirigir, reunir y consolidar todos los estudios para la salud de interés y priorizados por este, siendo estos estudios uno de los componentes relevantes del sistema de información en salud del país. Cuenta con una muestra maestra en salud que permite una representatividad de la población no solo nacional sino también departamental, regional o subregional.⁵⁶

51. Entregó un consolidado de indicadores asociados a las barreras de acceso y necesidades en salud junto con los resultados de la accesibilidad física y la aceptabilidad. De igual modo, expuso que había iniciado el diseño del Módulo de Redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS⁵⁷ y que en cumplimiento del auto 411 de 2016 en lo que tiene que ver con la información, debía tenerse en cuenta lo reglamentado en la Resolución 256 de 2016.⁵⁸

52. En relación con el primero, observó un incremento en la atención en salud de aquellos que tuvieron una necesidad en salud (uso institucional de los servicios de salud) y en la disminución en las razones para no solicitar atención médica, como no lo atendieron, mal servicio, oportunidad en cita de medicina general u odontología entre otras. De los afiliados al RC que presentaron en los últimos 30 días una necesidad en salud, el 73,96% fue atendido institucionalmente, en los años 2011 y 2015; mientras para los afiliados al RS esta proporción fue de 64,16% y 67,32%.⁵⁹

53. En relación con lo segundo, entre otras cosas, informó que disminuyó el porcentaje que se presentaba frente al ítem de “no lo atendieron” y en razón del “mal servicio” en ambos regímenes, indicando mejoras en la percepción de los servicios de salud.⁶⁰

54. Respecto de las consultas de prevención informó que estas crecieron en 69% entre 1997 y 2015 principalmente, por el incremento del 156% en el quintil más pobre de la población. Por su parte entre 2010 y 2015 este tipo de consulta creció cerca de un 6%, de nuevo jalonada por las personas de los quintiles de ingreso más bajo.⁶¹

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ *Ibidem*, folio 3183. Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/caracterizacion-registro-especial-prestadores-reps.pdf>.

⁵⁸ AZ XXII G folio 3183, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017. 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”.

⁵⁹ AZ XXII G folio 3175, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

⁶⁰ *Ibidem*, folio 3176.

⁶¹ AZ XXII G folio 3176, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

55. Sobre los porcentajes de población que acudieron al médico en caso de enfermedad en los últimos 30 días antes de aplicada la encuesta, reportó que pasó de 67.4% en 2011 a 71.2% en 2015, es decir que este porcentaje de usuarios recibió la atención en salud por su enfermedad. De acuerdo con las cifras de la encuesta, cerca de 2.8 millones de personas consultaron cada mes a su médico por enfermedad. Del global de población que consulta, solo un 15.3% en 2011 y un 8.4% en 2015, lo hicieron a servicios particulares, lo cual representó un logro importante para el aseguramiento público en salud en esas épocas.⁶²

56. Sobre las razones expuestas por la población para no haber recibido atención médica, como factores “ajenos al sistema”, “otras barreras” y “no lo atendieron”, el MSPS encontró que el grupo de factores ajenos tiene la mayor participación, luego se hallan los obstáculos que impone el mismo sistema como un mal servicio, o que el centro de atención quede lejos, o que las citas quedan agendadas para dentro de un plazo muy lejano, o que elevó una consulta y no le resolvieron el problema, que se presentan muchos trámites, entre otras cosas. En relación con esto último el MSPS advirtió que se vienen implementando medidas regulatorias referentes a la habilitación de las redes integrales de servicios, la afiliación al SGSSS y la autorización y pago de servicios. Finalmente se encuentra el grupo de los que buscaron asistencia médica pero no fueron atendidos, los cuales, para la encuesta en el año 2015, corresponden a un porcentaje inferior al 1%.⁶³

57. De igual forma, hacia enero de 2017 el MSPS señaló que inició el diseño del Módulo de Redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS, el cual es un aplicativo planificado en ambiente web, que tiene como propósito registrar y soportar las diferentes etapas del proceso de habilitación de las RIPSS con las actuaciones de los agentes y entidades territoriales en el mismo. Puso de presente que este módulo permitiría disponer de información para la estimación de la suficiencia y completitud de las RIPSS para la cual se desarrollará adicionalmente en el REPS, los componentes de talento humano en salud, infraestructura, recurso físico, y de dotación – tecnologías en salud, disponibles.⁶⁴

58. En efecto con posterioridad, mediante la Circular 043 del 28 de noviembre de 2017 informó que a partir del 1 de diciembre de esa anualidad entraría en operación el Módulo de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS para el registro de la información concerniente al proceso de habilitación de las RIPSS por parte de las entidades a cargo, conforme a las responsabilidades establecidas para el efecto en la Resolución 1441 de 2016.⁶⁵

59. Anunció que para el cumplimiento del auto 411 de 2016 en relación con la información, debía tenerse en cuenta lo reglamentado en la Resolución 256 de

⁶² *Ibidem*, folio 3177.

⁶³ *Ibidem*.

⁶⁴ *Ibidem* folio 3183.

⁶⁵ AZ XXII G folio 3561, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

2016 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*”.⁶⁶

60. Adicionalmente, señaló que en la página de la entidad se podía identificar y gestionar las necesidades de salud en el nivel nacional, departamental, distrital y municipal para la respectiva planeación integral en salud.⁶⁷ Que en procura del cumplimiento de este objetivo se cuenta con el Sistema de Afiliación Transaccional -SAT- y el Mipres⁶⁸ para garantizar el acceso oportuno por el ciudadano a dichos servicios al simplificar y estandarizar procesos y al eliminar los Comités Técnico Científicos- CTC-.⁶⁹

61. A través del SAT se ha avanzado en la adopción de medidas para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud relacionadas con los inconvenientes en la correcta identificación del afiliado o de sus pagos al sistema.⁷⁰ Mediante la correspondencia y depuración de documentos de identidad y nueva información suministrada por la Registraduría Nacional del Estado Civil, relacionada con menores de edad disminuyeron los afiliados en la BDUA sin información de referencia para la identificación en la RNEC, pasando de 6.040.826 en diciembre de 2015 a 4.241.461 en mayo de 2017. De igual manera aumentó en 5.183.785 el número de afiliados cuyos seis datos básicos⁷¹ coinciden entre BDUA, RNEC y con Migración Colombia, para un total de 46.416.477 de afiliados coincidentes a mayo de 2017.⁷²

62. El MSPS indicó que en desarrollo del SAT tenía prevista la puesta en marcha de servicios que facilitarían al ciudadano registrar directamente sus novedades, traslados entre EPS y movilidad entre regímenes, sin tener que acudir a las EPS y con la eliminación de los tiempos de espera para el trámite y aprobación de estos, salvo que fueran casos excepcionales,⁷³ como la consulta ciudadana en www.miseguridadsocial.gov.co, en donde pueden verificar sus atenciones, procedimientos, hospitalización y urgencias, lo que permite acceder a mayor información al momento de la atención.⁷⁴ Allí mismo se puso a disposición para consulta por el ciudadano los pagos efectuados por el aportante, lo que le permite el seguimiento a sus aportes y a la oportunidad de estos, y que no sea un motivo de no atención en salud.⁷⁵

63. También expuso que para agosto de 2017 se encontraban en prueba los módulos de: “*novedades de afiliación y aportantes, movilidad y traslados*;

⁶⁶ AZ XXII G folio 3183, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

⁶⁷ AZ XXII G folio 3184, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/paginas/analisis-de-situacion-de-salud.aspx>.

⁶⁸ AZ XXII G folio 3240, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017. Ver también informe remitido por el MSPS del 3 de abril de 2020.

⁶⁹ AZ XXII G folio 3240, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

⁷⁰ *Ibidem*, folio 3241.

⁷¹ Primer nombre, segundo nombre, primer apellido, segundo apellido, fecha de nacimiento y sexo.

⁷² AZ XXII G folio 3241, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

⁷³ *Ibidem*.

⁷⁴ *Ibidem*.

⁷⁵ AZ XXII G folio 3241, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

*novedades laborales, y acreditación de derechos, sin tener que desplazarse a las EPS.”*⁷⁶

64. Explicó que con motivo de la Resolución 5931 de 2016, el aplicativo Mipres fue puesto en operación el 1 de diciembre de 2016 para todas las EPS, con al menos una IPS y, con la Resolución 532 de 2017, desde el 1 de marzo fue obligatorio para todos los actores del sistema.⁷⁷

a) A 31 de mayo de 2017 se reportaron 1.184.218 prescripciones realizadas en 3.564 sedes de IPS con una cobertura geográfica de 296 municipios de Colombia. Estas prescripciones las efectuaron 29.301 profesionales de salud (médicos, odontólogos, optómetras y profesionales en nutrición) a 758.000 pacientes.⁷⁸

b) De los servicios y tecnologías prescritos (1.401.194), el 87% correspondió a medicamentos, el 7% a procedimientos en salud, el 1% a dispositivos e insumos médicos, el 4% a productos nutricionales y el 2% a servicios complementarios.⁷⁹

c) Los profesionales de salud deben estar vigentes en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud - RETHUS, lo que garantiza que el profesional que prescribe se encuentra autorizado para el ejercicio de su profesión.⁸⁰

d) Los prestadores de servicios de salud, IPS y Profesionales Independientes están habilitados en el REPS, con el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad para la atención de los pacientes.⁸¹

e) Las EPS del RC inscriben la red de prestadores, de tal forma que los ciudadanos son atendidos en esa red sin necesidad de solicitar otras autorizaciones.⁸²

65. El MSPS resaltó que hubo implementación de aplicaciones móviles dirigidas a que el ciudadano tome decisiones informadas y a asegurar la transparencia de la información suministrada por las entidades. Indicó que esto contribuía a la disminución de las barreras de acceso relacionadas con el consumo de medicamentos y calidad de la atención en salud de las IPS y EPS, como ClicSalud con la que los usuarios pueden consultar y comparar, para un mismo medicamento, el promedio máximo del precio reportado por los laboratorios al Sistema de información de Precios de Medicamentos - Sismed.⁸³

⁷⁶ *Ibidem.*

⁷⁷ AZ XXII G folio 3242, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

⁷⁸ *Ibidem.*

⁷⁹ *Ibidem.*

⁸⁰ *Ibidem.*

⁸¹ *Ibidem.*

⁸² *Ibidem.*

⁸³ AZ XXII G folio 3243, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

66. También respecto del acceso efectivo a los servicios de salud informó sobre acciones dirigidas a desarrollar el proceso de alistamiento para la implementación de la Resolución 1441 de 2016⁸⁴, como la asistencia técnica a diferentes actores⁸⁵ respecto a las responsabilidades establecidas para la habilitación de las RIPSS y el módulo de REPS a partir del segundo semestre de 2017.⁸⁶

67. Estas asistencias técnicas se prestaron en relación con la presentación de contenidos de la resolución incluyendo la especificidad de los estándares, criterios y el procedimiento de habilitación, el análisis del alcance y los procesos de gestión de información a ser realizados por los Departamentos y Distritos, para el estudio de las propuestas de RIPSS entregadas por las EPS y los avances en el diseño y desarrollo del Módulo de Redes del REPS, en torno a los roles Backend y Frontend⁸⁷, definidos para el procedimiento y las actuaciones de cada uno de los actores en torno a las responsabilidades en la conformación, organización, gestión, habilitación, seguimiento y evaluación de las RIPSS⁸⁸.

68. El Módulo de Redes del REPS tiene como función principal el registro de cada una de las etapas del proceso de habilitación de las RIPSS, lo cual permitirá, obtener la información de la conformación y organización de las RIPSS habilitadas por las EPS; así como evidenciar las demás actuaciones de los actores (Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y Superintendencia Nacional de Salud) para el efecto, en los departamentos o distritos donde están las EPS están autorizadas para operar.⁸⁹

69. En la Encuesta de Calidad de Vida - ECV del DANE⁹⁰, se registraron mejoras en el acceso a los servicios de salud con un incremento en la atención en salud de la población que el MSPS citó de la siguiente forma:

“Al analizar por tipo de vinculación al SGSSS, la proporción de afiliados que presentaron en los últimos treinta días una necesidad de atención en salud, entre los años 2011 y 2016, para el régimen contributivo fue de 11,31% y 6,32% y para el régimen subsidiado de 8,83% y 6,37%. De los afiliados al régimen contributivo que presentaron en los últimos treinta días una necesidad en salud, el 73,96% y 82,13% fue atendido institucionalmente, en los años 2011 y 2016 respectivamente; mientras para los afiliados al régimen subsidiado esta proporción fue de 64,16% y 69,32% (Tabla 1).”⁹¹

“Con relación a las barreras asociadas a las características de los servicios (accesibilidad geográfica, organizativa y calidad) se observa para el periodo 2011 - 2016, disminuciones del 13.64% en la razón del centro de atención queda lejos, del

⁸⁴ Mediante la cual se “establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud-RIPSS”.

⁸⁵ Entidades Territoriales Departamentales y Distritales de Salud, Entidades Promotoras de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud.

⁸⁶ AZ XXII G folio 3243, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

⁸⁷ Roles de desarrollo web.

⁸⁸ AZ XXII G folio 3243, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

⁸⁹ *Ibidem*, folio 3244.

⁹⁰ AZ XXII G folio 3493, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

⁹¹ AZ XXII G folio 3503, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

33.87% en mal servicio o cita distanciada en el tiempo y del 5.09% en muchos trámites para la cita. A partir de la variación para el último periodo disponible (2015 - 2016), se observa una disminución en mal servicio o cita distanciada en el tiempo (-16.55%), mientras se presentan incrementos en muchos trámites para la cita y el centro de atención queda lejos (62.26 y 18,75%, respectivamente).⁹²

Con respecto a otras razones para no uso de los servicios de salud, incorporadas en la ECV a partir del año 2014, se observa para el periodo 2014 - 2016 un mayor incremento en la relacionada con la dificultad para viajar la cual que pasa de 1.10% a 2.31%, y le hacen esperar mucho para atenderlo, que pasa de 4.40% en 2014 a 5.73% en 2016 (con un aumento de 26,92%). En la razón no le cubrían o no le autorizaron se presenta una disminución, pasando de 1.60% a 0,90% para el citado periodo (Tabla 2).⁹³

En las barreras relacionadas con factores poblacionales (aseguramiento, renta y educación), a partir de la ECV se puede valorar la falta de dinero, la cual para el periodo 2011 - 2016 muestra una disminución del 41.23% (pasando de 11.40% en 2011 a 6,70% en 2016).⁹⁴

Proporción de razones por las cuales no se asiste a servicios institucionales de salud⁹⁵

RAZONES DE NO USO ⁹⁶ (Personas que no asisten a los servicios de salud)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
El caso era leve	49.70%	54.90%	51.50%	54.70%	54.90%	51.61%
No tuvo tiempo	7.00%	5.40%	5.80%	3.60%	4.10%	5.83%
El centro de atención queda lejos	5.50%	5.80%	5.70%	3.20%	4.00%	4.75%
Falta de dinero	11.40%	11.50%	10.30%	8.80%	5.90%	6.70%
Mal servicio o cita distanciada en el tiempo	10.60%	8.30%	9.90%	9.70%	8.40%	7.01%
No lo atendieron	2.10%	1.70%	2.00%	0.70%	0.80%	2.32%
No confía en los médicos	2.80%	4.70%	4.40%	2.60%	3.00%	2.32%
Consultó antes y no le resolvieron el problema	5.60%	1.80%	2.80%	2.20%	2.30%	2.17%
Muchos trámites para la cita	5.30%	5.80%	7.50%	4.70%	3.10%	5.03%
No le cubrían o no le autorizaron la atención	0.00%	0.00%	0.00%	1.60%	0.90%	0.90%
Le hacen esperar mucho para atenderlo	0.00%	0.00%	0.00%	4.40%	6.70%	5.73%
Dificultad para viajar	0.00%	0.00%	0.00%	1.10%	0.90%	2.31%
Otro	0.00%	0.00%	0.00%	2.60%	4.90%	3.30%

70. El Ministerio reportó el desarrollo e implementación de formas funcionales de organización, como las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud⁹⁷, Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, enfermedades huérfanas, y el prestador primario de servicios de salud.⁹⁸

71. Se desplegaron acciones para la implementación del marco regulatorio de la Resolución 1441 de 2016, como la elaboración y publicación de instrumentos metodológicos, como los Manuales de Habilitación de las RIPSS para las

⁹² Ibidem.

⁹³ Ibidem, folio 3504.

⁹⁴ Ibidem.

⁹⁵ Ibidem.

⁹⁶ Ibidem.

⁹⁷ Resolución 1441 de 2016 mediante la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud-RIPSS.

⁹⁸ AZ XXII G folio 3506, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales, y la Superintendencia Nacional de Salud; así como la prestación de asistencia técnica a las mismas.⁹⁹

72. El MSPS comentó que para la vigencia 2017 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS con el objeto de identificar el nivel de satisfacción de los usuarios en relación con el desempeño y la calidad de las EPS, desde diferentes dimensiones¹⁰⁰, y aludió a algunos resultados en procura del mejoramiento de la calidad y acceso efectivo de los servicios que se reportaron:¹⁰¹

- La satisfacción global para el año 2017 fue del 72,6% en el total de usuarios, quienes refirieron estar más satisfechos que los del RC. La diferencia entre los dos fue de 10,5%, superior a la que se tuvo en el 2016 de 7,1 %. Según la encuesta, los usuarios de RC son más exigentes con el servicio, lo que resulta en una menor satisfacción (66,6%), frente a la de cotizantes y beneficiarios (77,1%).¹⁰²
- Se mantuvo una menor satisfacción en especial en el servicio de urgencias y en citas no programadas. Servicios como medicina interna sufrieron un deterioro de la satisfacción de cerca al 10%, mientras que, en el caso de cirugía general, hubo una mejora en la misma proporción, con respecto a la del año 2016.¹⁰³
- Se identificó como un punto débil para las EPS el tiempo de espera en la atención y la complejidad y agilidad en los trámites, problemas que se evidenciaron también en la presentación de quejas y derechos de petición.¹⁰⁴
- En promedio los tiempos de espera de medicina general aumentaron de 6.6 días en el año 2016 a 8,5 en el 2018. La brecha por régimen se amplió a 5 días, siendo mayor el impacto del crecimiento en el tiempo de espera en el RC.¹⁰⁵
- La percepción de los usuarios fue que se presentaron tiempos de espera más altos respecto de las citas de medicina interna, cirugía general, otras consultas de medicina especializada y en los programas de promoción y prevención. El aumento en el 2017 para estos servicios fue considerable, es el caso de las citas de otras consultas de medicina especializada que ascendieron a 8,6 días con respecto al año 2016 y esta diferencia se debe básicamente a una percepción en el incremento de los días de espera para asignarse la cita de medicina especializada en el RS.¹⁰⁶

⁹⁹ El cual es un aplicativo planificado en ambiente web, que tiene como propósito registrar y soportar las diferentes etapas del proceso de habilitación de las RIPSS (entrada, permanencia - incluyendo novedades, y renovación de esta), con las actuaciones de los agentes y entidades territoriales en el mismo.

¹⁰⁰ AZ XXII G folio 3514, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

¹⁰¹ *Ibidem*, folio 3515.

¹⁰² *Ibidem*.

¹⁰³ *Ibidem*.

¹⁰⁴ *Ibidem*.

¹⁰⁵ *Ibidem*.

¹⁰⁶ AZ XXII G folio 3515, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

- Se reportó disminución en la facilidad al acceso a los servicios de salud y ello desmejoró en un 5%, sin embargo, la proporción de usuarios que utilizaron la tutela o derecho de petición para obtener un servicio, disminuyó con respecto al año 2016.¹⁰⁷
- En los trámites administrativos ante una EPS, se encontró que las mayores medianas de tiempo se dan para tramitar cambio de EPS, desafiliación, reembolsos y autorización para procedimientos quirúrgicos. Para el caso de cambio de EPS, el tiempo fue de 6,4 días, siendo más demorado en el RS 7,8 días.¹⁰⁸
- Los usuarios informaron que desisten de terminar algunos trámites debido a su complejidad, presentándose mayores niveles de deserción en el cambio de contrato, desvinculación de los aportes adicionales al sistema (44,9%), el cambio de régimen (23,6%), el cambio de EPS (23,3%) y los reembolsos (8,9%).
- También indicaron como el trámite más engorroso, desplazarse a otro municipio. Para la autorización de procedimientos quirúrgicos un 29,1% refirió que tuvo que desplazarse, siendo significativamente mayor esta proporción en el RS 33,4%. Para pedir autorización para la atención de los servicios de salud en otra ciudad diferente a la afiliación (por necesidad temporal) 23,8%, radicación de Licencia de Maternidad 22,2%, autorización para pedir una cita de medicina especializada 18,9%; radicación de una queja 15,3%; y autorización para radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico en un 14,8%.¹⁰⁹

73. El ente ministerial comunicó que la Oficina de Calidad llevó a cabo durante la vigencia 2017 un proceso de verificación trimestral de la entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el SGSSS y la Carta de Desempeño de las EPS de ambos regímenes.¹¹⁰

74. Finalmente, reportó como avance la eliminación del CTC que podía constituir una barrera de acceso a algunos servicios y tecnologías en salud.¹¹¹

c. Solucionar la deficiencia de los datos provenientes de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del régimen subsidiado

75. El MSPS afirmó que mediante la Resolución 5968 de 2014 se implementó el procedimiento para la aplicación de la prueba piloto de igualación de la prima pura de la UPC del RS con la del RC, el cual inició en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla para la vigencia 2015, con una duración de dos años, manteniendo las condiciones del régimen subsidiado, e intentó incentivar el envío de información por parte de las IPS y las EPS.¹¹²

¹⁰⁷ Ibidem.

¹⁰⁸ Ibidem.

¹⁰⁹ Ibidem, folio 3516.

¹¹⁰ Ibidem.

¹¹¹ AZ XXII G folio 3189, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

¹¹² AZ XXII G folio 3184, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

76. En 2015 el reporte mejoró en relación con los datos remitidos en el 2014, cuya calidad representó el 39% de la población afiliada al régimen subsidiado (correspondió al 27.3% de las EPS); en 2015 la información reportada de calidad representó cerca de 50% (correspondió al 46.7% de las EPS). Esto significa que la estrategia dio resultados satisfactorios para esa época.¹¹³

77. A agosto de 2017 el MSPS señaló que el Sistema de Información para la Calidad-SIC, entró en vigencia desde el 5 de febrero de 2016, con la publicación de la Resolución 256 de 2016, por la cual se dictaron disposiciones en relación con el mismo y se establecieron los indicadores para monitorear la calidad en salud. Indicó que esta resolución actualizó dicho sistema, otorgándole un nuevo enfoque sistémico que propende hacia los resultados en salud, y disminuye el autorreporte de la información al contar con fuentes de información oficiales disponibles en SISPRO, así como con la plataforma PISIS para el reporte nominal de algunos indicadores.

78. Puso de presente que en ese nuevo SIC para los indicadores de oportunidad de la atención (acceso oportuno a la atención) se realizaron algunos cambios, como el reporte de forma nominal, es decir, el prestador registra paciente por paciente, las fechas de solicitud y asignación de citas, ya no el resultado del indicador, el cual muchas veces era manipulable, sino que debe informar la oportunidad de manera nominal por cada uno de los pacientes que solicitan sus citas.¹¹⁴

79. De este modo, también se debe reportar la oportunidad de la cita de primera vez en el año, por servicio, esto debido a que anteriormente registraban el resultado agrupado tanto de la cita de primera vez como la cita de control, lo cual afectaba la interpretación del indicador. La única excepción a lo anterior es el indicador de oportunidad de urgencias triage.¹¹⁵

80. El ente ministerial señaló que se consideran todas las atenciones que el paciente haya presentado en el semestre y el acceso oportuno a otro tipo de atenciones como las que tienen que ver con la realización de pruebas diagnósticas e inicio de tratamientos, para lo cual se escogieron nuevas temáticas trazadoras, como el cáncer, la salud materno-infantil, el VIH y enfermedades crónicas no transmisibles (Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus).¹¹⁶

81. Al respecto los datos indicaban el tiempo de espera para la asignación de la cita dentro de diferentes especialidades, para la toma de exámenes (como ecografías y resonancias), para la realización de cirugías, para iniciar tratamientos, para esperar autorizaciones, entre otros indicadores.¹¹⁷

¹¹³ Ibidem.

¹¹⁴ AZ XXII G folio 3245, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

¹¹⁵ Ibidem.

¹¹⁶ AZ XXII G folio 3246, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

¹¹⁷ Ibidem.

82. Señaló que la importancia de las visitas técnicas a las EPS del RS era brindar apoyo en el reporte correcto de la información y de este modo trabajar de la mano con las EPS que presentaran datos bajos de calidad para ser incluidas en sus programas de visitas presenciales por el Ministerio para establecer los aspectos que requirieran ser corregidos y someterlos a un ajuste monitoreado por dicha cartera de salud y supervisado por la Supersalud.¹¹⁸ Concluyó que de este modo se ha avanzado en el mejoramiento de la calidad de la información para que sea representativa en la definición de la UPC.

83. Describió las principales acciones desplegadas por la Oficina de Calidad dentro del marco de lo definido en el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016 – 2021 -PNMCS 2016-2021 - para propender por la calidad de la atención en salud y acceso efectivo a los servicios.¹¹⁹

84. Expuso que con el nuevo SIC para los indicadores de oportunidad de la atención (acceso oportuno a la atención) se realizaron algunos cambios, como el reporte de los datos de forma nominal, lo cual influye en el cumplimiento de este aparte.¹²⁰ Explicó que la actualización de este sistema (Resolución 256 de 2016) avanzó durante la vigencia 2017 con el plan de mejorar la calidad de la atención en salud, derivado de los procesos de atención, aseguramiento y salud pública inmersos en los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio y las Entidades Territoriales de Salud.¹²¹ En este sentido, se realizaron acciones orientadas a disponer los soportes y la asistencia técnica necesaria para la implementación del sistema. A su vez se elaboró y publicó un instrumento metodológico para brindar orientaciones técnicas para el mejoramiento de los resultados de los indicadores del monitoreo de la calidad en relación con estos actores.¹²²

85. El MSPS anotó que trabajó en la definición de un nuevo sistema de información para mejorar la calidad en la atención¹²³; desarrolló estrategias de aprendizaje colaborativo que fomentaran el mejoramiento de la gestión y articulación de los agentes del sistema de salud;¹²⁴ informó que la implementación del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud tiene por objeto centrar los esfuerzos del sistema en las personas (usuarios y trabajadores), fomentar la autoevaluación para optimizar permanentemente la calidad y, enfocar la gestión a conseguir resultados en salud y la generación de valor social.

86. De forma complementaria inició tres pruebas piloto definidas para el desarrollo, aplicación y validación de instrumentos metodológicos;¹²⁵ fomentó la mejora de la atención clínica en salud e innovación en el sistema de salud¹²⁶;

¹¹⁸ AZ XXII G folio 3185, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

¹¹⁹ AZ XXII G folio 3512, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

¹²⁰ AZ XXII G folio 3245, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

¹²¹ AZ XXII G folio 3512, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018. En adelante ET.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ *Ibidem*.

¹²⁴ *Ibidem*, folio 3513.

¹²⁵ AZ XXII G folio 3513, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

¹²⁶ AZ XXII G folio 3514, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

trabajó en identificar necesidades y expectativas de los usuarios frente a las EPS y definir de estrategias que optimicen la experiencia del usuario con el sistema de salud.¹²⁷

87. Reportó que además la Oficina de Calidad, en particular durante la vigencia 2017 realizó un proceso de verificación trimestral de la entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el SGSSS y la Carta de Desempeño de las EPS de ambos regímenes.¹²⁸

88. Explicó que a partir de enero de 2018, las EPS debían tomar medidas a efecto de reportar la nueva variable para el estudio de suficiencia denominada “*periodo de duración del tratamiento*”, con el fin de mejorar la calidad de la información utilizada para esos efectos¹²⁹, que adoptó nuevos parámetros de calidad para validar los datos relacionados con la prestación de servicios de salud¹³⁰ y con la participación de EPS en la construcción de propuestas para ajustes al Plan de Beneficios financiado con la UPC¹³¹.

(ii) *Adoptar las medidas necesarias y emitir la reglamentación que considere pertinente para que el porcentaje de equiparación de la UPC aumente a la meta del 95 %*¹³²

89. Al respecto el MSPS manifestó en un primer momento, que no había encontrado información o evidencia que expresara un plan de equiparación a un porcentaje determinado en virtud de que técnicamente existían diferencias entre los regímenes contributivo y subsidiado¹³³. De igual manera recordó que el ente ministerial había señalado que la senda de igualación de las primas puras de la UPC se realizaría en relación con el cambio de comportamiento de la demanda de servicios, razón por la cual se planteó la mencionada prueba piloto.¹³⁴ Al respecto, resaltó que toda la población contaba con los mismos derechos en salud y que se había garantizado que los afiliados al RS tuvieran la misma cobertura que los del RC.¹³⁵

90. Indicó que existen tres mecanismos para garantizar la disponibilidad de las tecnologías en salud que requiera un ciudadano para mejorar, mantener o recuperar la salud, a saber: (i) las financiadas con recursos de la Nación y de las ET enfocadas en las acciones colectivas (salud pública) (ii) las respaldadas con la UPC (aseguramiento – Resolución 6408 de 2016) y (iii) las financiadas con

¹²⁷ *Ibidem*.

¹²⁸ *Ibidem*, folio 3516.

¹²⁹ Pág. 32, informe remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

¹³⁰ Pág. 33 del informe remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

¹³¹ *Ibidem*.

¹³² AZ XXII G folio 3185, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

¹³³ AZ XXII G folio 3196, remitido por el MSPS el 29 de junio de 2016. Aclaró que la afirmación que emitió en la sesión técnica en relación con la igualación de las primas puras al 95%, se presentó en el contexto de una exposición y por ello no puede tomarse como una meta fijada por el Gobierno, menos aún cuando la entidad por sí sola no representa al Gobierno Nacional y tales decisiones requieren del respaldo de estudios actuariales a partir de la información proveniente de los actores del RS. Por esta razón pidió que se modificara el numeral quinto del auto 411 de 2016.

¹³⁴ AZ XXII G folio 3185, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

¹³⁵ AZ XXII G folio 3186, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

los recursos de las ET y la Nación (no aseguramiento – Resolución 3951 de 2916 modificada por la 5994 de 2016).¹³⁶

91. Conforme a lo anterior, el ente ministerial recalcó que para los tomadores de decisión de política pública, no sería razonable igualar las primas sin justificación económica y técnica, para lo cual se requiere que esta necesidad se encuentre demostrada en las frecuencias de uso de servicios, en los perfiles epidemiológicos de la población y en la composición etaria de cada régimen, entre otras variables.¹³⁷

92. Manifestó que la imposibilidad técnica de igualar la UPC de ambos regímenes recae en la diferencia en los perfiles demográficos (estructura poblacional) y epidemiológica, las condiciones de operación (gastos administrativos y obligatoriedad de contratar con la red pública) de los regímenes y los aspectos socioculturales (Resolución 3951 de 2016), variables que se deben considerar toda vez que la única razón para no hacerlo es la ausencia de información. Estos aspectos tienen incidencia sobre las diferencias entre las frecuencias de uso y la severidad (costos) de los servicios de salud entre los regímenes.¹³⁸

93. En este sentido, concluyó que equiparar las primas puras sería hacer un uso ineficiente de los recursos si ello no tiene un respaldo técnico, lo que finalmente afectaría los derechos individuales y de todos los ciudadanos; en virtud de no disponer de recursos para las necesidades de salud de la población.¹³⁹

94. Como medidas para transferir más recursos al sistema y mejorar la atención en salud y la disponibilidad de información el MSPS reportó (i) la creación de un modelo de atención para zonas alejadas que comenzó a implementarse en Guainía, (ii) la prueba piloto mencionada (iii) la ampliación de los municipios considerados en riesgo en zonas especiales (se reconocieron cerca de 163 municipios más) y (iv) actualizaciones del PBS que se financian vía el aseguramiento.¹⁴⁰

95. Adicionalmente, señaló que a través de las Resoluciones 5858 de 2018 y 3513 de 2019 no solo igualó “*el incremento de la UPC y la prima adicional por zona alejada del continente, sino que se ordenó un favorecimiento en las condiciones de la prestación de los servicios de salud del RS*”.¹⁴¹ Sin embargo, aludió a los factores de la UPC que hacen que se mantenga una prima diferenciada para ambos regímenes.¹⁴²

96. El MSPS manifestó que “*más allá de la equiparación o igualación de las primas puras[...] garantiza la atención de la población a través de los tres*

¹³⁶ Ibidem.

¹³⁷ Ibidem.

¹³⁸ Ibidem.

¹³⁹ Ibidem.

¹⁴⁰ Ibidem, folio 3187.

¹⁴¹ Pag. 35 del informe remitido por el MSPS el 3 de abril de 2020.

¹⁴² Pag. 36 del informe remitido por el MSPS el 3 de abril de 2020.

*mecanismos (...). En relación con la UPC realiza los cálculos respectivos de tal forma que se garantiza la suficiencia de los recursos para la financiación del PBS del aseguramiento, según corresponda”.*¹⁴³

(iii) Garantizar a través de la regulación que sea expedida para el efecto y de la implementación de la política pública pertinente, que la definición de la UPC para ambos regímenes alcance el nivel de suficiencia necesario para financiar el “nuevo POS” -hoy PBS-, esto es, de forma que cubra todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados dentro del plan de beneficios, y que permita garantizar el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible. Lo anterior, sin olvidar que no puede sacrificar la prestación y la efectividad del derecho a la salud, so pretexto de la sostenibilidad financiera.

97. El ente ministerial afirmó que la suficiencia en la financiación de las prestaciones de salud se garantizaría a través de los mecanismos administrativos establecidos por la legislación vigente. Por una parte, con el mecanismo de aseguramiento para acceder al PBS UPC y por la otra, mediante el Mipres para acceder a los dispositivos “*que no estén en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*” en el régimen contributivo y por los mecanismos que establecieran las entidades territoriales en un inicio¹⁴⁴, ya que con posterioridad también se implementó Mipres en el RS.¹⁴⁵

98. Relacionó como avance de este aparte la eliminación del CTC que podía constituir una barrera de acceso a algunos servicios y tecnologías en salud.¹⁴⁶

99. En relación con el mecanismo del aseguramiento, reportó que el cálculo del valor que reconoce el sistema a cada EPS para que se garantice la prestación de los servicios de salud contenidos en el PBS sin diferenciación alguna, asegura su suficiencia considerando que este se realiza tomando la información reportada por los diferentes actores del SGSSS y tiene en cuenta los mecanismos de ajuste de riesgo.¹⁴⁷

100. Informó sobre el valor de la UPC en los años 2013, 2014 y 2015 y resaltó que este valor que se reconoce a las EPS por cada asegurado es el mismo y se ajusta únicamente atendiendo a la ubicación geográfica, la edad y el sexo de los afiliados.¹⁴⁸ Por ejemplo, en el año 2014 se realizó un estudio de actualización de municipios que cumplieran con los criterios necesarios para gozar de prima adicional por dispersión geográfica; así como ejemplo, citó la Resolución 5729 de 2014 con la que se fijó el valor de la UPC Diferencial Indígena del RS para ese año, es decir, la UPC a reconocer a las EPS indígenas.¹⁴⁹

¹⁴³ AZ XXII G folio 3187, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

¹⁴⁴ Ibidem, folio 3188.

¹⁴⁵ Qué resolución lo implementó en el RS.

¹⁴⁶ AZ XXII G folio 3189, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

¹⁴⁷ Ibidem.

¹⁴⁸ AZ XXII G folio 3196, remitido por el MSPS el 29 de junio de 2016.

¹⁴⁹ Ibidem.

101. También remitió el informe de asistencia técnica en RIPS a EPS del RS e IPS de la red pública, en el que resaltó que el estudio analiza cada régimen de manera independiente dado que las fuentes de financiación, los costos de salud, la operación del sistema y los gastos administrativos son distintos entre los regímenes. Agregó que la información aportada por las EPS del Régimen Subsidiado *“no cumple con los criterios de oportunidad, cobertura, claridad, confiabilidad ni con la calidad mínima aceptable para ser considerada como insumo para el cálculo de Unidad de Pago por Capitación -UPC del Régimen Subsidiado”*.¹⁵⁰

102. Como ejemplo, anotó que frente a la calidad de la información que reposa dentro de la base de datos RIPS, al efectuar los análisis básicos de dicha información y considerar el archivo de consultas para los años 2014, 2015 y 2016, observó que cuando las IPS de la red pública reportan información en volumen, su consistencia interna es deficiente.¹⁵¹

103. También enunció que se presentaban duplicaciones de registros en elevada cantidad, representando el 36% de las consultas en el 2014 y el 26% del total de las consultas en el 2015, de igual forma para el 2016 se registraron un 11% de consultas duplicadas.¹⁵² Al respecto, concluyó que de las 267.439.804 de las consultas reportadas en estos 3 años, 71.902.220 se encontraron duplicadas, lo que equivale a un 27% del total de la información analizada.¹⁵³

104. Para el desarrollo de la estrategia prevista, el MSPS indicó que había avanzado en las siguientes actividades realizadas a través de visitas de asistencia técnica, orientadas a mejorar el flujo de información¹⁵⁴:

- Recolección de información *in situ* en la fuente primaria del RIPS (red pública) para realizar un diagnóstico de la situación acerca de las condiciones de captura, procesamiento y reporte de RIPS a las EPS del RS, con el fin de mejorar la calidad de los datos que alimentan los procesos de análisis que desarrolla el ente ministerial para estudiar la suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC, que garantiza el PBS en el RS.¹⁵⁵
- Convocatoria de los representantes de las IPS y personas vinculadas con el proceso de generación de información, con el propósito de aplicar una encuesta, diseñada bajo la estructura de 4 componentes o aspectos fundamentales recogidos a través de 13 preguntas. Explicó que en primera instancia, la encuesta recogía información sobre la identificación del prestador de servicios en relación

¹⁵⁰ AZ XXII G folio 3255, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

¹⁵¹ Ibidem.

¹⁵² Ibidem, folio 3262. *“En una cuarta aproximación, se realiza un proceso básico de calidad sobre el total de las consultas en cada año de análisis, el cual busca determinar la duplicidad, está definida como: “se considera duplicado un registro si, la misma actividad es realizada a una misma persona, en la misma fecha de prestación de servicio y en la misma IPS” Este análisis arroja que para el año 2014 aparecen 41.246.785 de consultas duplicadas que corresponden al 36% del total de las consultas reportadas para ese año, para el año 2015 aparecen 24.582.215 de consultas duplicadas que corresponden al 26% del total de consultas”*.

¹⁵³ AZ XXII G folio 3264, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

¹⁵⁴ Ibidem, folio 3267.

¹⁵⁵ AZ XXII G folio 3267, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

con su identificación, representación legal y la capacidad instalada para la atención de servicios de salud. En segunda instancia, indagaba sobre como se realizaba la construcción de la información de la prestación de los servicios de salud, usos que le daba la entidad, validaciones de calidad que aplicaban, herramientas utilizadas, entidades a las cuales le reportaban, entre otras. En tercer lugar, señaló que recogía las principales dificultades que se presentaban en el procesamiento de los RIPS. Finalmente, indagó frente a posibles dificultades que podrían presentarse ante cambios en la estructura de los archivos de reporte de RIPS.¹⁵⁶

- Realización de talleres para que en grupos de trabajo desarrollaran diálogos organizados permitiendo espacios de discusión para abordar los principales problemas y las diferentes propuestas para solucionar inconvenientes relacionados con el registro primario del dato: calidad, oportunidad y cobertura, la organización y administración de los datos, la transferencia de los mismos y la devolución de la información por parte de los pagadores.¹⁵⁷

105. Entregó resultados obtenidos con la cobertura de la asistencia técnica a la red pública, las encuestas realizadas a las IPS,¹⁵⁸ sobre el análisis del registro primario del dato y de la organización y administración de estos últimos¹⁵⁹, sobre su transferencia¹⁶⁰, devolución de información por parte de los pagadores y respecto de los resultados de la visita de asistencia técnica a EPS.

106. En relación con los resultados obtenidos sobre la cobertura de la asistencia técnica a la red pública, indicó que para el 2 de agosto, fecha en que remitió el informe de asistencia técnica en RIPS a EPS del RS e IPS de la red pública, tuvo contacto con 744 ESE, lo que correspondía a un 75% de la red pública del país. Señaló que en dicho proceso participaron alrededor de 1400 funcionarios que desarrollaron actividades relacionadas con los procesos de RIPS y de facturación. De igual manera resaltó las visitas a 22 entidades con población afiliada al RS y población indígena¹⁶¹

107. Respecto a los resultados que arrojaron las encuestas elevadas a las IPS, informó que logró identificarse que el 100% de IPS públicas generaba RIPS; pero únicamente el 53% de ellas reconocieron las utilidades que tienen los RIPS frente a la caracterización de la morbimortalidad de su población, pero también como soporte a la facturación o fuente para otros análisis que contribuyen a la toma de decisiones.

108. Señaló que las IPS reportaron el uso de distintos tipos de validadores debido a que las EPS han desarrollado parámetros propios acorde con sus necesidades particulares que trascienden a los que contiene el validador oficial

¹⁵⁶ Ibidem.

¹⁵⁷ Ibidem.

¹⁵⁸ Ibidem, folio 3268.

¹⁵⁹ Ibidem, folio 3272.

¹⁶⁰ Ibidem.

¹⁶¹ Ibidem, folio 3268.

definido por el Ministerio, generando multiprocesos en las IPS para cumplir con los requisitos específicos de cada pagador.

109. Agregó que la mayoría de las IPS encuestadas generaron información de RIPS para todas las EAPB, aseguradoras SOAT y ARL; a pesar de lo establecido en la Resolución 951 de 2002 respecto a que las EAPB “...no podrán retrasar la recepción, revisión y pago de las cuentas de cobro o facturas por no estar soportadas por los RIPS o cuando estos no pasen el control de la estructura y consistencia del dato del validador...”, el 96% de las IPS encuestadas manifestaron que los RIPS son requisito para el pago de las facturas; de acuerdo con las IPS, la causa más común de devolución de información de RIPS de parte de las EPS fue el incumplimiento de las reglas de validación creadas por cada una de estas entidades.¹⁶²

110. El ente ministerial enunció las siguientes, como las principales dificultades referidas por las IPS para la generación de los RIPS:¹⁶³

“- Cada EPS tiene un validador diferente según su conveniencia, con ítems que no son de norma o son creados por ellos no validando teniendo (sic) problemas con las facturas.

- Algunos códigos dados por las EPS no los toma el validador y generan error. Códigos de medicamentos que la EPS no acepta.

- Desactualización del sistema y validadores.

- Falta de autorización de las EPS al momento de la validación.

- Las EPS presentan inconsistencia en fecha de nacimiento, sexo, identificación x cambio de documento.

- Falta de verificación de los usuarios al momento de brindarles el servicio.

- Falta de personal dedicado y falta de recursos y software integrado.

- Las autorizaciones que genera la EPS no concuerdan con el # de procedimientos o los días de estancia facturadas por las IPS.

- Las EPS no se actualizan; no hay actualización de los CUPS.”

111. El MSPS informó que a partir de los talleres que se llevaron a cabo, encontró problemas en las tablas de referencia CUM, CUPS y CIE-10 dentro del proceso de codificación de las prestaciones en salud, especialmente por la rotación del personal y el desconocimiento de los nomencladores vigentes establecidos por el ente regulador, sin procesos de capacitación permanentes que aseguren tal conocimiento.¹⁶⁴ Además de que la producción de la información era manual o en archivos excel en muchas IPS, lo cual puede generar pérdida de datos e inconsistencias, entre otras, porque muchas veces los registros se tornan ilegibles.¹⁶⁵ Así mismo, que se encuentran desactualizadas y que algunas EPS bloquean códigos que consideran que no son útiles para sus estadísticas epidemiológicas, lo cual induce a error en el registro¹⁶⁶.

¹⁶² AZ XXII G folio 3269, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

¹⁶³ Ibidem, folio 3271.

¹⁶⁴ AZ XXII G folio 3271, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

¹⁶⁵ AZ XXII G folio 3272, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

¹⁶⁶ Ibidem.

112. Respecto a la organización y administración de los datos, las IPS identificaron como principal dificultad requerimientos de diferentes tipos que exigen las EPS, de conformidad con sus propios métodos de validación de información, que implican mayores tiempos y esfuerzos necesarios para el afinamiento y procesamiento de los datos a fin de superar los distintos validadores.¹⁶⁷

113. Esta imposición por parte de las EPS de validadores diferentes a los impuestos por el ente ministerial genera falencias en los procesos de transferencia de datos, tanto estructuralmente como de contenido¹⁶⁸. Así mismo los tiempos impuestos por parte de las EPS a las IPS para entregar información, son insuficientes e inadecuados e incompatibles con las dinámicas propias del prestador para la generación de los reportes, lo que genera inconvenientes en la transferencia de información.¹⁶⁹

114. De igual manera, manifestó que la infraestructura tecnológica con la que cuentan las IPS para el manejo de los datos dificultaba la organización de estos, bien sea por utilizar diferentes softwares que son obsoletos, por realizar migraciones de software que ralentizan el proceso de organización de la información o por carecer de un sistema integrado que permita la conectividad entre las diferentes sedes de una misma institución. Agregó que contribuye en la producción de tales fallas el hecho de que estos procesos se acompañan de personal no idóneo para el manejo de estos.¹⁷⁰

115. El Ministerio indicó que las IPS reportaron inconvenientes asociados a errores en la identificación de los usuarios, derivados de la falta de actualización de las bases de datos por parte de la EPS o a errores propios del prestador en la verificación de los derechos de los usuarios.¹⁷¹ De igual forma se registró como causa de devolución de la información cuando las EPS encuentran que la factura o el soporte físico no coincide con el RIPS o cuando la IPS presta un servicio en ausencia de contrato o convenio que los respalde.¹⁷²

116. Informó que estas visitas de asistencia técnica permitieron rastrear la problemática que estaba afectando la calidad, oportunidad y completitud de la información que le entregaban a la entidad en el RS, y que se relacionaba directamente con niveles desiguales de gestión entre las distintas empresas respecto a la recolección, procesamiento y reporte de la información base para la toma de decisiones por el Ministerio.¹⁷³

117. El Minsalud señaló que las EPS presentaban inconvenientes en la recolección de la información, entre otras cosas, por la falta de obligatoriedad para las IPS de soportar la facturación con los RIPS para su reconocimiento y

¹⁶⁷ Ibidem.

¹⁶⁸ Ibidem.

¹⁶⁹ Ibidem.

¹⁷⁰ Ibidem.

¹⁷¹ Ibidem.

¹⁷² Ibidem, folio 3273.

¹⁷³ AZ XXII G folio 3273, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

pago, las cuales también señalaban en menor proporción que los datos que recibían son incompletos, toda vez que muchas veces no se informa sobre los contratos de capitación y de los servicios autorizados, o se presentan inconsistencias diversas y errores de codificación, como ocurre cuando se reportan medicamentos en codificación ATC debiendo reportarse en CUM y errores en el registro de los códigos de procedimientos en salud - CUPS.¹⁷⁴

118. En relación con el procesamiento de información, evidenció falencias derivadas de las parametrizaciones generadas por las EPS para la validación de la calidad de los RIPS, por ser diferentes a las del validador oficial del Ministerio, como ya se indicó, bajo el argumento de que estas últimas no garantizan la calidad de la información.¹⁷⁵

119. Los sistemas de información deberían operar de manera eficiente entre las diferentes áreas, no solo para procesar y responder a los requerimientos sino también para desarrollar la gestión a la que se deben como delegatarios del estado para la prestación de servicios de salud. Observó que existen EPS sin control sobre la red de prestadores que deben reportar información.¹⁷⁶ También encontró que el flujo de información al interior de estas entidades no tiene la correspondencia que debería existir.

120. Adicionalmente, identificó *“falencias en la construcción y gestión de la nota técnica para la prestación de servicios de salud, así como en la definición de esquemas metodológicos para el cálculo de las reservas técnicas, lo cual afecta la cobertura en valor que genera esta información y por ende, la conformación de la base de suficiencia para el cálculo de la UPC”*, esto en lo que tiene que ver con la información requerida para estudiar la suficiencia de la UPC y los mecanismos de ajuste de riesgo.¹⁷⁷

121. Debido a los resultados obtenidos en vigencias anteriores al 2017 en cuanto a la información reportada para estudiar la suficiencia de la UPC del RS y en atención a las visitas técnicas realizadas, el Ministerio explicó que se establecieron unos compromisos para mejorar la calidad de los datos en relación con algunas EPS de 23 ciudades, tales como:¹⁷⁸

- Mantener el porcentaje de cobertura en registros y valor de la información reportada para el estudio de suficiencia.
- Reportar información con una cobertura del 90% sobre el total del gasto.
- Implementar un procedimiento que garantice la efectividad de las calidades que se van a reportar para el estudio de suficiencia de la UPC.
- Realizar trabajo coordinado con el área de sistemas con el fin de que el reporte sea lo más fidedigno.

¹⁷⁴ Ibidem.

¹⁷⁵ Ibidem.

¹⁷⁶ Ibidem.

¹⁷⁷ Ibidem.

¹⁷⁸ Ibidem, folio 3274.

- Reportar autorizaciones, insumos e IBNR¹⁷⁹.
- Utilizar los formatos vigentes para el reporte de información, realizar acompañamiento, capacitación y seguimiento permanentes a la calidad y oportunidad del reporte de RIPS, enviar la información antes del corte final; diligenciar completa y adecuadamente el formato de cobertura de información de los RIPS.
- Revisar concordancia entre los valores certificados contablemente y reportados en la base de datos, de manera previa al cargue de información; identificar e informar sobre las IPS con las cuales se presentan problemas para el reporte de RIPS.
- Cargar al FTP la información contable de las vigencias 2015 y 2016.
- Conservar la gestión necesaria y las acciones de seguimiento para lograr el reporte oportuno y con calidad de parte de los prestadores.
- Mantener resultados de cobertura de información superiores al 95%, entre muchos otros.

122. En el segundo informe semestral de implementación de medidas y expedición de la reglamentación relacionada con la suficiencia de la UPC, el MSPS también invocó la Resolución 1683 de 2015.¹⁸⁰

123. En lo que tiene que ver con el referido acto administrativo, el MSPS recordó que esta Sala mediante auto 411 de 2015 le ordenó en el numeral cuarto, adoptar las medidas necesarias para la creación del nuevo registro de negaciones donde se rediseñaran los lineamientos establecidos en la Resolución en comento, así propiciar que los registros de tecnologías y servicios en salud que fueran negados y aprobados por los CTC, se tornaran precisos, actualizados, consistentes y confiables, y que a través de los reportes de información se facilitara el análisis cuantitativo y cualitativo de las tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, de manera que se determinara: i) cuáles eran los servicios que más se negaban, ii) cuáles se encontraban incluidos en el POS, iii) cuáles eran las EPS que más se abstenían de autorizar y, iv) la razón por la que no eran autorizados.¹⁸¹

124. El MSPS informó que en cumplimiento del auto 411 de 2015 profirió la Resolución 2064 de 2017 por medio de la cual se adoptó el instrumento para el reporte de la información de los servicios y tecnologías en salud negados y aprobadas por el CTC, y suministrados a los afiliados del régimen subsidiado.¹⁸²

125. También aludió a algunas situaciones que requieren mejoría en relación con la recolección de información para el cálculo de la suficiencia de la UPC¹⁸³ y explicó que deben tenerse en cuenta algunos ajustes al momento de efectuar esta

¹⁷⁹ “Ajuste por siniestros incurridos pero no reportados o no correctamente reservados”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/estudios-sostenibilidad-y-suficiencia-2014.pdf>.

¹⁸⁰ AZ XXII G folio 3493, segundo informe remitido por Minsalud el 12 de febrero de 2018.

¹⁸¹ Ibidem.

¹⁸² AZ XXII G folio 3493, segundo informe remitido por Minsalud el 12 de febrero de 2018.

¹⁸³ AZ XXII G folio 3274, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

operación por cuanto la información base de estos cálculos se toma de otros periodos y debe actualizarse.¹⁸⁴

126. Así mismo puso de presente que los estudios de suficiencia y los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la UPC, analizan la información de los regímenes de forma independiente y reconocen las diferencias existentes entre los mismos, en términos de fuentes de financiación, costos según la evidencia disponible, operación, población afiliada, riesgos y gastos administrativos, con lo que se aporta a la previsión de acciones para el mejoramiento de la salud de la población y a la sostenibilidad financiera del SGSSS. Estos ejercicios prevén la suficiencia de los recursos que financian el mecanismo de protección colectiva, construyéndose con fundamento en la información demográfica, epidemiológica y de carga de la enfermedad del país, haciéndose un análisis a priori de las necesidades del país, modo en que se reconoce un monto ex-ante a un tercer pagador, a través de un valor per cápita, denominado UPC, destinada a garantizar la financiación de todas las tecnologías en salud y servicios que estructuran este mecanismo.¹⁸⁵

127. Explicó los periodos de recolección de la información, de aplicación o de pronóstico, el *trending* por inflación y por frecuencias, el funcionamiento de los homólogos de ciertos medicamentos y dispositivos que no hacen parte del PBS UPC, la estimación de las primas actuales, la prima pura, la comercial y la ecuación básica del seguro en el SGSSS.

(iv) *Cambios y resultados obtenidos con la puesta en marcha de la prueba piloto implementada en la Resolución 5968 de 2014.*

128. Con el informe del 2 de agosto de 2017 el MSPS adjuntó los “*Primeros resultados de evaluación de la prueba piloto de igualación de prima pura del régimen subsidiado al régimen contributivo*”¹⁸⁶ y al del 18 de febrero de 2018 anexó el segundo reporte de resultados de análisis de dicha prueba¹⁸⁷ en los que explicó que el ejercicio de la prueba piloto se desarrolló en el marco del mecanismo del aseguramiento colectivo; que este garantiza la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al sistema general de seguridad social en salud a través de las EPS que administran ambos regímenes y se complementa con el mecanismo de protección individual a través del Mipres -los cuales se sostienen con recursos estatales destinados a la salud- y que además son reforzados con el mecanismo de exclusiones.¹⁸⁸

129. Puntualizó que desde la Ley Estatutaria de Salud ha desplegado acciones representativas como: (i) el Mipres¹⁸⁹; (ii) la puesta en marcha del Modelo

¹⁸⁴ Página 43 del informe remitido por el MSPS el 3 de abril de 2020.

¹⁸⁵ *Ibidem*.

¹⁸⁶ AZ XXII G folio 3280, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

¹⁸⁷ AZ XXII G folio 3589, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2019.

¹⁸⁸ AZ XXII G folio 3594, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2019.

¹⁸⁹ “*El desarrollo de una estrategia que fortalece la autonomía médica para la prescripción de medicamentos y procedimientos en salud acorde a las necesidades de atención de las personas*”.

Integral de Atención en Salud -MIAS-¹⁹⁰ y, (iii) la generación de nuevas reglas de afiliación y acceso a los servicios de salud, dando lugar a mecanismos de protección en situaciones donde el derecho a la salud puede verse más vulnerado.¹⁹¹ En particular explicó que el Mipres guarda relación directa con el estudio de suficiencia de la UPC y los mecanismos de ajuste de riesgo y en cuanto a ella, el “país ha venido ordenando la cobertura del sistema público de salud, definiendo qué se cubre (...) y de qué manera se paga (diferencialmente) por lo cubierto”, significando con ello que se ha avanzado progresivamente en la reconfiguración del conjunto de prestaciones de salud disponibles en el país a través del PBS.

130. Expuso que aun cuando una de sus prioridades ha sido reducir la diferencia entre las primas puras de la UPC de ambos regímenes y avanzar hacia la equiparación de manera progresiva de las mismas (respecto de lo cual citó todas las resoluciones emitidas a partir del 2012 hasta 2017 con las que fijó el valor de la UPC en ambos regímenes para el año siguiente)¹⁹², a partir del informe del 26 de abril de 2013 viene profundizando en las razones estadísticas, matemáticas y actuariales que le han permitido concluir que la diferencia poblacional y de perfil epidemiológico justifica la imposibilidad de igualación de la UPC para ambos regímenes.¹⁹³

131. Mencionó que una vez proferido el auto 411 y establecida la necesidad de mejorar algunas falencias en relación con la información que entregaba el RS, se estipuló¹⁹⁴ que las entidades territoriales, las EPS e IPS públicas y privadas tenían el deber de gestionar la información requerida para la fijación de la UPC, especialmente en el marco de la prueba piloto de igualación de prima pura del régimen subsidiado al contributivo.¹⁹⁵

132. Explicó brevemente que con la prueba piloto se buscaba evaluar¹⁹⁶ las frecuencias de uso de la prestación de servicios de salud en Bogotá, Santiago de Cali, Barranquilla y Medellín, para determinar si era factible igualar la prima pura del RS con la del RC manteniendo los ponderadores de edad, sexo y zona geográfica del Régimen Subsidiado¹⁹⁷. Que también se pretendía (i) encontrar evidencia para confirmar los hallazgos de la entidad, esto es, que la demanda de los servicios es diferente en virtud de las diferencias poblacionales y de uso e (ii) incentivar a las EPS del RS en la entrega de información.¹⁹⁸

¹⁹⁰ “A fin de garantizar más allá de la cobertura, otros objetivos como son la integralidad, la oportunidad y la calidad en la atención en salud”.

¹⁹¹ AZ XXII G folio 3291, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

¹⁹² AZ XXII G folio 3595 y vuelto, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2019.

¹⁹³ AZ XXII G folio 3597 vuelto, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2019. Esta es la fecha que la Corte halla acreditada como el momento en que el Ministerio demuestra los argumentos expresados en el 2012 y que carecían de fundamento

¹⁹⁴ Artículo 14 de la Resolución 5522 de 2013; 19 de la Resolución 5925 2014; 5.1.2, 5.2.1 y 6 de la Resolución 5968 de 2014; 18.3, 21.1.2, 21.2.1, 22 de la Resolución 5593 de 2015; 21.1.2, 21.2.1, 22, 23 y 24 de la Resolución 6411 de 2016 y 18, 21.1.2, 21.2.1, 22, 23 y 24 de la Resolución 5268 de 2017.

¹⁹⁵ AZ XXII G folio 3597 vuelto, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2019.

¹⁹⁶ Inicialmente durante 2015 y 2016.

¹⁹⁷ Informe remitido por el MSPS el 3 de abril de 2020.

¹⁹⁸ AZ XXII G folios 3298 y 3697 vuelto. Informes remitidos por el MSPS el 2 de agosto de 2017 y el 18 de febrero de 2018, respectivamente.

133. Informó que mediante la Resolución 6411 de 2016 se dio continuidad a la prueba piloto por dos años más de lo que inicialmente se había presupuestado, a saber 2016 y 2018, y señaló que efectuó visitas técnicas a las EPS del RS para brindar apoyo en el reporte correcto de la información y de este modo trabajar de la mano con las EPS que presentaran datos bajos de calidad para ser incluidas en sus programas de visitas presenciales por el Ministerio para establecer los aspectos que requirieran ser corregidos y someterlos a un ajuste monitoreado por dicha cartera de salud y supervisado por la Supersalud.¹⁹⁹

134. En esa resolución se fijó el valor anual de la UPC de la prueba piloto para el RS y se planteó la estructura de costos por grupo etario de la UPC-S para la prueba, las responsabilidades tanto de las ET como de las IPS, la obligación de reportar la información de manera codificada según la normativa vigente²⁰⁰ y en unas fechas determinadas²⁰¹.

135. Los dos reportes los desarrolló conforme a la misma metodología y bases de datos para extraer la información requerida para su elaboración. Hizo anotaciones similares en relación con diferentes subtemas desarrollados en el ítem de la calidad de la información²⁰², adicionando en el segundo como parte de la metodología la verificación de vectores de tiempo²⁰³ y de dosis máximas de dispensación a cada paciente en relación con un medicamento.²⁰⁴

136. En conclusión, la información que se recolectó en las dos fases de la prueba piloto, buscó verificar, entre otras cosas, la estructura de los archivos, la consistencia de los datos epidemiológicos y de los que deben cruzarse, los derechos de los usuarios, las atenciones únicas de salud, los vectores de tiempo, los valores extremos de frecuencia y valor, las dosis máximas de dispensación, los afiliados con el mismo tipo de identificación y los prestadores de servicios de salud, tanto personas naturales como jurídicas.

137. También aludió a las EPS que reportaron dentro de la prueba piloto para los años 2015 y 2016, sobre los afiliados activos en el RS y el uso de los servicios de salud en cada una de ellas, identificando además la cantidad de hombres afiliados por cada 100 mujeres, el porcentaje de estos que hace uso de los servicios de salud y la población que supera los 60 años de edad, entre otros aspectos; análisis demográfico “población uso” que se efectuó en cada una de las EPS que reportaron información en las ciudades objeto de la prueba.²⁰⁵

¹⁹⁹ AZ XXII G folio 3185, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

²⁰⁰ “En caso de medicamentos, se atenderá a lo dispuesto en la Resolución 255 de 2007, la Resolución 3166 de 2015 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. En caso de servicios y procedimientos, se atenderá a lo dispuesto en las Resoluciones 4678 de 2015, y 1132 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.”

²⁰¹ AZ XXII G folio 3502, segundo informe remitido por Minsalud el 12 de febrero de 2018.

²⁰² AZ XXII G folio 3597, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2019. Explicó de igual manera en qué consiste la verificación de la estructura, la consistencia de la información, la verificación cruzada de esta, la verificación de los derechos de los usuarios y las verificaciones de las atenciones en salud únicas.

²⁰³ *En este proceso se verifican vectores de tiempo de las atenciones de salud como la sumatoria de estancias hospitalarias mayores a 365 días en el año.*

²⁰⁴ AZ XXII G folio 3600 vuelto, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2019.

²⁰⁵ AZ XXII G folios 3334 a 3352, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

138. Adicionalmente, expuso que se desagregó la información y se entregaron datos relacionados con el uso de los servicios por los afiliados de ambos regímenes en diferentes ámbitos, a saber, el ambulatorio, hospitalario, urgencias y domiciliario en cada una de las ciudades en que se practicó la prueba piloto, encontrando que en Bogotá es donde se prestaron más atenciones en cada ámbito tanto en el 2015 como en el 2016, aunque sus cifras son similares a las arrojadas en relación con las otras 3 ciudades parte de la prueba piloto. El estudio también mostró las principales EPS en las que se prestaron la mayoría de estos servicios, la frecuencia de uso de los procedimientos, de los medicamentos, la morbilidad en procedimientos frecuentes y los diagnósticos que más se presentaron, entre otros.

Procuraduría General de la Nación

139. Mediante documento del 1 de diciembre de 2017 manifestó que remitió algunos oficios y efectuó visitas al MSPS con fines preventivos y de control de gestión para el seguimiento de las órdenes 21 y 22 de la sentencia T-760 de 2008 y el cumplimiento del auto 411 de 2016. Expuso que solicitó al ente ministerial informar sobre cuáles procesos habían sido mejorados, materializados real y efectivamente y cuáles quedaban pendientes por cumplir, adjuntando los respectivos documentos de soporte.²⁰⁶

140. De este modo explicó la acciones y resultados reportados por parte de la cartera de salud en relación con los requerimientos elevados en el auto 411 de 2016. Se refirió a las acciones desplegadas por obtener información con mejor calidad, se pronunció sobre las barreras de acceso a los servicios de salud, la deficiencia de los datos, las garantías contenidas en la reglamentación expedida y la suficiencia de la UPC. Expuso que el MSPS manifestó que el mandato en cuestión se encontraba cumplido.

141. Teniendo en cuenta las actuaciones administrativas de acompañamiento y vigilancia de las órdenes impartidas por la Corte, la entidad expresó que continuaría ejerciendo las facultades otorgadas por la Constitución y la ley para exigir el cumplimiento de los cometidos y fines esenciales del Estado en el sector de la Salud.²⁰⁷

Gestarsalud

142. Expuso que a febrero de 2018 las autoridades²⁰⁸ a las que se impartieron diferentes directrices en relación con los mandatos 21 y 22 proferidos en la sentencia T-760 de 2008 no habían cumplido con aquellas, de conformidad con las respuestas que obtuvo con ocasión de las peticiones que elevó ante cada una de ellas en septiembre de 2017, que en su parecer, pusieron en entre dicho tal

²⁰⁶ AZ XXII G folio 3395, remitido por la PGN el 1 de diciembre de 2017.

²⁰⁷ AZ XXII G folio 3398 vuelto, remitido por la PGN el 1 de diciembre de 2017.

²⁰⁸ A la Procuraduría remitió petición el 21 de septiembre de 2017 y al MSPS, a la CGR y a la Supersalud el 25 del mismo mes y año.

acatamiento. La asociación adjuntó a su documento cada una de las respuestas emitidas.²⁰⁹

143. La Procuraduría²¹⁰ expuso la información remitida a dicha entidad por parte del MSPS en virtud de las preguntas que le planteó a este.

144. El MSPS respondió una a una las preguntas planteadas por Gestarsaud relacionadas con las investigaciones que se requieren para la realización de los estudios y encuestas establecidas en la Agenda Programática Nacional de Estudio Poblacionales, sobre las actualizaciones que ha efectuado a dichos estudios según lo establecido en la referida agenda, respecto de las reglamentaciones expedidas para controlar el adecuado y racional uso de los servicios y tecnologías en salud, sobre medidas normativas y de fiscalización para prevenir y evitar la elusión y evasión del pago de cotizaciones así como para estimular a quienes cuentan con la capacidad económica para ello.

145. Además aludió a las normas para contrarrestar las barreras administrativas u obstáculos que puedan llegar a presentarse en el tránsito entre regímenes sobre: acciones desplegadas para solucionar las deficiencias del sistema de información; la igualación de la UPC del RS a la del RC en un 95%; los cambios obtenidos con la prueba piloto implementada en la resolución 5968 de 2014 y finalmente; si los informes y cronogramas que debían remitirse a esta Sala Especial se allegaron dentro de los plazos establecidos en el auto 411 de 2016.²¹¹

146. Se refirió de manera general a los estudios, su temporalidad y las actualizaciones realizadas a los mismos, y explicó que la gran variedad de estos se complementan entre si y alimentan el sistema de información del país y se van actualizando de manera periódica, entregando viabilidad, pertinencia y oportunidad a la agenda programática.²¹²

147. Explicó que el Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud se ha conformado y fortalecido con la ayuda de diferentes actores de salud, entre otros el DANE, universidades y diferentes grupos de investigación del país, y que todas las encuestas se ponen a disposición de otros actores para la elaboración de análisis y estudios secundarios.²¹³

148. Indicó que ha desarrollado varias estrategias para el cumplimiento de la garantía del derecho a la salud y se refirió a las mismas.²¹⁴

²⁰⁹ AZ XXII G folios 3400 a 3492 remitido por Gestarsalud el 1 de diciembre de 2017.

²¹⁰ Respondió las preguntas elevadas por Gestarsalud remitiendo documento de fecha 1 de diciembre de 2017.

²¹¹ AZ XXII G folios 3416 a 3462, remitido por Minsalud el 17 de octubre de 2017 a Gestarsalud.

²¹² AZ XXII G folio 3421, remitido por Minsalud el 17 de octubre de 2017 a Gestarsalud. El MSPS enunció algunos estudios y encuestas de la Agenda y su aporte al análisis de la situación de salud del país, entre otros la Encuesta Nacional de Salud -ENS-, la Encuesta Nacional de Salud Escolar -ENSE- y la Encuesta nacional de Salud Bucal -ENSAB-.

²¹³ AZ XXII G folios 3421 a 3423, remitido por Minsalud el 17 de octubre de 2017 a Gestarsalud.

²¹⁴ AZ XXII G folio 3431, remitido por Minsalud el 17 de octubre de 2017 a Gestarsalud.

- (i) Protección de las prestaciones colectivas
- (ii) Protección de las prestaciones individuales
- (iii) Mecanismo de exclusiones
- (iv) Fortalecimiento de la puerta de entrada

149. Sobre las medidas normativas y de fiscalización para prevenir la evasión y la elusión del pago en la cotización obligatoria de salud y para estimular que quienes tengan capacidad económica efectivamente coticen al sistema, aclaró que no es competente para llevar a cabo acciones de fiscalización tendientes a este objetivo.²¹⁵ No obstante, diseñó una herramienta de control de algunas situaciones que se encuentran ligadas a la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes -PILA-, la cual le permite verificar quiénes son los cotizantes, cuándo se presenta omisión, inexactitud o mora en el pago.²¹⁶

150. Para contrarrestar las barreras administrativas u obstáculos que puedan llegar a presentarse en el tránsito de regímenes, el MSPS informó que uno de los componentes del SGSSS es la garantía de la afiliación que permite a las personas acceder a los servicios de salud.

151. Como una de las medidas más relevantes, enlistó el Decreto 2353 de 2015 por el cual se unificaron y actualizaron las reglas de afiliación al SGSSS, se creó el Sistema de Afiliación Transaccional -SAT- y se definieron instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho²¹⁷, impactando en el acceso, continuidad e integralidad a los servicios de salud de los afiliados, según explicó el MSPS.²¹⁸ Señaló que con este decreto se logró:

*“(i) eliminar las barreras de acceso (ii) garantizar la protección de poblaciones vulnerables en caso de que sufran cambios en sus condiciones económicas (madres gestantes menores de edad y pensionados entre otros) (iii) fortalecer la capacidad y gestión de información de los usuarios del sistema e (iv) incrementar el control de prácticas perversas en el Sistema como la selección de riesgos por parte del asegurador.”*²¹⁹

152. El MSPS manifestó que se han tomado otras medidas para mejorar la información relacionada con la afiliación²²⁰ como la depuración de datos de afiliados y aportantes en la BDUA, la inclusión del certificado de nacido vivo como documento válido para la identificación de los menores de un mes y de la variable del grupo familiar para los afiliados al RS.

153. También aludió a la automatización del proceso de cargue de RIPS, el seguimiento por parte de la Supersalud al no reporte de los RIPS por las entidades promotoras de salud, el portal de www.miseguridadsocial.gov.co creado para que los ciudadanos reporten novedades y efectúen consultas en el SGSSS y en el Sistema General de Riesgos Laborales, y la utilización de los

(v) Eventos catastróficos y accidentes de tránsito

(vi) Prestaciones cubiertas con recursos de la salud pública

(vii) Prestaciones de salud con cobertura por parte del Sistema de Riesgos Laborales

(viii) Otras estrategias para el cumplimiento y materialización del derecho como son la compra centralizada y las rutas de atención integral.

²¹⁵ Ley 1438 de 2011, artículo 130 numeral 130.8.

²¹⁶ *Ibidem*.

²¹⁷ Norma que fue derogada por el Decreto 780 de 2016 que recogió su contenido textual.

²¹⁸ AZ XXII G folio 3435, remitido por Minsalud el 17 de octubre de 2017 a Gestarsalud.

²¹⁹ *Ibidem*.

²²⁰ AZ XXII G folio 3447, remitido por Minsalud el 17 de octubre de 2017 a Gestarsalud.

datos de RIPS suministrados para la construcción de algoritmos para la asignación de recursos a las entidades territoriales.²²¹

154. Relacionó las acciones desplegadas para mejorar el reporte de la negación de los servicios de salud,²²² la estandarización de datos y codificaciones²²³, las acciones realizadas para el mejoramiento del de negación de servicios Resolución 1683 de 2015²²⁴ y otras²²⁵.

155. Finalmente, respecto de los cambios y resultados obtenidos en la implementación de la prueba piloto, el Ministerio remitió a Gestarsalud el documento “*Primeros resultados de la evaluación de la prueba piloto de igualación de prima pura del régimen subsidiado al régimen contributivo*” con fecha de elaboración, julio de 2017.²²⁶

156. Por su parte, la Contraloría Delegada para el sector social dio respuesta a los numerales 3 y 4 de la petición elevada por Gestarsalud de verificar si las EPS se encontraban destinando de manera adecuada los recursos del sistema de salud.²²⁷

157. Recordó que la Comisión Asesora en Salud tiene entre sus funciones la de formular recomendaciones sobre el valor de la UPC en cada régimen, así como los lineamientos para determinar la metodología para su cálculo²²⁸ y que la competencia de determinar la suficiencia de esta prima es del Ministerio de Salud en concordancia con las recomendaciones y lineamientos que dicte la Comisión. De este modo, aclaró que la evaluación de los métodos para el cálculo de la prima de aseguramiento implica un ejercicio de naturaleza distinta al que le compete con ocasión de sus funciones de vigilancia y control fiscal.²²⁹ Por último indicó a Gestarsalud que al 2 de octubre de 2017 no había enviado informe alguno a la Corte sobre la materia.

158. Finalmente, la Superintendencia Nacional de Salud expuso que no se encontraron investigaciones tendientes a identificar que las EPS estuvieran destinando de manera inadecuada los recursos del SGSSS y tampoco para verificar el nexo causal entre el detrimento patrimonial de las EPS y el valor de la prima asignada a cada una de esas entidades, con el fin de determinar si el primero es consecuencia de la insuficiencia de la UPC.²³⁰

159. Posteriormente²³¹, Gestarsalud indicó que hacían falta ajustes para contar con un sistema de información único, en el que disminuya el tiempo de

²²¹ Ibidem.

²²² Ibidem, folio 3448.

²²³ Ibidem.

²²⁴ Ibidem.

²²⁵ Ibidem.

²²⁶ Ibidem, folio 3454.

²²⁷ Ibidem, folio 3466.

²²⁸ Ibidem.

²²⁹ Ibidem, folio 3468.

²³⁰ AZ XXII G folios 3475 a 3492, remitido por Supersalud el 16 de noviembre de 2017 a Gestarsalud. No obstante, remitió información sobre investigaciones relacionadas con el flujo de recursos.

²³¹ Gestarsalud, documento remitido el 18 de enero de 2021.

procesamiento para que haya una mayor oportunidad y que permita calcular y actualizar con precisión el valor de la UPC. Así mismo, señaló que si bien las medidas implementadas por el Minsalud han contribuido a mejorar la calidad y veracidad de la información que deben entregar las EPS, no puede dejarse de lado que aún falta mucho por avanzar en este proceso, para lo cual considera que es necesario que se conozcan de antemano los criterios de la información a suministrar y se identifiquen con precisión los responsables del cargue de la información, los tiempos y las características de los datos requeridos, generando cambios para que los errores registrados no se presenten a futuro.

160. Indicó que los sistemas de información con que cuenta el SGSSS “*facilitan el análisis del comportamiento del acceso a los servicios de salud por parte de los afiliados*”²³². Sin embargo, mencionó que conocer a fondo el contenido de las peticiones, quejas y reclamos que radican los usuarios de la salud, permitiría establecer, entre otras, si las barreras de acceso son imputables a los prestadores, a otros actores o incluso a la misma población que no ha generado cultura del buen uso de los servicios de salud.

161. También señaló que la información que reportan las EPS es suficiente para calcular el valor de la UPC, pero que pueden mejorarse aspectos como la inclusión de información de otros actores, la intervención en el subregistro que se puede presentar desde la prestación del servicio, la completitud de la información, la definición de los costos reales para ciertos grupos poblacionales y la aplicación a la caracterización de los grupos de riesgo con las incidencias de sus determinantes sociales, entre otras²³³.

162. Además de la información que se solicita a las EPS para calcular el valor de la UPC, considera importante tener en cuenta los datos que podrían allegar actores como lo son los operadores o dispensadores de medicamentos, insumos y demás tecnologías de la salud e información de precios, ya que el Minsalud da a conocer que el universo de los datos es el entregado por las aseguradoras autorizadas, sin tener en cuenta los demás metadatos de las variables que impactarán las cifras para el año posterior.

163. Consideró que la UPC de ambos regímenes debe igualarse teniendo en cuenta que se prestan los mismos servicios, especialmente si se tiene en cuenta que los regímenes están llamados a desaparecer. Adicionalmente, apreció como cierta la afirmación de la Secretaría de Salud de Bogotá de que la negación de los servicios se relaciona con la insuficiencia de la UPC en el régimen subsidiado, y que la prestación de los mismos servicios a la población debe tener como soporte el establecimiento de las mismas condiciones de los valores a pagar en el proceso de atención²³⁴.

164. Anotó que no todas las negaciones de servicios derivan de una falla en la entidad aseguradora, ya que muchas se encuentran enmarcadas en causas

²³² Ibidem, pág.7.

²³³ Ibidem, pág.8.

²³⁴ Gestarsalud, documento remitido el 18 de enero de 2021, pág.11.

justificadas, como que el servicio no sea médico, no se encuentre cubierto por la UPC o no sea pertinente medicamente, entre otras razones. Además, señaló que en la actualidad los porcentajes de la causa de negación de servicios y tecnologías incluidos en el PBS son menores y con la entrada del Mipres disminuye la probabilidad “*de que se repita algún error que hubiera podido ocurrir bajo el mecanismo*” del CTC. No obstante, considera que el valor de la UPC no es suficiente para cubrir la demanda de servicios en salud.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

165. Mediante documento de fecha 15 de febrero de 2017 la entidad reiteró a grandes rasgos, lo dicho en la sesión técnica de fecha 13 de mayo de 2016 en la que expuso la imposibilidad de igualación de las primas puras de ambos regímenes y explicó las razones de esa afirmación.²³⁵

Contraloría General de la República

166. En primer lugar, manifestó²³⁶ que en razón de su competencia tenía a cargo la vigilancia de los recursos públicos de la Nación o de aquellos que tuvieran origen en esta última, independientemente de que se encontraran en cabeza de entidades públicas del sector nacional, territorial o de particulares, control que se ejercía de manera posterior y selectiva, conforme a los procedimientos, sistemas y principios que establezca la ley. Esto con la finalidad de que se presente una correcta y eficiente administración de los recursos públicos, entendiéndose por gestión fiscal lo dispuesto en el artículo 3º de la Ley 610 de 2000²³⁷.

167. Adicionalmente, aunque no aludió en concreto a la UPC, reportó que en el direccionamiento estratégico de la Contraloría se incluye la planificación y programación del Plan de Vigilancia y Control Fiscal -PVCF²³⁸-, así como la asignación de actividades de auditoría que la alta dirección determina adelantar en cada vigencia, con el fin de realizar una vigilancia y control efectivo y oportuno a los recursos, en cumplimiento del mandato constitucional; así mismo remitió información sobre las actuaciones fiscales adelantadas durante las vigencias de 2012 a 2015.²³⁹

²³⁵ AZ XXII G folio 3204, remitido por Minhacienda el 29 de junio de 2016. Adjuntó impresa la presentación power point referida, no obstante, la misma no permite ser analizada debido a que se corta la información contenida en la misma debido a una mala impresión.

²³⁶ AZ XXII G folio 3192, remitido por la CGR el 18 de enero de 2017.

²³⁷ “Artículo 3º. *Gestión fiscal. Para los efectos de la presente ley, se entiende por gestión fiscal el conjunto de actividades económicas, jurídicas y tecnológicas, que realizan los servidores públicos y las personas de derecho privado que manejen o administren recursos o fondos públicos, tendientes a la adecuada y correcta adquisición, planeación, conservación, administración, custodia, explotación, enajenación, consumo, adjudicación, gasto, inversión y disposición de los bienes públicos, así como a la recaudación, manejo e inversión de sus rentas en orden a cumplir los fines esenciales del Estado, con sujeción a los principios de legalidad, eficiencia, economía, eficacia, equidad, imparcialidad, moralidad, transparencia, publicidad y valoración de los costos ambientales.*”

²³⁸ AZ XXII G folio 3193, informe remitido por la CGR el 18 de enero de 2017. Explicó que la planificación del PVCF consiste en la identificación de los entes objeto de control fiscal, así como las políticas públicas, planes, programas, proyectos, procesos o temas de interés que deben ser auditados durante una vigencia, atendiendo las prioridades nacionales, los lineamientos de la alta dirección, las prioridades de las unidades ejecutoras, e indicó que para el desarrollo de su control fiscal micro, la entidad cuenta con el procedimiento contenido en la “*Guía de auditoría de la Contraloría General de la República de Colombia*”, que comprende el proceso auditor en tres fases (planeación, ejecución e informe) y que se desarrolla de manera armónica y consecutiva.

²³⁹ AZ XXII G folio 3193, remitido por la CGR el 18 de enero de 2017.

Superintendencia Nacional de Salud

168. En cuanto a si existió una incidencia negativa en la prestación de los servicios de salud por la liquidación de las EPS que salieron del sistema en los años 2014 a 2016 y las consecuencias que ello eventualmente generaría en la definición de la UPC, informó los nombres de las Entidades Promotoras de Salud que entraron en liquidación durante el periodo referido y que la asignación de afiliados se realizó de acuerdo a los lineamientos del Decreto 3045 de 2013.²⁴⁰

169. Respecto de los resultados obtenidos con ocasión de las investigaciones que la Sala le ordenó iniciar mediante el auto 411 de 2016, enlistó en un cuadro datos sobre las sanciones impuestas en la vigencia de 2019, relacionadas con la insuficiencia de la información, negación de los servicios de salud e incumplimiento de instrucciones Supersalud, que ascienden a \$9.457.084.740.²⁴¹

170. Finalmente aludió a los objetivos del MSPS relacionados con la fijación del valor de la UPC, resaltando que con base en la información reportada a la Supersalud se elaboran los estudios financieros de las aseguradoras.²⁴²

Defensoría del Pueblo de Colombia

171. Destacó que se mantiene el número creciente de tutelas, por barreras persistentes de acceso a diagnóstico, tratamiento y traslado de pacientes, con énfasis en el uso de tecnologías, medicamentos en específico, para los pacientes crónicos y de alto costo. Las tutelas, indican que, tanto para el acceso a la salud como para el ejercicio de la tutela, hay barreras de diferente tipo para los afiliados de ambos regímenes, en particular para el RS, las poblaciones rurales y dispersas. Así, por ejemplo, en relación con enfermedades de alto costo como el cáncer, encontró diferencias en tiempos de acceso, en supervivencia global y libre, entre otras, que indican desigualdad para los afiliados del RS²⁴³.

172. Señaló que, en el estudio de suficiencia elaborado por el Minsalud para la vigencia del 2020, se evidenció que la población afiliada al RS registra características diferentes a la del RC y que acceden en menor proporción a los servicios y tecnologías en salud que requieren, frente a los afiliados del RC. Así mismo, indicó que la extensión de uso de servicios del Régimen Contributivo es mayor a la del Subsidiado, así por ejemplo, en el 2018, el 82,2% de la población afiliada al contributivo utilizó servicios de salud, en contraste con el 71,5% de

²⁴⁰ Informe de la Superintendencia Nacional de Salud el 14 de abril de 2020. Golden Group, Comfenalco Antioquia, Colsubsidio, Cafam, Caprecom y Saludcoop. Decreto 3045 de 2013 “*establecer las condiciones para garantizar la continuidad en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la prestación del servicio público de salud a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo o subsidiado, cualquiera sea su naturaleza jurídica, cuando dichas entidades se retiren o liquiden voluntariamente, ocurra la revocatoria de la autorización de funcionamiento del régimen contributivo o del certificado de habilitación para el régimen subsidiado o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.*”

²⁴¹ Superintendencia Nacional de Salud, documento del 14 de abril de 2020.

²⁴² Superintendencia Nacional de Salud, documento del 14 de abril de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>.

²⁴³ Defensoría del Pueblo, 3 de diciembre de 2020, pág. 2.

los afiliados al subsidiado, lo que significa una diferencia de más de 10 puntos en el acceso a los servicios y tecnologías en salud entre los regímenes, sin desconocer que no se accede de manera oportuna a los beneficios en salud en el RS, como es el caso de los pacientes con diagnóstico de cáncer, lo cual puede tener causas de tipo estructural como la ubicación de estos usuarios en las regiones con mayor índice de pobreza en el país; y coyunturales como es el caso de la pandemia originada por el SARS-CoV-2 (COVID-19).²⁴⁴

173. Anotó que se presentan deficiencias en materia de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, lo que se refleja, entre otras cosas, en las dificultades de los afiliados al RS y de ciertas poblaciones especiales para acceder oportunamente a los servicios de salud, que además, en ciertas zonas no cuentan con oferta de atención especializada, y aunque no deban pagar copagos incurren en gastos de bolsillo para trasladarse hasta a 4 horas desde su lugar de residencia. Adicionalmente, no hay modelos de salud que lleven la atención a estas zonas, a pesar de los esfuerzos de la política de atención integral en Salud y de los modelos operativos MIAS²⁴⁵ y MAITE²⁴⁶, de manera que consideró que no se observa una senda de progresividad para el logro de lo dispuesto en el art 20 de la LES.²⁴⁷

174. Por esta misma línea, indicó que aunque los estudios de cálculo de la UPC que elabora el Minsalud reflejan que hay una tendencia decreciente en el uso de los servicios de salud, ello puede derivar de la falta de información del RS, lo que ha conllevado a que la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Operación del aseguramiento en salud haya recomendado al Ministerio que, de continuar con la tendencia de ausencia de información de calidad por parte de las aseguradoras del subsidiado, el incremento para la vigencia 2021 fuera conforme a la inflación.²⁴⁸

175. En suma, concluyó que *“los estudios reportados por el Ministerio de Salud y Protección Social y las pruebas piloto, tanto la que alude la Resolución 5968 de 2014, y la que se realizan en el marco del Decreto 1811 de 2017 no son suficientes para concluir que una UPC diferente en ambos regímenes permita igualdad de condiciones a la población de ambos regímenes, al acceso a los servicios y tecnologías en salud PBS UPC”*.²⁴⁹ Además, que la información sigue siendo insuficiente y las EPS que superan los estándares de calidad no son el mayor porcentaje, por lo que la misma no es representativa, especialmente en el RS.

*Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social
– Fedesalud*

²⁴⁴ *Ibidem*, pág. 4.

²⁴⁵ Modelo Integral de Atención en Salud.

²⁴⁶ Modelo de Acción Integral Territorial.

²⁴⁷ Defensoría del Pueblo, 3 de diciembre de 2020, págs. 5 y 6.

²⁴⁸ *Ibidem*, pág. 7.

²⁴⁹ Defensoría del Pueblo, 3 de diciembre de 2020, págs. 9.

176. Manifestó que los sistemas de información con los que cuenta en la actualidad el SGSSS no entregan los datos de manera oportuna ni con calidad, de manera que no es posible calcular y actualizar con precisión el valor de la UPC, para lo cual citó el estudio de la Universidad Nacional²⁵⁰ en el cual dicha institución ponía de presente los inconvenientes que generaban, por una parte, el hecho de que la información proviniera de una sola fuente, a saber de las EPS, toda vez que ello no brindaba la posibilidad de contrastación de la misma, anotando además la importancia de que el sistema migrara a un modelo dinámico y que pudiera operar en tiempo real.

177. En segundo lugar, la dificultad que generaba analizar dicha información con ocasión de que la misma se presentaba de forma diferente de un año a otro, lo que impedía comparar las “*frecuencias y costos de los distintos servicios*”; y en tercer lugar, la ausencia de datos suficientes sobre servicios por parte de algunas administradoras; falencias que en parecer de Fedesalud continúan inmodificables permitiendo la manipulación y dificultando un adecuado control de los distintos escenarios en que se desenvuelve el SGSSS.²⁵¹

178. De igual modo, resaltó, como se planteó en el referido estudio de la Universidad Nacional, que una herramienta de información eficiente debe contener indicadores de gestión que desarrollen más elementos y permitan un seguimiento continuo para cada una de las coberturas, toda vez que el cálculo de la UPC no puede limitarse a la estricta contabilización de cada una de las erogaciones en que incurren las EPS para atender a sus afiliados. Lo anterior, atendiendo a que los estudios anuales que se desarrollan en Colombia no incluyen estos indicadores y siguen siendo estudios de suficiencia para buscar equilibrio entre los ingresos y los gastos para definir la UPC²⁵².

179. También señaló que los sistemas de información del SGSSS no permiten identificar las barreras de acceso a los servicios de salud de la población ni adoptar decisiones a corto plazo. Consideró que el problema de las cifras es su alta agregación y generalidad, y que los datos sobre la calidad de la atención deben estar ligados a cada territorio y población, y de este modo poder contar con utilidad como indicadores de acceso y servicio. Al respecto, Fedesalud explicó que el link en internet mediante el cual el Ministerio puso a disposición la información relacionada con el tema, de conformidad con la respuesta que emitió al auto del 11 de marzo de 2020, les ha representado serias dificultades para acceder a la información y poder evaluarla, y aquella a la que se logra acceder es totalmente fragmentaria, por lo que no reúne la consistencia necesaria para un análisis de la accesibilidad real al sistema.

180. Sobre el método de cálculo de la UPC resaltó que los inconvenientes fundamentales del mismo recaen sobre la metodología, toda vez que se encuentra desligada de los problemas reales de salud de la población, invisibiliza las

²⁵⁰ Informe del Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación. Nota Técnica. Universidad Nacional de Colombia. Concurso de Méritos con Precalificación No. 01 De 2010. Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación en Salud (CRES). Bogotá, marzo 15 de 2011.

²⁵¹ Fedesalud, Informe Integral de fecha 4 de diciembre de 2020.

²⁵² Ibidem, pág. 6.

barreras de acceso a los servicios y ello deriva en que la mayoría de estos se financien a las poblaciones urbanas con mayor poder adquisitivo y no a los más pobres.

181. Así mismo, anotó que el pago diferencial de la UPC se justifica en razones que no tienen cabida, pues si bien hay menor uso de los servicios en el RS ello sucede porque han existido graves diferencias en términos de oferta de servicios y facilidades para acceder a los mismos²⁵³, en este sentido, la demanda va más allá de querer o no, recibir el servicio, sino que debe considerar las condiciones sociales, de salud y de oferta de estos, lo que determinan esta variable, ya que en algunas ocasiones no se accede a ellos por las barreras geográficas o insuficiencia general de la red de servicios.

182. En concreto, señaló que ciertos servicios suelen concentrarse en las zonas en que vive la población con mayores recursos y su prestación tiende a desaparecer en las localidades y municipios más pobres, en donde además los hospitales no cuentan con tecnología suficiente para prestar atención de un nivel de complejidad media o alta, lo que pone en riesgo la vida de esta población ante cualquier situación crítica de salud que requiera estos estándares de servicios. Así, tratar de justificar menos recursos para cierta población porque no demandan servicios, *“es un simple intento de “naturalizar” las desigualdades entre los ciudadanos de nuestro país”*²⁵⁴. Adicionalmente, indicó que el RC recibe ingresos de más fuentes que el RS, lo que incrementa la desigualdad entre regímenes. Como ejemplo, citó que el *“Sistema General de Seguridad Social en Salud paga un 35% más a las EPS del Régimen Contributivo por los niños de 1 a 4 años que a las EPS del Régimen Subsidiado”*²⁵⁵. El pago del componente de promoción y prevención refuerza la inequidad entre el Régimen Contributivo y el Subsidiado para los grupos de edad con una UPC menor, es decir los niños.

183. Indicó que el Minsalud expuso ante la Comisión Asesora de Beneficios, costos y tarifas en noviembre de 2018, que *“el objetivo de la prueba piloto fue monitorear las frecuencias de uso y determinar con ello la factibilidad de equiparar dichas primas”*, no obstante, manifestó *“que la información recopilada a esa fecha no permitió concluir sobre las frecuencias de uso”*. Por esta y otras razones, como la falta de envío de la información necesaria al Ministerio, la Comisión recomendó el cierre de las pruebas piloto²⁵⁶.

184. Puso de presente que entre el 2011 y el 2016, atendiendo a la encuesta de calidad de vida de esos años, se ratificó una menor accesibilidad y mayores barreras de acceso a los servicios de salud por parte de la población en el RS en los últimos 30 días del año²⁵⁷. *“Prueba de esta inaccesibilidad está en que el SGSSS entrega cinco veces más recursos al Régimen Contributivo que al Régimen Subsidiado (\$3.333.679.923.783 pesos contra 594.572.228.671 pesos), con poblaciones similares en número (Resolución 206 de 2020).”*

²⁵³ Fedesalud, Informe Integral de fecha 4 de diciembre de 2020, págs. 11-13.

²⁵⁴ Ibidem, pág. 22.

²⁵⁵ Ibidem, pág. 24.

²⁵⁶ Fedesalud, Informe Integral de fecha 4 de diciembre de 2020, pág. 34.

²⁵⁷ Ibidem, pág. 36.

185. Finalmente, señaló que en virtud del aspecto demográfico a los grupos poblacionales, atendiendo a su edad, se les asigna un ponderador y un per cápita mayor que a su similar en el otro régimen en algunas ocasiones, toda vez que en función de algún factor externo demanda mayor cantidad de servicios, como ocurre por ejemplo con la población de 15 a 18 y 19 a 44, a quienes se les asigna un ponderador y un per cápita mayor en el RS que en el RC, en función del mayor gasto que se presenta por accidentalidad y violencia.

Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral- Acemi

186. Indicó que la prima pura de riesgo debe ser igual en ambos regímenes si se tiene en cuenta que el Plan de Beneficios con Cargo a la UPC es igual en ambos regímenes y su cálculo derivar de un estudio actuarial, porque implica un análisis de probabilidades que, entre otras cosas, debe tener en cuenta que pueden existir comportamientos diferentes a nivel regional. Señaló que lo anterior significa que, es necesario contar con información sobre la población afiliada, su edad, ubicación, problemas de salud anteriores tanto de la persona como familiares, el tipo de servicio que usan, si son de carácter preventivo, en programas de seguimiento y control como el de los niños, o en atenciones urgentes ante un episodio agudo de enfermedad o de aquellas más programadas cuando se diagnostica una enfermedad crónica²⁵⁸.

187. Aseveró que “*para determinar la suficiencia de la UPC es imperioso contar no sólo con una buena información sino también con una buena metodología actuarial que trate de realizar la mejor estimación posible del gasto*”, lo cual opera independientemente del tipo de afiliación que se tenga, el método será igual, solo que la prima pura puede cambiar entre EPS dependiendo de las características de la población de cada una de ellas, según las variables escogidas en el cálculo.

188. Por esta misma línea, agregó que el cálculo ha estado de manera consistente por debajo del costo real, lo cual implica que las EPS han tenido que asumir esa desviación con su propio patrimonio, lo que podría impactar el cabal funcionamiento del sistema y al final, la adecuada garantía de efectividad del derecho fundamental²⁵⁹. Adicionó que el costo de algunos servicios no pudo ser considerados en el cálculo de la UPC porque la información no pasó los controles de validación impuestos por el Ministerio. En este sentido, planteó que, si estos gastos no pudieran ser cargados al sistema, el resultado de ello es que la UPC ha estado consistentemente por debajo del costo real, lo que genera un déficit que, al producirse de manera continua, deriva en la necesidad de revisar la metodología y del proceso de cálculo.

189. Planteó que mejorar la información disponible al interior del SGSSS, destinar más recursos para los sistemas de información de la red pública y ajustar la metodología introduciendo nuevos elementos, ayudaría a optimizar el cálculo

²⁵⁸ Acemi, 12 de enero de 2021, págs. 4-5.

²⁵⁹ Acemi, 12 de enero de 2021, pág. 7.

de la UPC. Al respecto, añadió que a través de NUMERIS²⁶⁰ presentó al MSPS una nueva metodología de proyección de los costos de atención en salud del régimen contributivo²⁶¹.

190. Indicó que debe reconocerse el esfuerzo realizado por el Ministerio “*quien ha creado varias plataformas de información dirigidas a disponer de la información necesaria para mejorar el conocimiento de los riesgos y los costos de atención, pero se requiere garantizar su interoperabilidad y realizar un esfuerzo mayor en la red pública y privada para disponer de esa información para mejorar el cálculo*”²⁶².

191. Señaló que el mismo Ministerio indicó²⁶³ que la cobertura del reporte por parte de las IPS al sistema de información para la calidad es del 66%, situación que impacta de manera negativa los análisis de suficiencia, generando unas cargas adicionales a las EPS. De igual manera, anotó que los sistemas de información existentes ayudan a monitorear el acceso a los servicios, aun cuando no permiten dilucidar las causas en virtud de las cuales se dificulta la atención²⁶⁴. En este sentido, indicó que la si bien los datos reportados permiten calcular y ajustar la UPC, es importante avanzar en algunos aspectos²⁶⁵.

192. Manifestó que la obligatoriedad de contratación con las ESE y la insuficiencia de la UPC en el RS, terminan afectando la prestación de servicios y tecnologías que se encuentran incluidos en el PBS UPC en dicho régimen. Así mismo, que los porcentajes de negación son muy pequeños para el gran volumen de servicios entregados y que el solo hecho de que exista una negación de un servicio demandado, no implica necesariamente una falla de la entidad que lo niega o del sistema en su conjunto; sin embargo, la suficiencia de la prima es también un factor importante para efectos de garantizar el acceso en condiciones óptimas.

II. CONSIDERACIONES

Competencia

1. En atención a las facultades otorgadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional, en sesión del 1º de abril de 2009; el artículo 86 de la

²⁶⁰ Firma especializada en modelos actuariales. Acemi allegó dos estudios elaborados por NUMERIS en relación con el tema con la finalidad de que la Corte, si considera, los tenga en cuenta, a saber: “*Evaluación de la Suficiencia de Ingresos por UPC en el Régimen Contributivo de Salud 2010-2017*” y “*Propuesta de Metodología de Cálculo de UPC para el año 2011 Régimen Contributivo de Salud*”.

²⁶¹ Acemi, 12 de enero de 2021, pág. 10. Propuesta de Metodología de Cálculo de UPC para el año 2021 Régimen Contributivo de Salud.

²⁶² Acemi, 12 de enero de 2021, pág. 11.

²⁶³ Oficio Rad. 202011200473771 (pág. 30).

²⁶⁴ Acemi, 12 de enero de 2021, pág. 13.

²⁶⁵ Como mecanismos para ajustar la falta de completitud de la información, definir UPC diferencial por la gestión del riesgo alcanzada por parte de las aseguradoras, revisar permanentemente el comportamiento de ciertos elementos, adelantar periódicamente estudios de actualización de ponderadores y fortalecer la evaluación de ingreso y obsolescencia de tecnologías de manera sistemática y continua, entre otros.

Constitución Política; y el artículo 27 del Decreto Estatutario 2591 de 1991²⁶⁶, la Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir este auto.

Metodología de la valoración

2. La Sala estudiará el grado de acatamiento de los mandatos vigésimo primero y vigésimo segundo proferidos en la sentencia T-760 de 2008, en virtud de los cuales se busca, principalmente, alcanzar la suficiencia de la UPC en ambos regímenes, de manera que se garantice la prestación de todos los servicios PBS que se cubren con dicha prima, para lo cual estudiará las acciones dirigidas a la consecución de este objetivo, que han sido desplegadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de otras autoridades del Gobierno y actores del sector salud como las EPS e IPS.

3. Para estos efectos analizará, de conformidad con los niveles de cumplimiento establecidos paulatinamente a partir del auto 411 de 2015²⁶⁷ y lo mencionado por esta Sala en diferentes ocasiones, en relación con la intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas²⁶⁸, las medidas reportadas por el ente ministerial, dirigidas a acatar las directrices impartidas en la sentencia estructural y en el último auto de valoración 411 de 2016, con fundamento en el acervo documental que reposa en el expediente.

4. Así, atendiendo a lo descrito, la Sala (i) fijará el alcance de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia T-760 de 2008; (ii) explicará y analizará las acciones ejecutadas y las medidas implementadas por el Ministerio de Salud y Protección Social dirigidas a acatar las directrices en estudio²⁶⁹ y; (iii) valorará el nivel de acatamiento de los mandatos vigésimo primero y vigésimo segundo.

5. Para esto, la Sala verificará las medidas implementadas en relación con los requerimientos elevados en el auto 411 de 2016, necesarios para dar cumplimiento a las órdenes en estudio, a saber:

(i) La adopción de medidas y reglamentación pertinente para solucionar las deficiencias del sistema de información, y que estas, a) contribuyeran a mejorar la calidad de información que reportan las EPS del régimen subsidiado, con el

²⁶⁶ “Artículo 27. Cumplimiento del fallo. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirlo sin demora.

Si no lo hiciere dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes, el juez se dirigirá al superior del responsable y le requerirá para que lo haga cumplir y abra el correspondiente procedimiento disciplinario contra aquél (sic). 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.”

²⁶⁷ 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. También se hizo alusión en el auto 186 de 2018 dentro del marco de valoración de la orden vigesimoquinta, y el 470 A de 2019 dentro de la orden vigesimocuarta, entre otros.

²⁶⁸ Cfr. autos 140 y 470 A de 2019,

²⁶⁹ Este punto tendrá en cuenta tanto los avances reportados por el Ministerio de Salud como la información remitida por otras entidades en virtud de lo dispuesto en el auto 411 de 2016.

fin de que la misma sea representativa en la definición de la UPC; *b)* consideraran dentro del sistema de información las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades reales de la población; *c)* ayudaran a solucionar la deficiencia de los datos provenientes de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del RS.

(ii) La creación de medidas y reglamentación pertinente para que la UPC del RS aumentara el porcentaje de equiparación a la meta del 95 % señalada por el Gobierno.

(iii) Informar los cambios y resultados obtenidos con la ejecución de la prueba piloto implementada en la Resolución 5968 de 2014.

(iv) Fijar un cronograma para indicar la periodicidad con la cual se acreditaría lo ordenado en los ítems precedentes, el cual debía ser presentado a esta Corporación en el término máximo de un mes contado a partir de la notificación de dicha providencia.

(v) Garantizar a través de la regulación que fuera expedida para el efecto y de la implementación de la política pública pertinente que la definición de la UPC para ambos regímenes, alcanzara el nivel de suficiencia necesario para financiar el nuevo POS -hoy PBS-, esto es, de forma que cubra todos los tratamientos y tecnologías en salud que no se encuentren expresamente exceptuados del PBS, y que permita garantizar el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible.

Alcance de las órdenes vigésimo primera y vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008

6. En la sentencia T-760 de 2008, la Corte señaló fallas de tipo regulatorio, en la observancia de mandatos de carácter legal que debían tenerse en cuenta en las actuaciones de la política pública y carencias en el desarrollo de las funciones de control inspección y vigilancia en cabeza de algunas entidades, entre otras, que afectaban el goce efectivo del derecho a la salud de los residentes en el territorio nacional.

7. La Corte se preguntó si el Estado desconocía el derecho a la salud de los beneficiarios del RS, por no haber tomado las medidas para garantizar que estos pudieran acceder a un plan de beneficios igual al contemplado para el RC.

8. Al resolver este interrogante, consideró que era constitucionalmente inadmisibles que no se hubiera previsto superar la desigualdad entre el plan subsidiado y el contributivo, diferencia que encontró más gravosa para el caso de los menores de edad. Evidenció que para ese momento el Gobierno había adoptado medidas muy débiles sobre el particular²⁷⁰, sin que se hubiera realizado

²⁷⁰ El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud expidió la siguiente regulación: (i) Acuerdo 001 de 1994, mediante el cual se dio su propio reglamento y reconoció entre sus funciones la de “*diseñar el programa que permita a los afiliados del régimen subsidiado alcanzar el Plan Obligatorio de Salud del sistema contributivo, en*

un programa que definiera metas específicas para el acercamiento progresivo de los dos planes de beneficios, ni un cronograma que lo respaldara.

9. A juicio de esta Corporación, lo anterior, además de resultar regresivo y de contribuir a la confusión en los usuarios sobre cuáles eran las prestaciones de salud a las que tenían derecho, implicó en la práctica la prolongación de las privaciones y limitaciones del derecho a la salud de las personas más necesitadas en el sistema, esto es, los beneficiarios del régimen subsidiado.

10. Así, la Corte creyó pertinente ordenar a la CRES unificar los planes de beneficios para los niños y las niñas de ambos regímenes. De igual forma, con el fin de alcanzar la unificación gradual y sostenible de los mismos para el resto de las personas, esto es, los mayores de edad, pidió a esa entidad adoptar un programa y un cronograma que tuviera en cuenta las prioridades de la población según estudios epidemiológicos y la sostenibilidad financiera, definiendo mecanismos para racionalizar el acceso a los servicios, identificar los desestímulos para el pago de cotizaciones por parte de los usuarios, estimular a aquellos con capacidad económica para que coticen al sistema y garantizar a quienes hagan tránsito del RS al RC, que puedan regresar ágilmente al régimen subsidiado cuando su situación socioeconómica desmejore. También, que la Comisión ofreciera oportunidades de participación a las organizaciones que representen los intereses de los usuarios del sistema de salud y de la comunidad médica.

11. La Sala valoró el cumplimiento de los mencionados mandatos. Así, mediante los autos 261 y 262 de 2012 determinó, sobre el programa y el cronograma que: (i) no se adoptaron medidas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios; (ii) no se gestionó un avance significativo tendiente a prevenir la evasión y elusión de aportes en salud; (iii) no existieron medidas dirigidas a facilitar el tránsito entre regímenes para aquellos usuarios que lo requirieran por la variación de su capacidad económica; y (iv) no se acreditó la participación activa de los usuarios y de la comunidad médica en la ejecución del programa y cronograma fijados para la unificación del entonces POS. Al respecto consideró lo siguiente:

“... es indispensable avanzar en el diseño de un sistema de información que permita lograr un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el SGSSS, máxime cuando contar con información incompleta e incorrecta constituye el principal obstáculo para que las personas accedan a los servicios de salud a los que tienen derecho, además de ser una fuente constante de desmedro de los recursos asignados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y, como es evidente,

forma progresiva antes del año 2001”; (ii) Acuerdo 009 de 1994, mediante el cual fijó los lineamientos para un plan de unificación; y (iii) Acuerdo 015 de 1995, en el cual dispuso “recomendar el incremento de la UPC del régimen subsidiado con el propósito de alcanzar la integralidad en la cobertura de servicios para la población más pobre y vulnerable del país, de acuerdo con la viabilidad financiera aprobada por el Ministerio de Hacienda” y “recomendar el incremento de los beneficios cubiertos por el POS subsidiado, de modo que este se acerque lo más posible en servicios a los contemplados en el POS Contributivo”. De igual forma, se expidió la Ley 1122 de 2007, cuyo artículo 14 dispuso que “la Comisión de Regulación en Salud actualizará anualmente el Plan Obligatorio de Salud buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el que se encuentra previsto para el régimen contributivo”.

impide que exista credibilidad en las determinaciones que adopte el Gobierno basado en la información recolectada al interior del sistema.

También deberá procurarse prontamente una metodología óptima para que las decisiones referidas a la UPC-C y UPC-S respondan a la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente, teniendo en cuenta no solamente las denuncias de insuficiencia de la UPC-S, sino además las advertencias respecto a la sobredimensión de la UPC del régimen contributivo, tal como lo expuso la Contralora General de la República en la reciente Audiencia Pública del 10 de mayo”.

12. En cuanto a la suficiencia de la UPC no encontró justificaciones, razonamientos, fundamentos y/o soportes técnicos que permitieran concluir que era constitucionalmente aceptable fijar una UPC diferencial entre ambos regímenes, máxime cuando por un menor valor se pretendía prestar los mismos servicios y en condiciones idénticas de equidad, oportunidad y calidad.

13. Por esa razón, ordenó al MSPS y a la CRES: (i) determinar la frecuencia de la realización de los estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc.; (ii) actualizar dichos estudios; (iii) racionalizar el acceso a los servicios de salud; (iv) reglamentar las medidas adoptadas para prevenir y evitar la evasión y elusión en el pago de la cotización obligatoria en salud; (v) estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen; y (vi) facilitar el tránsito entre regímenes, para aquellas personas que así lo requieran por la variación de sus ingresos económicos²⁷¹.

14. De igual forma, la Sala ordenó al Ministerio de Salud, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la CRES y al Departamento Nacional de Planeación -DNP-, elaborar una metodología apropiada para establecer la suficiencia de la UPC-C y de la UPC-S, fundada en estudios que contaran con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del entonces POS unificado pudiera prestarse eficiente y oportunamente por las EPS-S en las mismas condiciones de calidad que las EPS-C, garantizando el equilibrio financiero para tales entidades.

²⁷¹ Auto 261 de 2012: “SEGUNDO. ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud que, en el término de seis (6) meses, dé cumplimiento a los siguientes requerimientos de la orden vigésimo segunda: 1. Adelante las investigaciones tendientes a evidenciar con qué frecuencia se requiere en nuestro país llevar a cabo los diferentes estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc. 2. Actualice los estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc. 3. Establezca medidas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios de salud, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas y sin que se impida el acceso a servicios de salud requeridos. 4. Reglamente las medidas adoptadas para prevenir y evitar la evasión y elusión en el pago de la cotización obligatoria en salud, especialmente las contenidas en las leyes 1393 de 2010, 1438 y 1450 de 2011. 5. Adopte medidas (a priori) para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen en el SGSSS. 6. Adopte medidas que faciliten el tránsito entre regímenes, para aquellas personas que así lo requieran por la variación de sus ingresos económicos. Para acreditar el cumplimiento de estos presupuestos, deberán remitir un informe bimensual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación, con copia a esta Sala Especial de Seguimiento, en el que se evidencie el avance en cada uno de estos aspectos. El primero de dichos informes deberá allegarse antes del 1 de diciembre de 2012”.

15. Así mismo, diseñar un sistema de información que permitiera lograr un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el sistema. Finalmente, la Corte dispuso la igualación de la UPC para ambos regímenes hasta tanto las entidades responsables dieran cumplimiento a lo ordenado en los mencionados proveídos²⁷².

16. Posteriormente la Sala profirió el auto 411 de 2016 mediante el cual declaró el cumplimiento alto de los mandatos específicos impartidos en el numeral segundo del auto 261 de 2012²⁷³ con fundamento en que el ente ministerial adoptó numerosas medidas conducentes a cumplir con el objetivo de lo dispuesto por esta Corporación, no obstante, evidenció que aún persistían algunos aspectos que precisaban ser solucionados y consideró necesario suspender el seguimiento por parte de la Corte y que la continuación de la verificación de la política pública a la que se circunscribe este mandato fuera entregada a la Procuraduría²⁷⁴.

17. Se pronunció sobre las órdenes conjuntas impartidas en los numerales tercero y cuarto del auto 261 de 2012, y segundo y tercero del auto 262 de 2012 y declaró el cumplimiento medio al concluir que el sistema de información

²⁷² Numerales tercero y cuarto del Auto 261 de 2012 y segundo y tercero del Auto 262 de 2012: “ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la Comisión de Regulación en Salud y al Departamento Nacional de Planeación, que elaboren la metodología apropiada para establecer la suficiencia de la UPC-C y de la UPC-S, que debe fundarse en estudios que demuestren contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado podrán prestarse eficiente y oportunamente por las EPS-S en las mismas condiciones de calidad que las EPS contributivas, garantizando el equilibrio financiero para tales entidades. Así mismo deberán diseñar un sistema de información que permita lograr un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el SGSSS” // “DISPONER que hasta tanto se dé cumplimiento al numeral anterior, deberá entenderse que a partir de la fecha de expedición de esta providencia, el valor de la UPC-S será igual al establecido para la UPC del régimen contributivo”.

²⁷³ Las órdenes son las siguientes: “Segundo. Ordenar al Ministerio [...] y a la [CRES] que, en el término de seis (6) meses, dé cumplimiento a los siguientes requerimientos de la orden vigésimo segunda: 1. Adelante las investigaciones tendientes a evidenciar con qué frecuencia se requiere en nuestro país llevar a cabo los diferentes estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc. 2. Actualice los estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc. 3. Establezca medidas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios de salud, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas y sin que se impida el acceso a servicios de salud requeridos. 4. Reglamente las medidas adoptadas para prevenir y evitar la evasión y elusión en el pago de la cotización obligatoria en salud, especialmente las contenidas en las leyes 1393 de 2010, 1438 y 1450 de 2011. 5. Adopte medidas (a priori) para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen en el SGSSS. 6. Adopte medidas que faciliten el tránsito entre regímenes, para aquellas personas que así lo requieran por la variación de sus ingresos económicos. Para acreditar el cumplimiento de estos presupuestos, deberán remitir un informe bimensual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría [...], con copia a esta Sala Especial de Seguimiento, en el que se evidencie el avance en cada uno de estos aspectos. El primero de dichos informes deberá allegarse antes del 1 de diciembre de 2012.”

²⁷⁴ Para que en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales verificara que el Ministerio de Salud [...]: “(i) [continuará] adelantando las investigaciones [...] para determinar la frecuencia que se requiere para la realización de los estudios y encuestas establecidos en la Agenda Programática Nacional de estudios Poblacionales en Salud; (ii) [continuará] actualizando los estudios y encuestas de conformidad con lo establecido en la Agenda Programática Nacional de estudios Poblacionales en Salud; (iii) [reglamentará] las disposiciones concernientes para definir los mecanismos idóneos dirigidos a controlar el adecuado y racional uso de los servicios y tecnologías en salud; (iv) [continuará] adoptando las medidas normativas y de fiscalización, necesarias para prevenir y evitar la elusión y evasión del pago en la cotización obligatoria de salud, así como para estimular que quienes tienen capacidad económica efectivamente coticen al sistema; [y] (v) [reglamentará] las disposiciones concernientes para contrarrestar las barreras administrativas u obstáculos que puedan llegar a presentarse en el tránsito entre regímenes.”

implementado por el Ministerio de Salud no contaba con datos sólidos y confiables.

18. Así, en el numeral quinto de la parte resolutive impartió varias órdenes al Ministerio de Salud, para que adoptara medidas dirigidas a: (i) solucionar las deficiencias del sistema de información; (ii) equiparar el porcentaje de la UPC del RS en un 95 % del valor del RC y (iii) que la definición de la UPC para ambos regímenes alcanzara el nivel de suficiencia necesario para financiar el PBS²⁷⁵. Así mismo, le solicitó informar sobre los avances obtenidos con la implementación de la prueba piloto y fijar un cronograma en el cual se indicara la periodicidad con la cual se acreditaría lo ordenado en los ítems precedentes, el cual debía ser presentado a esta Corporación en el término máximo de un mes contado a partir de la notificación de dicha providencia.

19. Aunque evidenció que se adoptaron algunas medidas conducentes, se entregaron los resultados y estos reflejaron avances en la implementación de la política pública, los mismos no fueron suficientes y se mostraron parciales para superar la falla estructural, en el sentido de que seguían presentándose falencias en el reporte de información por parte de una de las fuentes principales. En atención a esto, señaló:

“Bajo ese entendido, a juicio de la Corte aún falta que el Ministerio de Salud [...] adopte medidas, como ente regulador, para consolidar un adecuado sistema de información en el cual las EPS del régimen subsidiado reporten los datos con la misma calidad que lo hacen las del contributivo, esto es, que funcione de manera efectiva la recolección, transferencia y difusión de dicha información.”²⁷⁶

20. Así mismo, encontró que la metodología implementada por el Ministerio de Salud para establecer el valor de la UPC, contenía serios inconvenientes y no dio lugar a demostrar que la prima fijada para las EPS fuera suficiente para la prestación efectiva de los servicios de salud, lo que no permitió superar la falla estructural identificada.²⁷⁷

21. Ante la imposibilidad de establecer si el valor de la UPC-S era suficiente partiendo de la información recolectada al interior de SGSSS, debido a las falencias encontradas en la misma, consideró que era necesario equiparar las UPC de ambos regímenes, al menos, en un 95%, y que el MSPS propendiera por reducir la brecha existente entre estas hasta tanto no demostrara con estudios técnicos la suficiencia de la prima.

22. De igual modo, en dicha providencia aclaró que, *“el hecho de que la Corte encuentre justificada la diferenciación de la UPC para ambos regímenes, no significa que esté avalando el estancamiento de la brecha de esa diferencia [...]”*. Asimismo, anotó que ello tampoco significaba que, por esa razón, la metodología y el sistema de información utilizados para fijarla cumplieran con

²⁷⁵ Denominado en la orden en aquel entonces, el nuevo POS, debido a su reciente creación.

²⁷⁶ Cfr. Pág. 96 del auto 411 de 2016.

²⁷⁷ Ibidem, pág. 103.

los parámetros exigidos por esta Corporación e insistió en que, para la correcta definición de la prima de riesgo, era necesario acreditar que la misma se basaba en un adecuado sistema de información y que permitiera establecer de forma técnica su suficiencia para la prestación de los servicios de salud que cubre.

23. Por otra parte, en relación con la suficiencia de la UPC para garantizar el entonces “nuevo POS”, cabe mencionar que para la época en que fue expedido el auto 411 de 2016, la cartera de salud aún no había implementado los mecanismos de protección diseñados para atender las coberturas del plan de beneficios y regía que el Estado debía garantizar todos los servicios y tecnologías que no se encontraran expresamente exceptuados del PBS, lo que ocurría a través del pago de la Unidad de Pago por Capitación, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 182 de la Ley 100 de 1993. No obstante, ya regía la Ley Estatutaria en Salud que en su artículo 8º dispone que los servicios y tecnologías en salud deberán ser suministrados de manera completa independientemente de cual sea su fuente de financiación.

24. Con posterioridad, la Sala aceptó que el ente ministerial podía determinar y emplear otras fuentes de financiación diferentes a la UPC, para garantizar la entrega de todos los servicios de salud contenidos en el PBS que, en efecto, fue definida en el Plan Nacional de Desarrollo, Ley 1955 de 2019, a través del artículo 240, referente a la eficiencia del gasto asociado a la prestación de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC. En consecuencia, mediante dicha disposición se crearon los techos o presupuestos máximos dirigidos a financiar la prestación de lo PBS no UPC.

25. De este modo, al encontrar que el PBS respalda la entrega de algunos servicios y tecnologías en salud con la UPC y otros con el mecanismo de techos o de presupuestos máximos, dejando por fuera únicamente a aquellos excluidos de manera expresa, la Sala entiende que el objetivo dispuesto en el punto 5 del numeral quinto del auto 411, se logrará cuando la UPC y los valores girados por concepto de presupuestos máximos sean suficientes para cubrir el PBS a los afiliados de los dos regímenes.

26. Finalmente, mediante dicha providencia la Sala ordenó a la Contraloría General de la República y a la Superintendencia Nacional de Salud²⁷⁸ iniciar investigaciones en relación con algunas situaciones y la suficiencia de la UPC en ambos regímenes.

27. En consecuencia, para determinar el grado de acatamiento de los mandatos en estudio, se tendrá en cuenta que el Ministerio de Salud haya desplegado acciones dirigidas a cumplir con lo dispuesto en las órdenes vigésima primera y

²⁷⁸ Orden sexta: “(i) verificar que las EPS están destinando de manera adecuada los recursos del sistema de salud; (ii) verificar si existe un nexo causal entre el detrimento patrimonial de las EPS y el valor de la prima asignada a cada una de esas entidades, con el fin de determinar si el primero es consecuencia de la insuficiencia de la UPC. Esto deberá hacerse respecto de cada una de las EPS de ambos regímenes, en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud; (iii) allegar un informe trimestral sobre las acciones adelantadas.” La orden séptima se dirigió a la Supersalud en los mismos términos.

vigésima segunda a partir de lo dispuesto en el auto 411 de 2016²⁷⁹.

28. En este sentido, la Sala verificará que se hayan alcanzado avances en la superación de las deficiencias de la información con la que se calcula el valor de la Unidad de Pago por Capitación en ambos regímenes, que el mismo sea suficiente para garantizar la prestación de todos los servicios PBS de manera que tal no se vea afectada, y consecuencia de ello, se logre el acceso de manera oportuna y con calidad a los servicios de salud.

Análisis de las medidas implementadas y acciones ejecutadas por las autoridades obligadas, dirigidas a acatar las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia estructural²⁸⁰

29. Como fue señalado en el acápite de metodología de la valoración, para calificar el nivel de cumplimiento de las órdenes en estudio, la Sala expondrá las medidas implementadas y los resultados y avances derivados de las acciones desplegadas por las diferentes autoridades obligadas a acatar formal y materialmente, los mandatos vigésimo primero y vigésimo segundo de la sentencia T-760 de 2008 y lo consagrado en el auto 411 de 2016²⁸¹, atendiendo a los niveles de cumplimiento establecidos en el auto 411 de 2015.

30. Para esto, se tendrá en cuenta que, a partir del auto 411 de 2016 se entiende, que el MSPS debe garantizar a través de la regulación que sea expedida y de la implementación de la política pública pertinente, que las fuentes de financiación del PBS (UPC y techos) sean suficientes para respaldar la entrega de servicios y tecnologías en salud que conforman el PBS en los dos regímenes, de forma que se cubran todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados dentro del plan de beneficios, y que permita garantizar el acceso a todos los elementos para lograr el más alto nivel de salud posible.

31. De este modo, en relación con el acatamiento formal, analizará si expidió normatividad o directrices dirigidas al cumplimiento de estos mandatos por cuanto integró disposiciones relacionadas con cada uno de los puntos requeridos por el auto 411 de 2016 y, si remitió la información requerida dentro del término indicado. Posteriormente, para establecer si la observancia formal derivó en resultados materiales y avances significativos, verificará, principalmente, si estos contribuyeron a: *(i)* erradicar las deficiencias del sistema de información²⁸², *(ii)* alcanzar la equiparación de la UPC del RS al 95 % de la del RC; y *(iii)* lograr

²⁷⁹ Recoge los lineamientos planteados por los autos 261 y 262 de 2012.

²⁸⁰ Cabe advertir que, en virtud del principio de la buena fe, la Sala Especial de Seguimiento tuvo por ciertas las afirmaciones emitidas por las autoridades obligadas toda vez que no fueron desvirtuados por terceros y, no requirió para ello soportes documentales que respaldaran la información remitida, atendiendo a la magnitud de la orden y el desgaste administrativo que ello podría implicar.

²⁸¹ Recoge los parámetros establecidos en los autos 261 y 262 de 2012.

²⁸² Dentro de este punto se tendrán en cuenta los siguientes aspectos que se perseguían con esta orden: *a)* mejorar la calidad de la que reportan las EPS del régimen subsidiado, con el fin de que la misma sea representativa en la definición de la UPC; *b)* considerar dentro del sistema de información las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades reales de la población; *c)* solucionar la deficiencia de los datos provenientes de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del RS.

que la definición de la Unidad de Pago por Capitación para ambos regímenes logre el nivel de suficiencia necesario para financiar el PBS²⁸³.

Cumplimiento formal

32. Mediante auto 411 de 2016, la Corte solicitó al MSPS fijar un cronograma en el cual debería indicar la periodicidad con la cual acreditaría lo ordenado en la parte resolutive del referido auto, y que debía ser presentado a esta Corporación en el término máximo de un mes contado a partir de la notificación de dicha providencia, que se surtió el 29 de noviembre de 2016. En efecto, atendiendo a la vacancia judicial, el cronograma se radicó en término el primer día hábil de enero en que la rama judicial retomó labores, a saber, el 11 de enero de 2017²⁸⁴.

33. En el referido documento, describió las actividades específicas que desarrollaría mes a mes en relación con cada numeral y literal contenido en la orden quinta del auto 411 de 2016, lo que pone en evidencia que el Ministerio acató este mandato dentro del plazo establecido.

34. Adicionalmente, debía informar con una periodicidad de 6 meses, los cambios y resultados obtenidos con la implementación de la prueba piloto contenida en la Resolución 5968 de 2014. En cumplimiento de lo anterior, con el informe del 2 de agosto de 2017 el MSPS remitió los “*Primeros resultados de evaluación de la prueba piloto de igualación de prima pura del régimen subsidiado al régimen contributivo*”²⁸⁵ y con el del 18 de febrero de 2018 anexó el segundo reporte de resultados de dicha prueba.²⁸⁶

35. Al analizar el contenido de estos, aclaró que el ejercicio de la prueba piloto se desarrolló en el marco del mecanismo del aseguramiento colectivo; que este garantiza la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al SGSSS a través de las EPS que administran ambos regímenes, y que se complementa con el mecanismo de protección individual a través de Mipres, los cuales se sostienen con recursos estatales destinados a la salud, y reforzados con el mecanismo de exclusiones.²⁸⁷

36. Finalmente debía adoptar las medidas necesarias y emitir la reglamentación que considerara pertinente para solucionar las deficiencias del sistema de información y para que el valor de la UPC del RS aumentara el porcentaje de equiparación a la meta del 95 % señalada por el Gobierno en relación con el del RC. Sobre esto último y la frecuencia de uso de los servicios, el MSPS debía allegar un informe semestral reportando la implementación de medidas y la

²⁸³ De forma que cubra todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados del Plan de Beneficios en Salud, y que permita garantizar el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible. Lo anterior, sin olvidar que no puede sacrificar la prestación y la efectividad del derecho a la salud, so pretexto de la sostenibilidad financiera. Dentro de este punto también se verificará la suficiencia del valor de los presupuestos máximos que respaldan la prestación de los servicios PBS no UPC que también forman parte del PBS, como se precisa más adelante.

²⁸⁴ Radicado 201711000022271.

²⁸⁵ AZ XXII G folio 3280, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

²⁸⁶ AZ XXII G folio 3589, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2019.

²⁸⁷ Ibidem, folio 3594.

reglamentación expedida en la materia. Si bien durante el 2017 y 2018 se allegaron datos al respecto, en el año 2019 no se recibió informe alguno, y únicamente se obtuvieron nuevos reportes con la solicitud elevada por la Corte en marzo de 2020, dirigida a recolectar más insumos para emitir la presente valoración, dada la ausencia de reportes durante la vigencia previa. Conforme a lo anterior, se tiene que el MSPS dejó de remitir información en el periodo indicado.

37. En general, la entidad reportó, con posterioridad al auto 411 de 2016, diferente reglamentación y medidas dirigidas al cumplimiento de las órdenes 21 y 22 de la sentencia T-760 de 2008, como se observará a lo largo de este documento y de las cuales, lo principal, se enuncia resumidamente así:

*Normatividad*²⁸⁸

Norma	Contenido
Resolución 6411 de 2016	Fijó el valor de la UPC del 2017
Resolución 5268 de 2017	Fijó el valor de la UPC del 2018
Resolución 5858 de 2018	Fijó el valor de la UPC del 2019
Resolución 3513 de 2019	Fijó el valor de la UPC del 2020
Resolución 243 de 2019	Metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la UPC
Resolución 205 de 2020	Disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de lo PBS no UPC y adoptó la metodología para definir el presupuesto máximo
Resolución 206 de 2020	Fijó el presupuesto máximo a transferir a cada una de las entidades promotoras de salud
Resolución 2459 de 2020	Fijó el valor producto del ajuste al presupuesto máximo de la vigencia 2020 de algunas entidades promotoras de salud de ambos regímenes
Resolución 043 de 2021	Por la cual se fija el presupuesto máximo a transferir a cada una de las entidades promotoras de salud y entidades obligadas a compensar en los cuatro primeros meses de la vigencia 2021

Otros

a) Diseño del Módulo de Redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS; es un aplicativo planificado en ambiente web, que busca registrar y soportar las diferentes etapas del proceso de habilitación de las RIPS con las actuaciones de los agentes y entidades territoriales en el mismo.

38. Por lo anterior, se concluye que formalmente el Minsalud emitió normatividad y reglamentación relacionada con las fallas que pretenden subsanarse con las órdenes 21 y 22 impartidas en la sentencia T-760 de 2008, pero debe recordarse que el decreto de pruebas diferente a los informes

²⁸⁸ Es pertinente mencionar que no toda la normatividad que se enuncia como cumplimiento formal fue reportada o desarrollada por el MSPS, no obstante, la Sala, para realizar la labor de seguimiento y valoración de cumplimiento de las órdenes impartidas, considera aquellos actos administrativos y demás normas expedidas por el Gobierno que puedan contribuir al cumplimiento de los mandatos impartidos por la Corte.

requeridos, no los exime de la obligación de seguir enviando estos últimos en los términos establecidos, teniendo en cuenta que la labor de la Sala requiere de tales insumos para poder avanzar en el análisis de la situación fáctica respecto de cada orden impartida en la sentencia T-760 de 2008.

Cumplimiento material

39. Ahora, para estudiar los cambios introducidos al SGSSS referentes a la suficiencia de la UPC y establecer si son sustanciales, se evaluarán las medidas reportadas por el MSPS en relación con cada uno de los requerimientos solicitados en el numeral quinto del auto 411 de 2016.

40. Lo anterior, teniendo en cuenta que esta Sala ha manifestado²⁸⁹ que no es suficiente el acatamiento formal de los requisitos exigidos, por cuanto se hace necesario la verificación de un cumplimiento material traducido en resultados derivados de la adopción de acciones y medidas eficaces, que conduzcan a la superación de la falla estructural identificada en la orden objeto de estudio o permitan inferir avances con dicha finalidad²⁹⁰. En la sentencia C-351 de 2013 esta Corporación indicó:

“No puede tratarse de una política pública simbólica o formal. La misión del Estado no se reduce a expedir normas que reconozcan en el papel la titularidad de derechos. La racionalidad mínima del texto Superior manda que estén seguidas de acciones reales, dirigidas a facilitar el disfrute y el ejercicio cabal de las atribuciones fundamentales. Se vulnera la Constitución cuando existiendo una ruta se constata que solo está escrita y no ha sido iniciada su ejecución, o aunque se esté implementando resulta evidentemente inane, bien porque no es sensible a las verdaderas angustias poblacionales o porque su materialización se ha diferido indefinidamente”. Negrilla fuera de texto original.

41. De este modo, se requiere verificar resultados y avances en el ámbito material²⁹¹ para dar por superada una falla estructural, no basta con la sola emisión de actos administrativos o disposiciones legales, ejecutar parcialmente las políticas públicas y la simple demostración de modificaciones presupuestales.

42. Por lo descrito, se aludirá a las medidas reportadas por el Ministerio para acatar de manera particular, la orden quinta emitida por la Corte en el auto 411 de 2016, y seguidamente se analizarán para establecer si arrojaron resultados y avances, a fin de determinar si son conducentes para la superación de la falla estructural identificada en las órdenes vigésimo primera y vigésimo segunda,

²⁸⁹ Cfr. auto 249 de 2013, consideración jurídica núm. 4.; auto 411 de 2015, consideración jurídica 9.10; auto 186 de 2018; auto 140 de 2019; auto 470 A de 2019.

²⁹⁰ Cfr. sentencia C-351 de 2013. Considerando 3.3.12.: “La segunda condición es que la finalidad de la política pública debe tener como prioridad garantizar el goce efectivo del derecho. En tal sentido, por ejemplo, no puede tratarse de una política pública tan sólo simbólica, que no esté acompañada de acciones reales y concretas. Así pues, también se viola la Constitución cuando existe un plan o un programa, pero se constata que (i) ‘solo está escrito y no haya sido iniciada su ejecución’ o (ii) ‘que así se esté implementando, sea evidentemente inane, bien sea porque no es sensible a los verdaderos problemas y necesidades de los titulares del derecho en cuestión, o porque su ejecución se ha diferido indefinidamente, o durante un período de tiempo irrazonable’.”

²⁹¹ Cfr. auto 411 de 2015, considerando 2.1. Ver también autos 186 de 2018, 140 de 2019 y 470 A de 2019, entre otros.

considerando para ello, principalmente, los conceptos y aportes allegados por los peritos constitucionales y los grupos de apoyo a la sentencia T-760 de 2008, por algunos actores del sistema de salud, la información extraída de sus páginas web oficiales, de los medios de comunicación y la remitida por las entidades gubernamentales.

(i) Deficiencias del sistema de información

a. Calidad de la información reportada por las EPS del RS, con el fin de que la misma sea representativa en la definición de la UPC

43. De lo expuesto en los antecedentes de esta providencia, es posible constatar que en cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, el MSPS ha fortalecido notoriamente las bases de registro de información que hacen parte del SGSSS y creado otras que permiten al Estado la obtención de datos con mayor calidad y oportunidad para la toma de decisiones, al igual que aplicaciones que incrementan las facilidades al usuario para acceder con mayor transparencia a la información y por ende a los servicios de salud, como lo son entre otras: SAT, BDUVA, RIPS, RIPSS, REPS, SIC, Mipres, Sispro, SECOVID, PRASS, Clicsalud. Estos registros permiten disponer de la data necesaria para mejorar el conocimiento de los riesgos y los costos de atención.

44. El ente ministerial ha contribuido al mejoramiento de los demás sistemas existentes para que las entidades responsables carguen los datos y sea posible la organización y el análisis de los mismos para la toma de decisiones de regulación, inspección, vigilancia y control²⁹². Así, por ejemplo, la Sala evidenció mayor coincidencia entre los datos consignados en los sistemas de la Registraduría Nacional, la BDUVA y Migración Colombia. Es importante mantener la interacción entre entidades del Estado y el cruce de información relevante que no solo representan economía en tiempo y en dinero, sino que generan transparencia en los datos al provenir de otras fuentes externas al SGSSS.

45. Aunque todavía existan algunas dificultades con la información, como se expondrá más adelante, cabe resaltar que la que actualmente se recopila permite hacer estimaciones más cercanas a la realidad del valor de la prima, según indicó Acemi²⁹³ y otros actores del sector.

46. Se observa, por ejemplo, que en el año 2015 el reporte mejoró en relación con el del 2014, en el que la información de calidad representó cerca de 39% de la población afiliada al RS mientras que en el 2015 constituyó cerca de 50%²⁹⁴.

47. La Sala encontró relevante el acompañamiento efectuado a los actores del sector salud a través de la asistencia técnica ofrecida a las IPS públicas y a las

²⁹² Gestarsalud, documento del 18 de enero de 2021, D.E. 2383-202, pág 4.

²⁹³ Acemi, 12 de enero de 2021, pág 9.

²⁹⁴ AZ XXII G folio 3172, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

EPS-S, dirigida a mejorar la información base reportada por estas para la toma de decisiones, con la intención de recolectar de forma directa los datos²⁹⁵.

48. Así mismo, considera que se ha ido evolucionando en la validación de registro en malla, el aumento de los registros de calidad y la unificación de las variables de información en la actualidad. También se observa la simplificación de los trámites y solicitud de datos que diferían en cada régimen; sin embargo, falta seguir trabajando en la materia.

49. De igual manera, la Corte encuentra que las medidas que se han venido desarrollando aportan y contribuyen a mejorar la calidad y veracidad de la información que deben entregar las EPS del régimen subsidiado, el cual se ha visto afectado en mayor medida, a partir del cargue de la misma a sistemas como Mipres, la herramienta tecnológica que permite que los profesionales de salud reporten directamente la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios²⁹⁶.

50. Ahora, si bien se observó una mejora en la unificación de las variables que se manejan en el aseguramiento entre empresas promotoras de salud, los sistemas de información aún no logran estandarizarse para las diversas EPS y cada uno cuenta con desarrollos propios que dificultan el análisis de los datos y la toma de decisiones al interior del SGSSS por parte de las autoridades de salud. Esta estandarización de variables al interior de las bases de registro que maneja cada EPS es importante para que entre una entidad y otra se logre unificar la información y de la mano de la interoperabilidad puedan analizarse de manera oportuna y con mayor precisión, entre otras, los ajustes de UPC²⁹⁷ y de los valores correspondientes a los presupuestos máximos.

51. En este escenario, es dable considerar que los sistemas de información que están a disposición para el conocimiento de la data del SGSSS cumplen con algunas de las características señaladas para una aproximación a los cálculos de estos valores; no obstante, es imperativo efectuar ajustes a los mismos para avanzar en relación con la interoperabilidad e integración de los distintos aplicativos existentes y así contar con un único sistema de datos²⁹⁸ y realizar un esfuerzo mayor en la red pública y privada para disponer de los mismos y contribuir al mejoramiento del cálculo.

52. Es necesario entonces alcanzar la consolidación de los sistemas de información de medicamentos, prestación de servicios, aseguramiento, servicios y tecnologías, entre otros, para lograr el objetivo propuesto²⁹⁹.

53. El ente ministerial afirmó que la imposibilidad técnica de igualar la UPC de ambos regímenes recae en la diferencia en los perfiles demográficos y epidemiológicos, las condiciones de operación de los regímenes y los aspectos

²⁹⁵ AZ XXII G folio 3238, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

²⁹⁶ Gestarsalud, documento del 18 de enero de 2021, D.E. 2383-202, pág 4.

²⁹⁷ Acemi, 12 de enero de 2021, pág. 11.

²⁹⁸ Gestarsalud, documento del 18 de enero de 2021, D.E. 2383-202, pág 4.

²⁹⁹ Gestarsalud, documento del 18 de enero de 2021, D.E. 2383-202, pág 6.

socioculturales; variables que deben considerarse, no obstante, reconoce que la única razón para no hacerlo es la ausencia de información.

54. De este modo, se puede afirmar que, aun cuando las medidas desarrolladas han contribuido a mejorar la calidad y veracidad de la información, falta fortalecer los registros y para ello es necesario continuar trabajando en la fuente primaria de obtención de la misma, es decir en la reportada por parte de las IPS, en relación con las cuales las EPS señalan falta de completitud y oportunidad, lo que retrasa los procesos y su entrega a las autoridades de salud. Por esto no es posible afirmar que la mora en el cumplimiento de los plazos con los que cuentan los actores del sector salud recaiga en cabeza exclusiva de las EPS, aun cuando también es su responsabilidad hacer seguimiento oportuno a la entrega de los datos solicitados³⁰⁰. Así, por ejemplo, los RIPS son primordiales para recoger información sobre las frecuencias y usos de los servicios de salud por parte de los usuarios y las EPS manifiestan que su calidad no ha podido ser obtenida. De igual forma, este registro influye en el proceso de facturación ya que mediante el RIPS puede verificarse las actuaciones en el proceso de liquidación de cuentas médicas y ayuda a recoger datos para ser procesados en procedimientos estadísticos.

55. Específicamente en el RS se debe revisar qué causa origina que la información recolectada sea deficiente y no cuente con los estándares de calidad exigidos, toda vez que a partir de la obligación de contratar con la red pública y los inconvenientes de carácter financiero de estas entidades, puede considerarse, que las herramientas disponibles para contar con información de calidad y completa no son apropiadas, lo que se refleja en diferentes situaciones, como la dificultad que se representa para conocer los costos reales de atención de los afiliados de este régimen.

56. En este sentido aunque el Ministerio haya afirmado que los estudios de suficiencia y los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la UPC, analizan la *“información de los regímenes de forma independiente y reconocen las diferencias existentes entre los mismos”*, no es viable seguir acudiendo, en gran parte, a la información entregada en el RC para calcular el valor de la UPC del RS, y por ello es necesario fortalecer estas herramientas al interior de las entidades prestadoras de salud del RS y así poder contar con RIPS de todas las IPS para la construcción de las bases de datos que soportan la toma de diferentes decisiones.

57. También es necesario que se destinen recursos específicos para garantizar que la red pública tenga las inversiones necesarias en sistemas y conectividad que garanticen la disponibilidad de la información. Esto es prioritario para asegurar un buen cálculo de los valores que se requieren para financiar el PBS y más importante aún, para fortalecer la gestión de riesgos en salud de la población.

³⁰⁰ Gestarsalud, documento del 18 de enero de 2021, D.E. 2383-202.

58. De igual forma, el MSPS debe concentrar sus esfuerzos en la consecución de un único sistema de información y mayores exigencias de validación de la información y el contenido de los archivos cuyo cargue acepta cada sistema con el fin de disminuir el tiempo que toman estos procesos y los errores que se presentan y de este modo alcanzar la calidad requerida para su procesamiento.

59. Por otro lado, las EPS manifestaron que, debido a la falta de entrega oportuna de la información por parte de la red de prestadores de servicios, era imposible hacer un mejor reporte en relación con las frecuencias de uso dentro del término y con la calidad requerida.³⁰¹

60. En consecuencia, una de las mayores dificultades tiene que ver con la calidad del dato, la completitud o cobertura del reporte y la oportunidad del envío por parte de los generadores de este (las instituciones prestadoras de servicios de salud). Sobre este particular, el mismo Ministerio señaló³⁰² que la cobertura del reporte por parte de las IPS al sistema de información para la calidad es del 66%, circunstancia que, según algunos actores del sector salud, impacta negativamente los análisis de suficiencia, generando unas cargas adicionales a las EPS.³⁰³

61. Por su parte, el MSPS puso de presente el establecimiento de reglas para que estos sistemas operen de forma integral y permitan verificar los reportes requeridos siguiendo las especificaciones técnicas para ese fin. Con esto busca que las EPS mantengan la capacidad técnica y administrativa y tecnológica para responder al manejo de todas las novedades de los afiliados, tener control de su estado de salud y sus características socioeconómicas, así como contar con un sistema de registro y manejo del perfil clínico, registro y control de la red de prestadores de servicios de salud, control de entrega de medicamentos, sistema de atención a usuarios, registro único de aportantes (RUA) y una base de datos de prestaciones de sus afiliados para que puedan realizar la función encomendada de administrar el riesgo de salud.

62. Sin embargo, la entidad no describió con precisión qué reglas responden a estos objetivos y los resultados obtenidos; además, al señalar que en muchos casos las EPS han logrado realizar estos procesos y tener mejores estándares de información, permite inferir que no todas han logrado esta meta y que continúan presentándose deficiencias³⁰⁴. Así, no se evidencia con claridad que estos objetivos sean vistos como una obligación y por ende deban ser cumplidos por los actores del sector salud. Es el caso del RIPS que comenzó a regir en abril de 2001, han transcurrido dos décadas y se siguen observando inconvenientes en el reporte de información al interior del mismo.

63. Por esta misma línea, la Sala considera inconveniente que la información primordial para calcular el valor de la UPC provenga en su mayoría de un solo

³⁰¹ AZ XXII G folio 3240, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

³⁰² Documento del 3 de abril de 2020, Rad. 202011200473771, pág. 30.

³⁰³ Acemi, 12 de enero de 2021, pág. 11.

³⁰⁴ AZ XXII G folio 3169, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

origen (las EPS), lo que sin duda impide contrastar la misma con la de otras fuentes. De igual manera, es necesario exigir y hacer cumplir su entrega en formatos idénticos para todas las EPS y para cada periodo, lo que permite hacer ejercicios de comparación y contraste más eficientes y efectivos.

64. Por otro lado, cabe resaltar que desde el auto 411 se advirtió como avance la implementación de un sistema mediante el cual se seleccionan a las aseguradoras con cobertura de registro de información de prestación de servicios aceptable, cabe resaltar que el criterio a aplicar es una cobertura igual o mayor al 90% de calidad en los datos, y cuando no se alcanza este mínimo, se determina un percentil 75 una vez eliminados los valores por encima de 100% y la selección se hace en relación con las aseguradoras que superen el mismo, siempre que las coberturas no sean inferior a 80%, toda vez que por debajo de este nivel se pone en riesgo el cálculo adecuado de la suficiencia de la información³⁰⁵.

65. Ahora, la entrega y recepción de información que no cumple con los estándares requeridos no es aceptable, mucho menos no entregar la misma o hacerlo de manera incompleta, especialmente cuando las bases de datos se nutren de estos reportes y contribuyen al cálculo de la UPC de ambos regímenes; vale advertir que esta falencia se evidencia con mayor fuerza en el RS³⁰⁶. Así, no es admisible, por ejemplo, que en dicho régimen menos del 50% de las EPS superen el umbral de cobertura establecido para hacer parte de la información seleccionada para el estudio de suficiencia de la UPC y los mecanismos de ajuste de riesgo.

66. Hace falta que se exija verdaderamente el cumplimiento de la entrega completa de información, con calidad y en oportunidad. No es posible flexibilizar el reporte de los datos que nutren los sistemas que sustentan el cálculo de la UPC y de los valores que se requieren para financiar el PBS en ambos regímenes, especialmente en el régimen subsidiado, generalmente afectado. En este sentido es importante, como ha expresado Fedesalud, “*explorar mecanismos de incentivos o de sanciones para que los aseguradores se preocupen por brindar información oportuna, homogénea y veraz*”³⁰⁷, porque en efecto, pareciera irrelevante para los actores del sector salud obligados a ello, entregar datos incompletos, fuera de los términos o simplemente no entregarlos.

67. En este sentido, vale anotar que exigir información reciente da lugar a desarrollar el análisis conforme a hechos actuales e impide su manipulación.

68. De igual modo, cabe precisar, la importancia de migrar hacia un sistema de información donde los registros consignados sean públicos y que permita

³⁰⁵ Gestarsalud, documento del 18 de enero de 2021, D.E. 2383-202. pág. 7. Al respecto señaló que antes de procurar la obtención del 100% de la cantidad necesaria de data para el cálculo con mayor certeza, se deja por fuera información, como se hizo para el cálculo de la suficiencia del 2020, la cual tuvo como base los datos del año 2018 (2 años anteriores) y que para el RS no fue tomada en cuenta, al parecer por el no cumplimiento de los criterios de calidad y cobertura definidos.

³⁰⁶ Fedesalud documento de fecha 4 de diciembre de 2020, pág. 2.

³⁰⁷ *Ibidem*, pág. 3.

desasociar los datos personales de los usuarios de los servicios de salud a través de su anonimización, de manera que no se relacione al titular de los datos con la respectiva información y de este modo, dotar al SGSSS de transparencia y reducir al máximo las desviaciones graves en que pueden incurrir los agentes del mercado en relación con los costos de los servicios u otros gastos necesarios para la prestación de estos.

69. Finalmente, en relación con el cálculo de la UPC, es viable considerar lo dicho por Fedesalud, sobre el empleo de indicadores de gestión, los cuales podrían robustecer las herramientas de información para que sean eficientes y así desarrollen más elementos y permitan un seguimiento continuo para cada una de las coberturas, toda vez que el cálculo de esta prima no puede limitarse a la estricta contabilización de cada una de las erogaciones en que incurren las EPS para atender a sus afiliados, de manera que los estudios anuales que se desarrollen en Colombia incluyan estos indicadores y no sean únicamente sobre suficiencia y dirigidos a buscar equilibrio entre los ingresos y los gastos para definir la UPC³⁰⁸.

70. En conclusión, hacen falta ajustes para contar con un sistema que permita calcular y actualizar con precisión los valores que cubren la prestación de servicios y tecnologías PBS al interior del SGSSS³⁰⁹. En este sentido, no puede afirmarse que la información entregada cuente en la actualidad con calidad, es decir, sea exacta, completa, íntegra, actualizada, confiable, coherente y relevante, entre otras características primordiales que deben presentarse para que en efecto, pueda considerarse útil y emplearse, principalmente, en el análisis, como fin primordial del sistema de salud, para calcular el valor de cada vigencia de la UPC y de los presupuestos máximos.

b. Considerar dentro del sistema de información las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades reales de la población

71. En primer lugar, vale mencionar que las peticiones, quejas y reclamos han sido una herramienta recolectora de información importante, que ha permitido identificar barreras de acceso a los servicios de salud. En igual sentido la tutela comporta una fuente que permite evidenciar estos obstáculos, aun cuando debe ajustarse para poder desagregar la información e identificar de manera individual y precisa cada uno de los impedimentos por los cuales el usuario acudió a la misma.

72. Por otra parte, la Sala destaca lo dicho por Acemi según lo cual, los porcentajes de negación eran muy bajos para el gran volumen de servicios entregados en el sistema y que al analizar con más detenimiento las causas de dicha negativa, encontró que un número importante de casos están asociados a la falta de pertinencia médica, errores en la prescripción, a no estar activa la afiliación, entre otros. No obstante, advirtió que la suficiencia de la prima

³⁰⁸ Fedesalud, Informe Integral de fecha 4 de diciembre de 2020. Pág. 6.

³⁰⁹ Gestarsalud, documento del 18 de enero de 2021, D.E. 2383-202, pág. 4.

también comporta un factor importante para efectos de garantizar el acceso en condiciones óptimas.

73. Ahora, considera que los sistemas de información con que cuenta el SGSSS “*facilitan el análisis del comportamiento del acceso a los servicios de salud por parte de los afiliados*”³¹⁰ permitiendo establecer el cumplimiento de los indicadores de calidad en la prestación y la garantía de la efectividad del derecho fundamental a la salud de los afiliados³¹¹. De este modo, se puede monitorear el acceso a los servicios y medir la efectividad del derecho y el número de personas que han accedido a los servicios³¹².

74. Así por ejemplo, debe resaltarse los esfuerzos que aunaron algunas instituciones con el fin de realizar una sola encuesta nacional multipropósito y que garantizara óptima confiabilidad de sus resultados y oportunidad en su entrega, lo que derivó en la Encuesta de Calidad de Vida y Salud ECV efectuada por el DANE, de la cual se nutre el sistema de salud, evidenciando los esfuerzos interinstitucionales y la disminución de pasos para acceder a información que ya existe en las bases del Estado. La Encuesta, es una fuente de información que permite evidenciar que se registraron mejoras en el acceso a los servicios de salud con un incremento en la atención en salud de la población.³¹³

75. Este tipo de encuestas permiten observar que se han presentado mejoras en la percepción de los servicios de salud y en las atenciones por parte de los usuarios, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, en el que se encuentran las personas más necesitadas. Al respecto, la Corte evidenció en la información analizada que se ha reducido el registro de los ítems “no lo atendieron” y “mal servicio”³¹⁴. Adicionalmente, que aumentaron las consultas de prevención, lo que es positivo para el sistema de salud desde diferentes puntos de vista.³¹⁵

76. Respecto de las consultas de prevención el ente ministerial puso de presente que estas aumentaron en un 69% entre 1997 y 2015 principalmente, por el incremento del 156% en el quintil más pobre de la población. Por su parte entre 2010 y 2015 este tipo de consulta creció cerca de un 6%, de nuevo jalonada por las personas de los quintiles de ingreso más bajo.³¹⁶

77. Al respecto el MSPS señaló que se trata de un “*proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación*”

³¹⁰ Ibidem, pág. 7.

³¹¹ Ibidem, pág. 6.

³¹² Acemi 12 de 24.

³¹³ AZ XXII G folio 3493, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

³¹⁴ AZ XXII G folio 3176, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

³¹⁵ Ibidem.

³¹⁶ AZ XXII G folio 3176, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

*comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud; por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud”.*³¹⁷

78. En consecuencia, la prevención en materia de salud permite identificar de manera temprana enfermedades y a su vez, tratarlas mediante la modificación de las conductas y los hábitos correspondientes, y por otra, puede representar menor gasto para los sistemas de salud, ya que tratar las enfermedades puede ser más costoso que prevenirlas.

79. Así mismo, la Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS es un insumo fundamental para enfocar los esfuerzos de política pública en donde los usuarios están puntualizando que existen las oportunidades de mejora. Por otro lado, dado su carácter público, esta información pretende cerrar las brechas de conocimiento por parte de los usuarios del sistema de salud para orientar su toma de decisiones, por ejemplo, la escogencia de las EPS que mejor se ajusten a sus necesidades específicas de salud y garanticen de mejor manera el acceso a los servicios.³¹⁸

80. Por otra parte, aunque el ente ministerial se ha venido refiriendo a que el Mipres³¹⁹ funciona como una herramienta que permite la trazabilidad de la información y su disponibilidad en tiempo real³²⁰, la Sala ha evidenciado dificultades en su funcionamiento relacionadas con la base de datos en la que se fundamenta, *“como las restricciones a los prescriptores, quienes en ocasiones se ven abocados a tomar decisiones distintas a lo que podría necesitar el usuario, dada la ausencia de servicios y/o tecnologías dentro del aplicativo, los segundos usos y los tratamientos no registrados en la base de datos de Mipres”*³²¹.

81. Al respecto, cabe mencionarse que la jurisprudencia constitucional ha fallado casos en los cuales los médicos ordenaron el suministro de tecnologías que pese a no estar en el listado de exclusiones tampoco pueden ser prescritos por Mipres al no encontrarse en el aplicativo³²², lo que condujo a la Sala a deducir en el auto 92 A de 2020, entre otras cosas, la *“necesidad de actualizar la base de datos de Mipres con el fin de que puedan encontrarse allí todos los servicios y tecnologías que hacen parte del PBS pero que no son financiadas por la UPC, con el fin de garantizar al prescriptor la materialidad de su autonomía médica [...]”*.

82. De este modo, comporta un avance significativo la eliminación del CTC que constituía una barrera de acceso a algunos servicios y tecnologías en salud³²³

³¹⁷ <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Promoci%C3%B3nyPrevenci%C3%B3n.aspx>

³¹⁸ AZ XXII G folio 3516, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

³¹⁹ Actualmente implementado para el RC con la Resolución 1885 de 2018 y para el RS Resolución 2438 de 2018 que indicaba que todas las entidades territoriales debían implementarlo desde el 1 de enero de 2019.

³²⁰ Auto 92 A de 2020 mediante el cual se valoró la orden 23.

³²¹ Defensoría del Pueblo. AZ XIX-M, folios 5849-5858.

³²² Cfr. auto 92 A de 2020 mediante el cual se valoró la orden 23

³²³ AZ XXII G folio 3189, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

y la creación del Mipres, el cual permite disponer de información de manera más inmediata y prescribir de forma directa por los profesionales de la salud, pero debe, entre otras cosas, actualizarse para que no comporte un obstáculo aún más grande el CTC.

83. La Sala también reconoce como aporte al sector salud, la creación del SAT mediante el Decreto 2353 de 2015, dirigida a registrar y consultar en tiempo real los datos de la información básica y complementaria de los afiliados, la afiliación y sus novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como lo dispuso el artículo 11 de la referida norma, aunque debe precisar que se expidió con anterioridad al auto de valoración 411 de 2016. En efecto, a través del SAT se ha avanzado en la adopción de medidas para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud relacionadas con los inconvenientes en la correcta identificación del afiliado o de sus pagos al sistema, ya que este recoge datos y permite su consulta en tiempo real.

84. Por esta misma línea, se observan avances derivados del reporte que el MSPS hizo en relación con el aumento en la coincidencia de datos registrados en algunas bases de datos, como ocurrió entre el RNEC y la BDU y Migración Colombia, lo cual contribuye a disminuir las barreras en el acceso al disminuir las e incluso eliminarse inconsistencias entre la identificación que muestre el afiliado al momento de solicitar el servicio y los datos que figuran en las bases de datos.³²⁴

85. De igual manera, que se encuentre disponible la información sobre los pagos efectuados por el aportante, también constituye un gran avance, que contribuye a que el afiliado efectúe seguimiento a sus aportes a pensión con anterioridad al momento en que tramita la pensión y que el motivo invocado para la negación de una cita, no sea la falta de pago cuando se encuentra al día con sus aportes³²⁵.

86. Por otra parte, se observa que la herramienta Clicsalud³²⁶ es un avance que acerca al afiliado al sistema de salud, disminuyendo las barreras de acceso. Con ello el ciudadano puede tomar una decisión informada y acceder al medicamento de acuerdo con su disponibilidad de recursos; así mismo, conocer la calidad de la atención de una EPS o IPS, teniendo en cuenta los tiempos de espera reportados a la Supersalud y tomar la decisión sobre cuál le conviene más, de manera que no se convierta en una barrera de acceso; de igual forma, dar a conocer al usuario información sobre los derechos y deberes también contribuye a disminuir las mismas.³²⁷

87. Así, puede concluirse que las diferentes fuentes de datos que forman parte del sistema de salud buscan considerar las barreras de acceso a los servicios de salud y tener en cuenta dicha información a la hora de calcular el valor de la

³²⁴ Primer nombre, segundo nombre, primer apellido, segundo apellido, fecha de nacimiento y sexo.

³²⁵ AZ XXII G folio 3241, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

³²⁶ Aun cuando se creó con anterioridad a la expedición del auto 411 de 2016.

³²⁷ AZ XXII G folio 3243, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

UPC; no obstante, como se explicará a continuación, la Sala concluye que para la definición de la UPC no se consideran del todo las barreras de acceso geográficas, socioeconómicas, culturales, de tiempo y de precios monetarios en que incurrieron los ciudadanos para acceder a los servicios de salud.

88. Ahora, si bien se reconoce que se cuenta con un dato cuantitativo sobre la recepción de peticiones quejas y reclamos (PQR), es importante que los actores del sector unifiquen cualitativamente la información que se extrae de las PQR, para identificar con precisión posibles barreras de acceso a los servicios de la población y entender entre otras cosas, a quién le es imputable dicho obstáculo que debe enfrentar el usuario³²⁸. Por ejemplo, es necesario que los datos recogidos permitan establecer quién es responsable de la eliminación de las barreras de tipo geográfico o socioeconómico.

89. También se considera que la existencia de diferentes bases de registro permite recolectar suficiente información para identificar las barreras de acceso a los servicios de salud, pero debe resaltarse que dicha proliferación puede representar un inconveniente para el usuario, ya que el cruce de información entre diferentes sistemas que no se encuentran actualizados comporta un obstáculo para la obtención oportuna del servicio requerido.

90. Así, la integración de varias fuentes de información no es suficiente, si esta no permite dilucidar con profundidad, las causas que conducen a que se presenten dificultades para recibir atención en salud, por ejemplo: el bajo número de especialistas y su escasa disponibilidad en zonas apartadas, el volumen de citas incumplidas y la práctica de repetir todos los exámenes diagnósticos de un paciente cuando este es remitido por una institución de menor nivel.³²⁹

91. Por ejemplo, la calidad de la información permitiría ver con claridad por qué los tiempos de atención en el RS al parecer, pueden resultar más amplios frente algunas enfermedades a diferencia que en el RC, teniendo en cuenta que la Defensoría del Pueblo, en relación con enfermedades de alto costo como el cáncer, encontró diferencias en tiempos de acceso, en supervivencia global y libre, entre otras, que indican desigualdad para los afiliados del RS³³⁰.

92. Por otra parte, el MSPS indicó que en desarrollo del SAT tenía previsto la puesta en marcha de servicios que facilitarían al ciudadano registrar directamente sus novedades, traslados entre EPS y movilidad entre regímenes, sin tener que acudir a las EPS y con la eliminación de los tiempos de espera para el trámite y aprobación de estos, salvo que fueran casos excepcionales, no obstante, no aludió a su implementación ni a los resultados obtenidos.³³¹

³²⁸ Gestarsalud, documento remitido el 18 de enero de 2021, pág. 7.

³²⁹ Acemi 12 de 24.

³³⁰ Defensoría del Pueblo, 3 de diciembre de 2020, pág. 2.

³³¹ AZ XXII G folio 3241, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

93. Respecto del acceso a la salud en las tres dimensiones que menciona el MSPS, continúa viéndose afectado, pues se siguen evidenciando dificultades de acceso, toda vez que los servicios de salud no se encuentran al alcance de todos los afiliados cuando los necesitan, como ocurre, por ejemplo, cuando no hay agenda para programar un servicio. Desde el punto de vista de la aceptabilidad, porque en efecto, los pacientes perciben falta de efectividad de los servicios o cuando factores sociales y culturales, impiden el suministro de los mismos, y la asequibilidad financiera sin duda sigue siendo un problema, porque las personas no siempre cuentan con la capacidad económica para acceder a los servicios de salud sin dificultad. Respecto de esto último, cabe aclarar que no se trata de los gastos de transporte en que incurre una persona cuando el desplazamiento se da por falta de red de prestación de servicios, caso en el cual su valor debe ser asumido por la EPS.³³²

94. Lo anterior logra evidenciarse gracias a los diferentes registros de información sobre los usuarios, pero infortunadamente, los resultados de su análisis son una menor accesibilidad y mayores barreras de acceso a la población necesitada de servicios en el RS, además de una elevada inaccesibilidad en diferentes regiones del país, como ocurre por ejemplo en la Costa Pacífica³³³. Así, por ejemplo, de los afiliados al RC que acudieron al SGSSS en los últimos 30 días del año en 2016, 82,13% fue atendido institucionalmente, mientras que tan solo accedieron el 69,32% de los del RS, esto evidencia que hay menor acceso en RS que en el RC.

95. Ahora, si bien esta información se obtiene a través de los sistemas de información y las diferentes encuestas, no es claro quiénes son los responsables de eliminar dichas barreras o si ello deriva de una UPC deficiente, justamente por la falta de calidad y oportunidad de los datos recolectados en el RS que no superan las exigencias mínimas para ser tenidos en cuenta para el cálculo de la UPC.

96. Se observó como un logro importante para el aseguramiento público en salud, que del global de población que consultó a su médico, solo un 15.3% en 2011 y un 8.4% en 2015 lo hizo a servicios particulares; a 2019 la tasa de utilización del servicio de medicina general, considerado la puerta de entrada de los usuarios de las EPS a los servicios que estas brindan, se registró en un 80,4%³³⁴.

97. Por otra parte, la Sala observa que estas fuentes de información contienen datos sobre las personas que asisten a la red prestadora, pero hay una proporción de estas que no lo hace y de ella no reposa información concreta más allá de lo que puedan permitir evidenciar las encuestas. Un caso que Acemi planteó como ejemplo, apunta a las personas que no desean vacunarse contra la Covid-19 y,

³³² Sentencia SU-508 de 2020.

³³³ Fedesalud documento de fecha 4 de diciembre de 2020.

³³⁴ Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS – Régimen Contributivo y Subsidiado Colombia 2019.

por consiguiente, no asistirán a utilizar este servicio, porcentaje que en efecto el sistema de salud no puede calcular con precisión.³³⁵

98. Al respecto Fedesalud resaltó que el problema de algunas cifras es su alta agregación y generalidad. Los datos sobre calidad de la atención deben estar ligados a cada territorio y a cada población, para tener utilidad como indicadores de acceso y servicio. Es importante desagregar alguna información para que los datos recolectados no sean tan generales y permitan la implementación de medidas con mayor precisión. Así, por ejemplo, no pueden registrarse como un solo ítem las atenciones médicas, sino que deben clasificarse según se trate de primera vez, control, medicina general, especializada, etc; aunque al respecto se han observado avances.

99. Por otra parte, a partir del Registro Especial de Prestadores es posible identificar los servicios habilitados en cada ET, que permiten observar una gran inequidad entre regiones, ciudades y poblaciones dispersas y entre distintas localidades y estratos sociales al interior de las mismas ciudades.

100. Ahora, en respuesta al auto de marzo 11 de 2020, el Ministerio de Salud reportó que la información de este sistema ya está disponible en <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Indicadores.aspx>, por EAPB y por IPS. No obstante, los peritos constitucionales advirtieron sobre las dificultades que se presentaron para obtener dicha información en la página web y poder evaluarla. Indicaron que a la que se logra acceder es totalmente fragmentaria, por lo que no reúne la consistencia necesaria para un análisis de la accesibilidad real al sistema. En efecto, la Sala ya había evidenciado esta problemática y aludió a ella recientemente, señalando que, si bien en la página web del ente ministerial reposaba información sobre calidad y oportunidad, muchas de las fuentes no funcionaban de la forma en que deberían, no se accedía fácilmente a su contenido y la misma no daba lugar a realizar comparaciones entre los prestadores del sistema.³³⁶

101. Por otra parte, vale mencionar que las EPS del RC inscriben la red de prestadores, de tal forma que los ciudadanos sean atendidos en ella sin necesidad de solicitar otras autorizaciones.³³⁷ No obstante, se ha evidenciado que ser remitido de un centro médico a otro puede retrasar los procesos médicos cuando este último vuelve a efectuar todos los exámenes aunque la persona ya cuente con un diagnóstico que simplemente debe validarse, como ocurre por ejemplo, cuando un paciente proveniente de un centro médico de menor nivel pasa a uno de mayor nivel.

102. En relación con el nivel de satisfacción de los usuarios es importante mencionar que, aun cuando la información que recolecta el sistema a través de las encuestas, sí permite dilucidar las diferentes razones por las cuales el afiliado no solicitó o no recibió atención médica de la EPS, el ítem denominado “otro” es

³³⁵ Acemi 12 de 24.

³³⁶ Cfr. auto de valoración de la orden 29 de fecha 24 de febrero de 2021.

³³⁷ AZ XXII G folio 3242, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

bastante genérico, si se tiene en cuenta que ocupa la segunda casilla en la encuesta del Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS – Régimen Contributivo y Subsidiado Colombia 2019, con un 16,6%, indicador que podría desagregarse con mayor especificidad y así reflejar las barreras que se esconden tras el mismo.

103. Datos más recientes del propio Ministerio permiten consolidar la argumentación sobre las graves diferencias en el acceso a los servicios de salud, entre la población con capacidad de pago afiliada al RC y la población sin dicha capacidad perteneciente al subsidiado. El documento Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2017 señala: *“El 61,26% (363.659.143), de las atenciones se prestaron en el régimen contributivo y el 32,05% (190.225.858) en el régimen subsidiado. Es decir que la población subsidiada, recibió entre 2008 y 2017 la mitad de los servicios que recibió la población afiliada al Régimen Contributivo, a pesar de contar con similar número de ciudadanos”*. En este sentido, la información recolectada en dicho informe de manera anual, permite evidenciar este tipo de diferencias y comparar los datos.

104. Así, por ejemplo, el *“Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2018”* encontró que el mínimo de atenciones se registró en 2018 (39.264.538) y el máximo de atenciones se reportó en 2014 (119.688.802), 60,03% (487.339.505), de las atenciones se prestaron en el RC, el 33,71% (273.692.250) en el RS y el 1,58% (12.838.536) de las atenciones se registró en vinculados.

105. Según Fedesalud, la inaccesibilidad geográfica es en realidad una *“inaccesibilidad económica en función de los costos de transporte fluvial desde los sitios de vivienda hacia los centros de salud. Los ciudadanos, pobres por definición y clasificación en su mayoría (especialmente los afiliados al Régimen subsidiado), deben sufragar estas altas tarifas de transporte fluvial, que llegan a significar la mitad o un tercio de los ingresos familiares mensuales, si quieren acceder a la atención médica u odontológica”*.³³⁸

106. Por ejemplo, la información recolectada permite ver las principales razones por las cuales los afiliados en cada vigencia no asistieron a recibir servicios institucionales. Una de estas en el año 2019 fue que *“el caso era leve”*, que para este periodo reportó un 9,7%; sin embargo, cabe anotar, en primer lugar, que esta no se puede considerar una barrera de acceso dado que es consecuencia de la decisión del usuario, razón por la cual la Sala considera que no debería agregarse a las encuestas o estadísticas para evitar distorsiones en la información recolectada, y en segundo lugar, que al revisar el mismo documento en vigencias anteriores, este dato no se reporta y ello impide realizar ejercicios comparativos.³³⁹

³³⁸ Cita de Fedesalud en su documento de fecha 4 de diciembre de 2020, pág. 15: *“Martínez, Félix; Castro, Carlos Eduardo; Ordóñez, Inés Elvira; Valencia, Óscar, y Cuesta, Jenifer (2005). El Sistema de Seguridad Social en Salud en la región pacífica colombiana. La problemática de la población dispersa. Bogotá: Fedesalud.”*

³³⁹ AZ XXII G folio 3504, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

107. En consecuencia, la Sala encuentra que la información que se recolecta sí tiene en consideración la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud para los usuarios, pero es necesaria una mayor desagregación de estos datos para clasificar con más exactitud tales obstáculos y asignar responsables a dichas falencias para su corrección. De igual modo, contando con esta información, el MSPS debe dirigir sus esfuerzos a reducir las circunstancias que impiden a los usuarios obtener los servicios requeridos y que afectan en su mayoría a los usuarios del RS como se expuso en este aparte. Así mismo, propender porque en cada vigencia se recolecten los mismos datos, de manera que puedan desarrollarse ejercicios comparativos para identificar los avances o retrocesos en relación con los ítems que se estudian, como sucede con los índices de satisfacción del usuario.

c. Solucionar la deficiencia de los datos provenientes de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del régimen subsidiado

108. La Sala considera que esta metodología que se viene empleando contribuye a acercarse a un mejor cálculo del valor de la UPC en ambos regímenes, no obstante, como se ha mencionado en este documento, la calidad de los datos y su falta de oportunidad afectan este proceso y algunos peritos consideran que esta metodología no puede fundarse en el simple comportamiento de la oferta y la demanda de servicios de salud ni perseguir únicamente un equilibrio entre el gasto y los ingresos.

109. Se observa que la Resolución 256 de 2016 actualizó el SIC y le dio un nuevo enfoque sistémico, disminuyendo el autorreporte al contar con fuentes de información oficiales disponibles en SISPRO, así como la plataforma PISIS para el reporte nominal de algunos indicadores. Estos cambios de entrega de datos de manera nominal en el SIC permiten que los prestadores reporten por cada paciente, las fechas de solicitud y asignación de citas, información que no es manipulable como podía ser el resultado del indicador general. Así, por ejemplo, antes se agrupaba el registro de la cita de primera vez con la de control, que son dos indicadores diferentes y ello alteraba los resultados de la interpretación de la información.

110. El Minsalud manifestó que inició de forma complementaria tres pruebas piloto definidas para el desarrollo, aplicación y validación de instrumentos metodológicos, con el fin de lograr (i) articulación de los actores del sistema en el eje cafetero para la atención de los niños con leucemia, (ii) mejoramiento de la atención materno infantil en Bogotá y Cundinamarca y por último (iii) optimización de la calidad de la gestión de las Empresas Sociales del Estado de Cundinamarca, a partir de los resultados de los indicadores de monitoreo de la calidad; aunque la Sala resalta la importancia de las pruebas pilotos y la relevancia de los objetivos perseguidos por estas, debe señalar que el ente ministerial no expuso los avances obtenidos con las mismas.

111. El análisis de las frecuencias de uso en materia de salud, es decir de la repetición de ciertos hechos, permite a las autoridades de salud examinar el

número de atenciones promedio por cada afiliado en determinado periodo, y contribuye a la obtención de información para calcular el valor de la UPC en cada vigencia. De este modo, se tienen en cuenta únicamente las personas en relación con las cuales las EPS reciben ingresos por concepto de UPC, de manera proporcional a los días que estuvieron afiliados al sistema durante la vigencia que se estudia. Estas frecuencias se calculan atendiendo el número de eventos que se registraron por la población afiliada en ese periodo; actualmente corresponde a un año.

112. Toda vez que el cálculo de la intensidad de uso parte de la cantidad de atenciones que se prestan en cada tipo de servicios a los usuarios, es importante que las bases de datos registren de manera fiel, las utilizaciones de los servicios que pudieron presentarse frente a los usuarios de manera individual, así, el número de servicios de cada clase se divide entre el número de personas que efectivamente usaron alguno de estos, para estimar la cantidad de atenciones de cada tipo que recibe en promedio un paciente, lo que dará lugar a calcular el valor de la UPC.

113. Por esto es importante que tanto las bases de datos de las entidades prestadoras de servicios de salud como primera fuente de información, como las de otras entidades que nutren el sistema de salud, se encuentren actualizadas y cuenten con tecnología suficiente para su correcto funcionamiento, ya que toda la data debe consignarse con oportunidad y calidad para no alterar los resultados de análisis de estos indicadores al momento de calcular la Unidad de Pago por Capitación.

114. Así, por ejemplo, si el SGSSS al analizar la distribución poblacional para el cálculo de la UPC, debe conocer el número total de personas que radican en el territorio colombiano y que están afiliadas al sistema, su precisión se ve comprometida si parte de la información proviene de fuentes como las bases de datos del DANE que, desafortunadamente no han sido actualizadas en los tiempos establecidos, que de por sí, ya son bastante amplios. En concreto, dicha entidad debe actualizar esta información a través de un censo que se realiza cada 10 años, el problema es que ello no ocurre, pues después del 2005 el siguiente se efectuó 13 años más tarde en el 2018, y como si fuera poco, a marzo de 2020 el ente ministerial continuaba utilizando como referencia, proyecciones de población del 2005, cuando ya existía el censo de 2018, bajo el argumento de que estas aún no se encontraban disponibles.

115. También es preocupante que a agosto de 2017 el MSPS todavía hablara de las dificultades que representa a las EPS la falta de entrega oportuna de información por parte de la red de prestadores de servicios, lo que imposibilitaba hacer un mejor reporte en relación con las frecuencias de uso dentro del término y con la calidad requerida³⁴⁰, especialmente por parte de las IPS públicas (ESE)³⁴¹.

³⁴⁰ AZ XXII G folio 3238, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

³⁴¹ Ibidem, folio 3240.

116. De igual forma, en las frecuencias de uso inciden gran variedad de aspectos, como la motivación que tienen los usuarios para solicitar la atención médica y la facilidad de que ello se concrete³⁴². Al respecto, cabe preguntarse si efectivamente el MSPS tiene en cuenta, a la hora de calcular la UPC del RS, las barreras físicas de acceso a los servicios de salud, como ocurren en las zonas más alejadas de Colombia, cuando afirma que en el RS las personas usan en menor cantidad los servicios médicos. Sin duda esta menor asistencia a los centros médicos por parte de los usuarios del RS se encuentra estrechamente relacionada con las dificultades físicas y económicas que puede representar, y ello no justifica una UPC inferior.

117. En este sentido, la importancia de examinar la cantidad de individuos y distribución de estos al interior de una población y sus grupos etarios, se fundamenta en el papel que esta información juega en el cálculo de indicadores demográficos, para establecer los principales diagnósticos con ocasión de los cuales las personas consultan al médico, para determinar la frecuencia e intensidad de los servicios prestados, para evaluar el comportamiento frente a cada tipo de servicio, por ejemplo si se trata de atención ambulatoria, urgencias, hospitalaria o domiciliaria, para establecer el cubrimiento de las actividades de detección temprana y protección específica y, evaluar los indicadores de resultados en salud y calidad de los servicios prestados.

118. En efecto, en la información allegada por los peritos constitucionales se expusieron varios inconvenientes que estos actores del sistema de salud consideran una afectación para el correcto cálculo de la UPC, como el hecho de que los estudios de suficiencia busquen un equilibrio entre los ingresos y los gastos de los aseguradores, desligándose de los problemas reales de salud de la población.

119. Uno de estos inconvenientes es el acceso a los servicios por parte de poblaciones dispersas y el mayor costo que implica su ofrecimiento. En efecto, si bien la Sala no considera que el cálculo de la UPC se oriente en un simple modelo de oferta y demanda, toda vez que tiene en cuenta otras variables e indicadores, sí estima que menores indicadores de utilización de servicios no puede significar directamente un gasto menor y en consecuencia una prima inferior para el RS. En este sentido, aun cuando las tendencias de uso de los servicios de salud presenten que en el RC una alta proporción de los afiliados hace uso de los servicios de salud a diferencia de los afiliados del RS, ello no se traduce en que los afiliados se abstengan por voluntad propia de acudir a las instituciones médicas y en general a los servicios de salud, sino que puede derivar de condiciones sociales, de salud y de oferta de servicios.

120. Debe recordarse que la Ley Estatutaria de Salud, en su artículo 24 estableció el deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. De este modo, es obligación del Estado garantizar la disponibilidad de los servicios de salud en todo el territorio nacional, en especial, en las zonas

³⁴² Acemi Informe Cifras e Indicadores del Sistemas de Salud 2017.

marginadas o de baja densidad poblacional. Así mismo, estableció que la extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. También consagró que, en zonas dispersas, el Estado deberá “*adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad*”.

121. Así pues, puede afirmarse como una falla del sector salud en Colombia, que los prestadores de servicios no tienen motivación para prestar un mejor servicio pero que tampoco son sancionados con severidad cuando en busca de obtener mayores utilidades, reducen la prestación de estos afectando a la población. Pero además, los afiliados que más se ven afectados pertenecen al RS y a estas zonas marginadas, es decir, los más pobres.

122. La Sala observa que, entre otras, la información recolectada con ocasión del análisis de las frecuencias de uso, arroja que una de las razones que dificulta el acceso a los servicios de salud por parte de las personas del RS, es la falta de cobertura en la red de servicios del prestador al que se encuentran afiliados y que les implica incurrir en largos desplazamientos y gastos adicionales para cubrir costos como el transporte. En consecuencia, estas menores tasas de uso y el menor costo se ven reflejados en los resultados.

123. En la documentación remitida por Fedesalud, esta citó el estudio “*El Sistema de Seguridad Social en Salud en la Región Pacífica Colombiana. La problemática de la población dispersa*”³⁴³, en el que se analizó la situación de salud en el departamento del Chocó y la región de Tumaco del departamento de Nariño, y se señaló que “*no existe en la práctica ninguna estrategia de atención que acerque los servicios a los ciudadanos*”. Al respecto cabe mencionar, por ejemplo, que la situación de la población Chocoana no ha cambiado mucho, pues a pesar de que se han adelantado gestiones para mejorar la prestación del servicio, como la construcción y mejoramiento de la red primaria, no se observan resultados o esto aún no ha impactado en su entrega, de este modo, persisten las problemáticas que impiden el acceso a los mismos, como ya ha referido esta Sala.³⁴⁴

“El derecho a la salud es esporádico o incluso inexistente para algunas comunidades wayuu. Los niños y niñas que sufren de desnutrición encuentran dificultades en la atención en salud debido a un modelo de atención inadecuado para las zonas rurales dispersas, la falta de disponibilidad de la red hospitalaria y los problemas administrativos. Por ende se deben fortalecer la totalidad de infraestructura en salud que garantice tanto el acceso como la prestación idónea del servicio, creando redes de servicios que traspasen las barreras de acceso en las zonas rurales dispersas. (Sentencia T-302 del 2017).”

³⁴³ “Martínez, Félix; Castro, Carlos Eduardo; Ordóñez, Inés Elvira; Valencia, Óscar, y Cuesta, Jenifer (2005). *El Sistema de Seguridad Social en Salud en la región pacífica colombiana. La problemática de la población dispersa*. Bogotá: Fedesalud”.

³⁴⁴ Auto de valoración caso focalizado de Chocó del año 2021.

124. Este tipo de situaciones, impiden afirmar que el afiliado del RS es menos exigente que el del RC, como planteó la Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS citada con anterioridad, pues no hay forma de elevar exigencias en relación con un servicio que no ha sido ni siquiera prestado. Este tipo de percepción no puede derivar en la entrega de un servicio deficiente³⁴⁵.

125. Por esta misma línea, vale anotar que en la información reportada, no se observan incentivos para llevar los servicios a la población más dispersa³⁴⁶, y de igual forma pareciera que las entidades promotoras no temieran a las sanciones impuestas por la Superintendencia, ante actuaciones que vulneran el derecho a la salud de estas personas.

126. Ahora, la Sala espera avances significativos con ocasión de las facultades entregadas por la Ley 1949 de 2019 a la Superintendencia para sancionar a los representantes legales de las entidades privadas y públicas, secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, los revisores fiscales, tesoreros y en general aquellos funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector en las ET, funcionarios y empleados públicos y particulares que cumplan funciones públicas de forma permanente o transitoria. Al respecto, cabe resaltar que entre agosto de 2018 y julio de 2019, por ejemplo, la Superintendencia impuso sanciones contra EPS por un monto que supera los \$72.000 millones³⁴⁷.

127. De igual modo, vale recordar que la Supersalud no solo impone multas como ha venido haciendo, sino que también tiene facultad para revocar total o parcialmente la autorización de funcionamiento de una entidad vigilada, la suspensión del certificado de autorización y el cierre temporal o definitivo de uno o varios servicios cuando considere necesario.

128. En consecuencia, el Estado debe propender porque estas zonas dispersas, pequeñas y con posibilidades restringidas de acceder al servicio, con ocasión de barreras geográficas, económicas y culturales³⁴⁸ cuenten con una red de servicios cercana. En este sentido, el Estado debe garantizar que se mantenga la prestación de servicios en los hospitales y centros de salud de naturaleza pública para que los habitantes de estas zonas tengan la posibilidad de acceder a una atención en salud en condiciones de calidad y oportunidad.

³⁴⁵ AZ XXII G folio 3515, remitido por el MSPS el 18 de febrero de 2018.

³⁴⁶ Defensoría del Pueblo. Documento del 1 de agosto de 2018 págs. 23 a 25. Como obstáculos y retrocesos evidenciados mencionó la barrera que representa las grandes distancias entre el domicilio de los usuarios y los centros de atención, al igual que la demora en la asignación de las citas, situaciones que en su parecer ya fueron identificados por el Ministerio sin que se observen acciones para solucionar tales problemáticas.

³⁴⁷ <https://www.rcnradio.com/colombia/supersalud-anuncia-nuevas-sanciones-contra-eps>. En la valoración de la orden 29 de la sentencia T-760 de 2008, la Corte resaltó que “la Supersalud indicó que, entre el año 2017 y febrero de 2020, impuso 408 multas a 99 EPS y demás EAPB, que ascienden a \$49.410.195.631 por temas referentes a la falta de oportunidad en la prestación de servicios de salud, categoría que incluye los asuntos relacionados con programación de citas con especialista, medicina general y odontología, disponibilidad de agenda, incumplimiento en la prestación del servicio de salud, CTC, trámite de autorización, red prestadora de servicios de salud y servicios excluidos del PBS. El número de PQRD radicadas para los siguientes años, fueron: (i) 2015, 285.378; (ii) 2016, 410.387; (iii) 2017, 274.129; (iv) 2018, 505.075 y; (v) 2019, 655.731.”

³⁴⁸ Fedesalud documento de fecha 4 de diciembre de 2020, pág. 16.

129. De igual forma, las fallas en materia de información es uno de los tantos problemas que genera la contratación obligatoria de un porcentaje de la UPC con la red pública, pues no genera incentivos en la red para mostrar la información de las atenciones que ellas prestan y por tal razón el Ministerio de Salud no ha podido estimar los costos reales de atención en el régimen subsidiado³⁴⁹.

130. Se puso de presente la problemática que representa para la salud de la población, la falta de cobertura³⁵⁰ en relación con algunos servicios especializados en las zonas que más los requieren y la concentración de otros en lugares donde no se demandan con tanta necesidad³⁵¹. Así por ejemplo, se dijo que *“los servicios hospitalarios para la población adulta repiten el patrón de distribución por localidad de los servicios hospitalarios en conjunto, concentrados en las localidades del norte de la ciudad con población de mayores recursos, fenómeno que se acentúa cuando aumenta el nivel de complejidad a segundo y tercero, es decir, cuidados intermedios y cuidados intensivos, servicios que empiezan a desaparecer prácticamente en las localidades más pobres del sur de la ciudad”*.

131. En relación con el valor de la UPC, vale mencionar que el Ministerio de Salud expuso los nueve ingresos que reciben las EPS del Régimen Contributivo adicionales a la UPC, contra los dos ingresos de las EPS del RS adicionales a su UPC, lo que conduce a preguntarse si en efecto el RS cuenta con suficientes recursos para prestar con calidad y oportunamente los servicios y tecnologías en salud PBS UPC, cuando las frecuencias de uso permiten evidenciar la falta de cobertura y atención en algunas regiones del país o zonas.³⁵²

132. Como se mencionó en el auto 411 de 2016, continúa la problemática que surge para el RS cuando debe emplear información proveniente del RC para definir la UPC; sin embargo, al mismo tiempo, se afirma que la estructura poblacional, las frecuencias y los usos de los servicios son diferentes en ambos regímenes. Bajo la misma línea de argumentación, la Corte encuentra una contradicción en lo afirmado por el Ministerio porque, por un lado, señala que el reporte de las EPS es la principal fuente de información para conocer el gasto en salud, pero por el otro, sostiene que esta es insuficiente en lo que respecta a las entidades del régimen subsidiado.

133. En consecuencia, en relación con el régimen subsidiado, se sigue reportando una menor frecuencia de uso en los servicios de salud, como se evidenció en el auto 411 de 2016, esto ratifica que una parte de la población del

³⁴⁹ Acemi, 12 de enero de 2021.

³⁵⁰ Acemi manifestó que es posible afirmar que, justamente se prestan menos servicios a los afiliados del RS porque en las zonas donde residen hay menor cobertura. Puede haber menos uso de servicios de salud en ciertas zonas del país, pero esto es cierto tanto para un afiliado del contributivo como del subsidiado. Así mismo, señaló que hay que considerar un análisis muy detallado de las variables que más inciden en el gasto en cualquier zona del territorio colombiano. Documento de fecha 12 de enero de 2021, pág. 23.

³⁵¹ Fedesalud documento de fecha 4 de diciembre de 2020.

³⁵² Para el RC son: copagos, cuotas moderadoras, ingresos por recobros a ARL, ingresos por cuotas de inscripción y afiliación, ingresos por recobros a empleadores, ingresos cuenta de alto costo, ingresos por Acuerdo 026 de 2011 e ingresos por promoción y prevención establecidos en el acto administrativo correspondiente. Para el RS: copagos e ingresos cuenta de alto costo.

RS se encuentra en zonas rurales o dispersas en las que difícilmente se accede a los servicios de salud, falencia que nuevamente indica a la Sala que se trata de una falla del sistema de información porque, puede estar desestimando las barreras de acceso geográficas, económicas, socioculturales y de tiempo en que incurrieron los ciudadanos para obtener la prestación de los servicios de salud; es decir, no se están teniendo en cuenta las necesidades reales de la población, como se viene mencionando.

134. De conformidad con lo expuesto, la Sala concluye que la problemática identificada en el auto 411 de 2016 en relación con las fuentes principales de la información del sistema que nutren los análisis para el cálculo de la UPC, esto es, los datos provenientes de las EPS del régimen subsidiado, se sigue presentando, toda vez que no cumplen con los estándares de calidad requeridos por el MSPS ni superan la mayoría de las mallas de validación, como el mismo Ministerio afirmó recientemente, lo que la convierte en información no confiable. Esto deriva en la necesidad de emplear la data del RC para efectuar el cálculo de la UPC del subsidiado, lo cual es contradictorio cuando la información analizada permite ver que las frecuencias de usos del RC y los obstáculos de acceso son diferentes y se presentan particularmente en el RS.³⁵³

135. De igual forma, sigue sin evidenciarse resultados en la entrega oportuna y de calidad de la información por parte de las EPS del RS y tampoco se observa con claridad las medidas implementadas por el ente ministerial para sancionar a estas entidades.

136. En consecuencia, la información reportada sobre el análisis de las frecuencias de usos de los servicios de salud no es confiable y no permiten afirmar que el valor de la UPC sea suficiente.

(ii) Medidas y reglamentación para que el porcentaje de equiparación de la UPC aumente a la meta del 95 %

137. En el auto 411 de 2016, la Sala recordó que, en los autos 261 y 262 de 2012 la Corte ordenó que hasta tanto no se diera cumplimiento a la elaboración de una metodología apropiada para establecer la UPC y al diseño de un sistema de información que lograra un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el sistema, se entendería que el valor de la UPC-S sería igual al establecido para el régimen contributivo.

138. En dicha providencia explicó que la Sala había emitido el anterior mandato, al no encontrar justificación ni razonamientos o soportes técnicos para aceptar que estos valores fueran desiguales desde el punto de vista constitucional, toda vez que se estaba financiando un mismo PBS para toda la población, independientemente del régimen al que esta se encontrara afiliada. Expuso que con ocasión de lo anterior, un mes después de proferidos los mencionados autos, en el informe del 18 de diciembre de 2012, el Ministerio

³⁵³ Documento del 11 de marzo de 2020.

explicó las razones por las cuales consideraba que no era posible cumplir de manera completa e inmediata con la orden de igualación de la UPC de los dos regímenes.

139. En un principio, el MSPS manifestó a la Sala, que no había encontrado información o evidencia que expresara un plan al respecto, como se deriva de la orden quinta del auto 411 de 2016, ya que técnicamente existían diferencias entre los regímenes contributivo y subsidiado que no permitían la simple igualación o equiparación a dicho porcentaje. Recalcó que, para los tomadores de decisión de política pública, no sería razonable igualar las primas sin justificación económica y técnica, para lo cual se requería que esta necesidad se encontrara demostrada en las frecuencias de uso de servicios, en los perfiles epidemiológicos de la población y en la composición etaria de cada régimen, entre otras variables.³⁵⁴

140. El MSPS explicó que esta imposibilidad técnica de igualar la UPC de ambos regímenes recaía en la diferencia en los perfiles demográficos (estructura poblacional) y en la epidemiología, las condiciones de operación de los regímenes (gastos administrativos y obligatoriedad de contratar con la red pública) y los aspectos socioculturales, variables que debían considerarse toda vez que la única razón para no hacerlo, era la falta de información. Expuso que estos aspectos tienen incidencia sobre las diferencias entre las frecuencias de uso y la severidad (costos) de los servicios de salud entre los regímenes.³⁵⁵

141. En este sentido, concluyó que equiparar las primas puras sería hacer un uso ineficiente de los recursos si ello no tenía un respaldo técnico, lo que finalmente afectaría los derechos individuales y de todos los ciudadanos; en virtud de no disponer de recursos para las necesidades de salud de la población.³⁵⁶

142. El MSPS manifestó que *“más allá de la equiparación o igualación de las primas puras[...] garantiza la atención de la población a través de los tres mecanismos (...). En relación con la UPC realiza los cálculos respectivos de tal forma que se garantiza la suficiencia de los recursos para la financiación del PBS del aseguramiento, según corresponda”*.³⁵⁷

143. Respecto de la imposibilidad de equiparar el valor de la UPC del RS con la del RC, Acemi señaló que si bien era cierto que las EPS del régimen subsidiado no tenían algunas responsabilidades como las del contributivo y por ende tenían un menor gasto administrativo, era necesario analizar con mayor profundidad lo que sucedía en el régimen subsidiado.³⁵⁸

144. Conforme a lo anterior, expuso que las EPS del RS tienen a cargo población con diferente perfil demográfico y epidemiológico y podrían tener mayores costos de atención dada la dispersión geográfica, lo que incrementa el

³⁵⁴ AZ XXII G folio 3186, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

³⁵⁵ Ibidem.

³⁵⁶ Ibidem.

³⁵⁷ AZ XXII G folio 3187, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

³⁵⁸ Acemi, 12 de enero de 2021, pág 14 y 15.

costo de la prestación de servicios (varios de ellos obligatorios para los diferentes grupos de edad) y los gastos de traslado de pacientes a centros urbanos o municipios donde se ubican los servicios especializados. Agregó que, por ejemplo, no reciben UPC de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, recursos que ayudan a cofinanciar los servicios de prevención y protección específica que se encuentran incluidos en el PBS.

145. Por esta misma línea, anotó que el RS tiene tarifas superiores a las del mercado, debido a la contratación que la ley impuso de manera obligatoria con la red pública y su posición dominante, sin desconocer que en algunos territorios son el único prestador. Concluyó que esta situación (obligatoriedad de contratación con las ESE) y la insuficiencia de la UPC en el régimen subsidiado, terminaba afectando la prestación de servicios y tecnologías PBS UPC en el RS.

146. En este sentido consideró que, atendiendo a que en ambos regímenes se prestan los mismos servicios toda vez que rige el mismo PBS, la prima pura de riesgo debería ser igual y calcularse de acuerdo con el perfil de riesgo de su población³⁵⁹.

147. Dicho lo anterior, vale señalar que en el auto 411 de 2016 la Sala resaltó que, el Ministerio de Hacienda en la sesión técnica del 13 de mayo de 2016, efectivamente anunció que la meta era alcanzar una equiparación de la UPC para ambos regímenes del 95%, y teniendo en cuenta que dicha meta se encontraba en un 91% declaró que dicho objetivo no se había alcanzado.

148. Al respecto, debe mencionarse que el mismo Ministerio y otros actores del sector salud han señalado que no existe claridad en los últimos años, sobre el gasto en salud en que incurren las EPS del régimen subsidiado y el nexo causal con la insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación. El ente ministerial afirma que la información no es suficiente, las EPS manifiestan que los reportes por las IPS son tardíos e incompletos, y los peritos constitucionales coinciden en que el RS carece de información fiel para efectuar este cálculo.

149. Ahora, con el auto 411 de 2016 la Sala pretendió que la cartera de salud, ante la falta de información técnica y confiable que permitiera demostrar la suficiencia de la UPC-S, equiparara las UPC de ambos regímenes en un 95%, con la finalidad de reducir la diferencia injustificada entre los valores de ambas primas y con ello cualquier afectación que pudiera generarse con ocasión de dicha desigualdad, a los afiliados del RS.

150. Ahora, la Corte debe resaltar que el MSPS en el 2017 igualó el incremento de la UPC y de la prima adicional entregada en las zonas alejadas, toda vez que ajustó la prima en 7,38% para ambos regímenes. Adicionalmente reconoció una prima adicional del 10% a 363 municipios catalogados como zona especial en el RC y del 11,47% a 363 municipios clasificados de igual manera en el RS. Así mismo, una prima adicional del 37,9% en el Departamento Archipiélago de San

³⁵⁹ *Ibidem*, pág. 15.

Andrés, Providencia y Santa Catalina (Zona Alejada) tanto en el RC como en el RS; adiciones que se espera contribuyan a disminuir las barreras de acceso.

151. Sin embargo, al analizar la información remitida y las resoluciones mediante las cuales el MSPS ha fijado el valor de la Unidad de Pago por Capitación para financiar los servicios y tecnologías de salud de ambos regímenes de las vigencias 2017 a 2021, la Sala encuentra que sin haber demostrado que la suficiencia de la UPC-S se halle en un porcentaje menor al 95% del valor de la UPC correspondiente al RC, a la fecha, el valor de la prima del RS no ha alcanzado dicho porcentaje, como se observa en el siguiente cuadro:

Año	RC	RS	Diferencia	Porcentaje	Norma
2017	746.046,00	667.429,20	78.616,80	10,54	Resolución 6411 de 2016
2018	804.463,20	719.690,40	85.771,80	10,54	Resolución 5268 de 2017
2019	847.180,80	787.327,20	59.853,60	7,07	Resolución 5858 de 2018
2020	892.591,20	829.526,40	63.064,8	7,07%	Resolución 3513 de 2019
2021	938.826,00	872.496,00	66.330	7,07%	Resolución 2503 de 2020

152. En este sentido, cabe anotar que durante varios años se mantuvo una brecha porcentual entre las UPC de ambos regímenes mayor al 10% y, aunque la Sala reconoce que para la vigencia del 2019 la cartera de salud avanzó significativamente en la equiparación de estos valores, el resultado obtenido no logra alcanzar el 95% propuesto, ya que actualmente la UPC-S corresponde al 92,94% de la del RC, por lo que aún falta acercarse en un 2,06%.

153. La Sala recuerda que si bien equiparar dichos valores en un 95% no significa la superación del mandato general contenido en las órdenes 21 y 22 que, en concreto, buscan la suficiencia de la UPC en ambos regímenes, sí permitirá avanzar de manera significativa en la superación de la falla estructural contenida en dichas órdenes y ante el desconocimiento técnico de la suficiencia, reduce diferencias injustificadas respecto de la financiación del PBS en los dos regímenes.

154. En este sentido, la Sala reconoce que las medidas implementadas y reportadas por el MSPS han sido conducentes para aproximarse a la equiparación de la UPC en ambos regímenes en un 95%, no obstante, el ente ministerial deberá alcanzar dicha meta y seguir reduciendo en lo posible la brecha existente entre dichos valores, hasta tanto no se demuestre con información técnica y confiable en qué punto la Unidad de Pago por Capitación alcanzará la suficiencia en ambos regímenes.

(iii) Garantizar a través de la regulación que sea expedida para el efecto y de la implementación de la política pública pertinente que la definición de la Unidad de Pago por Capitación para ambos regímenes alcance el nivel de suficiencia necesario para financiar el nuevo POS -hoy PBS-, esto es, de forma que cubra todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados dentro del plan de beneficios, y que permita garantizar el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto

nivel de salud posible. Lo anterior, sin olvidar que no puede sacrificar la prestación y la efectividad del derecho a la salud, so pretexto de la sostenibilidad financiera.

155. Antes de entrar a analizar la información remitida por el MSPS, es pertinente recordar que el punto cinco de la orden quinta del auto 411, busca que el Ministerio de Salud garantice a través de regulación y de la implementación de la política pública que la definición de la UPC alcance en ambos regímenes el nivel de suficiencia necesario para financiar el PBS, que en la actualidad lo conforman tanto los servicios y tecnologías en salud cubiertos con la UPC como aquellos que no se encuentran excluidos expresamente y se financian mediante el mecanismo de techos o presupuestos máximos.

156. En efecto, los servicios y tecnologías en salud pueden enmarcarse en uno de tres mecanismos diferentes atendiendo a su naturaleza y financiamiento, a saber, los cubiertos por la UPC, los prescritos por Mipres que se financian con los techos o presupuestos máximos y los excluidos que no se financian con recursos públicos.

157. En consecuencia, con este punto se persigue que la UPC y el valor destinado a los presupuestos máximos, sea suficiente para cubrir todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados del plan de beneficios, y que permitan garantizar el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible, sin sacrificar la prestación y la efectividad del derecho a la salud, so pretexto de la sostenibilidad financiera

158. Por lo anterior, la Sala analizará en un primer momento, las medidas y resultados expuestos por el MSPS para alcanzar la suficiencia de la UPC y, en segundo lugar, la información obtenida en relación con la suficiencia de los techos o presupuestos máximos.

Suficiencia de la UPC

159. El MSPS afirmó que el cálculo de la UPC asegura la suficiencia de la misma considerando que se realiza tomando la información que reportan diferentes actores del SGSSS, no obstante, no puede aseverarse que se logre la suficiencia a partir de estos datos, cuando su fuente principal proviene de las EPS, no son de calidad, completos, ni son entregados con oportunidad, especialmente en el RS, como bien lo ha expuesto el ente ministerial.

160. El mismo MSPS indicó que la información aportada por las EPS del Régimen Subsidiado “*no cumple con los criterios de oportunidad, cobertura, claridad, confiabilidad ni con la calidad mínima aceptable para ser considerada como insumo para el cálculo de Unidad de Pago por Capitación -UPC del*

Régimen Subsidiado”³⁶⁰, situación que esta Corte considera persiste atendiendo a lo expuesto.

161. En consecuencia, si no es confiable la información que reposa en la base de datos RIPSS, los cálculos que se efectúan a partir de esta no pueden considerarse para tomar decisiones de política pública cuando se tiene que un tercio de los mismos se repiten, carecen de procesos de validación y retroalimentación frente a la fuente primaria y ello genera inconsistencias que alteran los resultados y generan un alto riesgo en la toma de decisiones, como se ha venido explicando.³⁶¹

162. Tampoco se puede omitir que, si bien el Mipres ha permitido recoger información útil para el cálculo del valor de la UPC, precisamente en el RS que presenta mayor dificultad, esta herramienta únicamente comenzó a regir en el año 2019³⁶². Pero además, se evidencia que aunque el Mipres busca mejorar el procedimiento de prescripción, verificación, control, pago y análisis de la información relacionada con los servicios y tecnologías en salud PBS no UPC de manera oportuna, ha presentado inconvenientes y se siguen negando servicios y poniendo trabas a su prescripción, entre otras cosas, por falta de datos o actualización de los mismos³⁶³.

163. No puede omitirse, por ejemplo, que este tipo de herramientas tecnológicas, con ocasión de su diseño, pueden presentar dificultades debido al contexto en que deben funcionar y el manejo que le dan los responsables de las mismas, lo que puede ayudar a entender la demora en su implementación en el RS y los inconvenientes que ha presentado su uso.

164. Por ejemplo, la Corte estudió un caso en el que el profesional de la salud incurrió en un error al tramitar por el Mipres un procedimiento que se encontraba cubierto por la UPC y ello derivó en una afectación al derecho a la salud del tutelante. En concreto, de una paciente diagnosticada con “adenocarcinoma mamario”, en el que el médico tratante le prescribió la prueba “Panel Multigénico CENTOCÁNCER 31 genes Código 908412 PBS” la cual no fue autorizada por la EPS, bajo el argumento de que la prescripción no se adjuntó al Mipres. Así, esta Corporación evidenció que al procedimiento prescrito se le dio el trámite de servicio PBS no UPC pese a que era un servicio sufragado por la Unidad de Pago por Capitación³⁶⁴.

165. Lo anterior pone en evidencia las debilidades del sistema que permite que procedimientos cubiertos con la UPC cursen el trámite de prescripción a través de Mipres, retrasando la entrega del servicio o medicamento, incluso,

³⁶⁰ AZ XXII G folio 3255, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

³⁶¹ AZ XXII G folio 3264, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017. El MSPS cita algunos ejemplos de información duplicada en la que se observa el código de la misma IPS, factura, número de documento de identificación, fecha de la consulta y el código de la consulta, de lo que se evidencia consultas registradas hasta 4 veces.

³⁶² Resolución 5871 de 2018 del Ministerio de Salud.

³⁶³ Cfr. auto de valoración de la orden 27 de 2021.

³⁶⁴ Sentencia SU-124 de 2018.

superando la etapa de prescripción cuando en realidad el Estado ya ha pagado por ellos a través de la UPC.

166. De igual manera, en la sentencia T-436 de 2019 se estudió el caso de una señora de la tercera edad diagnosticada con diabetes mellitus insulino dependiente a quien la EPS no le realizó unos procedimientos solicitados por el médico tratante. En esa ocasión la entidad prestadora de los servicios en la contestación de la acción de tutela señaló que había autorizado todo lo solicitado y que se encontrara incluidos dentro del PBS UPC, ya que aquellos que no formaban parte de este, debían ser cubiertos por la Secretaría de Salud Departamental. No obstante, se evidenció que los procedimientos requeridos por la usuaria sí estaban enlistados en la Resolución 5857 de 2018³⁶⁵. La Corte señaló:

“De igual manera, la Sala no acepta el argumento presentado por Comparta E.P.S, según el cual estos procedimientos no se encontraban dentro del Plan de Beneficios de Salud y que, en razón a esto, no le correspondía financiarlos, pues en virtud de las pruebas obtenidas por esta Corporación y que reposan en la respuesta del Ministerio de Salud, se corrobora que los procedimientos requeridos en el presente caso sí se encontraban dentro del Plan de Beneficios en Salud. Por consiguiente, Comparta E.P.S (sic) tenía la obligación legal de prestar estos servicios, sin ningún tipo de dilación o impedimento administrativo”.

167. Con ocasión de lo descrito, esta Sala concluyó al valorar las órdenes 17 y 18, que las EPS niegan tanto expresa como tácitamente servicios que no fueron enlistados en la Resolución 5267 de 2017, así como tampoco en la 244 de 2019, bajo el argumento de que no forman parte del PBS o estiman que deben prescribirse y pagarse de manera diferente, a pesar de ser servicios PBS no UPC, lo que se traduce en una barrera en la prestación de las tecnologías en salud³⁶⁶. Y esto ocurre precisamente, por falta de actualización de las bases de datos y de errores en las mismas herramientas que permiten adelantar trámites de manera errada cuando el mismo sistema debería impedirlo.

168. Por otra parte, como se mencionó, el MSPS explicó que las IPS reportan el uso de distintos tipos de validadores debido a que las EPS han venido desarrollando parámetros propios de conformidad con sus necesidades, diferentes a los que contiene el validador oficial establecido por el ente ministerial, lo que genera procesos múltiples en las IPS para poder cumplir con los requisitos específicos de cada pagador³⁶⁷, e impide comparar la información sobre los mismos indicadores, alarga los procesos y dificulta establecer parámetros iguales a todas las EPS e IPS porque su información es diferente de una entidad a otra.

³⁶⁵ “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”.

³⁶⁶ Auto 094A de 2020. Referencia: seguimiento a las órdenes décima séptima y décima octava de la sentencia T-760 de 2008. Asunto: valoración de las órdenes 17 y 18 impartidas en la sentencia T-760 de 2008.

³⁶⁷ AZ XXII G folio 3269, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

169. En este mismo sentido, el Ministerio expuso que atendiendo a lo consagrado en la Resolución 951 de 2002³⁶⁸ respecto a que las EAPB “...no podrán retrasar la recepción, revisión y pago de las cuentas de cobro o facturas por no estar soportadas por los RIPS o cuando estos no pasen el control de la estructura y consistencia del dato del validador...”, el 96% de las IPS encuestadas manifiestan que los RIPS son requisito para el pago de las facturas; de acuerdo con estas, la causa más común de devolución de información de RIPS de parte de las EPS es el incumplimiento de las reglas de validación creadas por cada una de estas entidades.³⁶⁹ Informó que adicionalmente, las EPS les imponen tiempos irrisorios para reportar la información requerida y ello dificulta transferir la misma, sin dejar de lado que cada entidad emplea una infraestructura tecnológica diferente y ello dificulta la organización de la data. Las IPS reportaron al MSPS que se presenta devolución de información por parte de los pagadores cuando observan que la información no coincide, y ello ocurre principalmente por falta de actualización de las bases de datos³⁷⁰.

170. También encontró problemas en las tablas de referencia CUM, CUPS y CIE-10, personal no capacitado para manejar estas bases de información ni los códigos entregados por el MSPS, que también han sido variados por los prestadores de salud bajo el argumento de que no contribuyen en sus estadísticas³⁷¹.

171. En relación con la calidad y la oportunidad de la información entregada por los actores del sector salud, la Sala considera necesario que el MSPS despliegue actuaciones sancionatorias frente a quienes no cumplen con las características de su entrega. No es posible que uno de los compromisos que reporta el Ministerio con las EPS y las IPS sea que estas diligencien de manera completa y adecuada el formato de cobertura de información de los RIPS, cuando de esta obligación depende el buen funcionamiento del sistema de salud y el ejercicio efectivo del derecho a la salud por parte de los usuarios.

172. Por otro lado, en cuanto a la suficiencia de la UPC, cabe citar el ejemplo que plantea Fedesalud en relación con la frecuencia de uso de los servicios, para explicar que esta no puede ser la razón para que el MSPS mantenga una UPC diferencial. Explicó que:

“el DANE informó que la mitad de los hogares colombianos, los más pobres -de seguro incluidos mayoritariamente en el Régimen Subsidiado-, tan sólo logran ingerir dos comidas al día, en lugar de las tres que se consideran necesarias. Dada esta baja demanda, o menor tendencia de uso, podría justificarse de la misma manera que debían recibir un salario inferior, pues los hogares pobres demandan menos gasto en alimentos. Tal es el razonamiento de asignar menos recursos a quienes tienen barreras de acceso tanto para acceder los servicios de salud como a los alimentos.”

³⁶⁸ “Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS.”

³⁶⁹ AZ XXII G folio 3269, remitido por el MSPS el 2 de agosto de 2017.

³⁷⁰ Ibidem, folio 3273.

³⁷¹ Ibidem.

173. Con este ejemplo criticó la metodología de suficiencia utilizada por el Ministerio de Salud para el cálculo de la UPC, y afirmó que en lugar de acercar a los colombianos hacia la igualdad, genera una mayor brecha entre ellos, favorece la inequidad, y genera diferencias clasificando a los ciudadanos como de primera y segunda categoría.

174. En relación con el tema, Acemi, a través de NUMERIS, entregó al Ministerio una propuesta de una nueva metodología de proyección de los costos de atención en salud del RC, y concluyó que era oportuno revisar la metodología actual de cálculo para que se introdujeran nuevos elementos que mejoren la estimación de la prima y sin duda, seguir trabajando en la optimización de los datos desde la fuente primaria que los genera (IPS)³⁷².

175. En este sentido, si bien se observa que el MSPS ha proferido directrices dirigidas a garantizar que la definición de la UPC para ambos regímenes alcance el nivel de suficiencia necesario para financiar el actual PBS UPC, con la finalidad de que cubra todos los tratamientos y tecnologías en salud que se encuentren cubiertos por esta, y que permita garantizar el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible, sin sacrificar la prestación y la efectividad del derecho a la salud, so pretexto de la sostenibilidad financiera, los inconvenientes descritos, principalmente la obtención de la información proveniente de la fuente primaria que nutre la metodología de cálculo, no permite afirmar que el sistema de salud cuenta con una UPC suficiente.

Suficiencia de los techos o presupuestos máximos

176. Ahora bien, antes de aludir a la suficiencia de los techos o presupuestos máximos, vale recordar que la Ley 1955 de 2019 en su artículo 240 dispuso que, para el suministro de prestaciones PBS no UPC, la Adres transferirá a las EPS un presupuesto máximo anual que se pagará en cuotas mensuales, para que se encarguen de gestionar la contratación, pago y suministro de dichos medicamentos, servicios o tecnologías a los afiliados al SGSSS, lo cual, podría decirse, se materializó a partir de las Resoluciones 205 y 206 de 2020, en las que se estableció la metodología para calcular los techos y su valor para la vigencia 2020, respectivamente.

177. El artículo 5° de la Ley 1955 de 2019 estableció que la Adres no podrá reconocer y pagar servicios que superen el valor de los techos y que por ello, las EPS deberán gestionar las medidas que consideren para evitar que los gastos en que incurren para prestar los servicios y tecnologías en salud PBS no UPC superen los montos reconocidos.

178. Sin embargo, la metodología establecida en la Resolución 205 permite recalcular estos montos atendiendo a las necesidades de la demanda de servicios,

³⁷² Acemi 12 de enero de 2021, pág. 10.

pues en su artículo 15 consagró que el presupuesto máximo podrá ajustarse por solicitud de revisión o ajuste de las EPS o EOC cuando, del monitoreo realizado por la Adres se encuentre que el presupuesto se superará, teniendo en cuenta la información registrada en el módulo de suministro del Mipres, la gestión de las entidades y la justificación de las formas de contratación de manera integral con la UPC, con sus respectivas notas técnicas. Al respecto es preciso anotar, que la totalidad de los servicios y tecnologías PBS no UPC no serán financiados con cargo a los presupuestos máximos, de manera que algunos de ellos deberán recobrase una vez sean entregados, no obstante, no se tiene información de cómo se están pagando estos dineros, si existe un presupuesto destinado a cubrir estas prestaciones y si el mismo es suficiente.

179. Esta metodología para establecer el presupuesto máximo de medicamentos, alimentos para propósito médico especial -APME, procedimientos y servicios complementarios para ambos regímenes, del que disponen las EPS o EOC para sufragar estos, tiene en cuenta los diferentes grupos relevantes en que se agruparon los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios objeto de la Resolución 205 de 2020.

180. El valor del presupuesto máximo se calcula para los medicamentos no financiados con cargo a la UPC, prescritos por el profesional de la salud u ordenadas por fallos judiciales. El anexo técnico de dicho acto administrativo establece la descripción y las generalidades de la metodología; el desarrollo metodológico para el cálculo; cómo se determinará el valor de referencia (VR) para los grupos relevantes de medicamentos y alimentos para propósito médico especial (APME), necesarios para determinar el valor máximo; cómo se establecerá el VR para los grupos relevantes de procedimientos y servicios complementarios; y la metodología para la conformación de los grupos relevantes de alimentos para propósito médico especial.

181. Las fuentes de información que se emplean para el cálculo del presupuesto máximo parte de los módulos de suministros y facturación de Mipres. En el RC el cálculo del 2020 se realizó con los datos reportados por la Adres al MSPS, correspondientes a las bases de cobros/recobros de servicios PBS no UPC de las vigencias 2015 a 2019, y del módulo Mipres para servicios sociales no financiados con cargo a la UPC. En el RS la data provino de PISIS por parte de las ET y las EPS que operaban en ese momento en dicho régimen, correspondiente a la misma vigencia (2015 - 2019) conformando una base final de servicios recobrados y con fundamento en el reporte de fallos judiciales del RS que hace la Adres al MSPS. Contando con esta información, el valor de los medicamentos y APME, de los grupos relevantes de procedimientos y de los servicios complementarios por cada EPS o EOC, es el resultante de la sumatoria de multiplicar la cantidad total prospectiva por grupo relevante de cada EPS o EOC por el valor máximo.

182. Lo anterior, permite resaltar nuevamente, la importancia de la calidad de la información recolectada en vigencias pasadas para poder efectuar el cálculo de

los techos o presupuestos máximos, toda vez que el mismo depende de los datos recogidos, pero como ha venido manifestando la Sala a lo largo de este documento, dicha información no es de calidad y por ende tampoco es confiable.

183. Muestra de los reajustes referidos que pueden realizarse a los techos, recae en la expedición de la Resolución 2459 de 2020, mediante la cual, en efecto, se fijó el valor a girar producto del recálculo que se hizo al presupuesto máximo de la vigencia 2020 de algunas entidades promotoras de salud de ambos regímenes, en relación con las cuales se determinó el riesgo de superación de este presupuesto. En el artículo 2 y 3 se evidencia el ajuste al presupuesto máximo fijado en la vigencia 2020 en las entidades promotoras de salud del RC y RS así:

Código EPS	Entidades Promotoras de Salud – EPS Contributivo	Ajuste presupuesto máximo	Régimen
EPS001	ALIANSA SALUD EPS	11.143.618.481,00	C
EPS008	COMPENSAR EPS	10.997.828.998,00	C
EPS017	FAMISANAR	2.133.405.720,00	C
EPS044	MEDIMAS EPS	19.612.502.392,00	C
EPS048	MUTUALSER CONTRIBUTIVO	150.200.297,00	C
EPS002	SALUD TOTAL	7.755.775.961,00	C
EPS010	SURA EPS	15.630.296.627,00	C
EPSIC3	AIC EPSI	51.624.589,00	V
ESSC76	AMBUQ	102.989.722,00	V
ESSC62	ASMETSALUD	2.122.975.236,00	V
EPSC34	CAPITAL SALUD	923.568.823,00	V
EPSC25	CAPRESOCA EPSS	236.683.592,00	V
CCFC23	COMFAMILIAR GUAJIRA EPSS	126.589.531,00	V
CCFC24	COMFAMILIAR HUILA EPSS	2.456.513.718,00	V
CCFC27	COMFAMILIAR NARIÑO EPSS	35.438.816,00	V
CCFC50	COMFAORIENTE EPS	121.720.191,00	V
CCFC33	COMFASUCRE EPSS	44.349.090,00	V
ESSC33	COMPARTA	851.758.133,00	V
ESSC24	COOSALUD E.S.S.	1.572.599.551,00	V
EPSIC1	DUSAKAWI EPSI	59.495.696,00	V
ESSC91	ECOOPSOS EPSS	84.108.982,00	V
ESSC18	EMSSANAR	10.884.426.333,00	V
EPSIC5	MALLAMAS EPSI	118.751.789,00	V
ESSC07	MUTUALSER MOVIL A CONTRIBUTIVO	4.720.345.161,00	V
EPS041	NUEVA EPS	707.293.359,00	V
EPSIC6	PIJAOS EPSI	97.978.696,00	V
EPS040	SAVIA SALUD EPS	2.177.353.884,00	V
TOTAL	TOTAL	94.920.193.368,00	

Código EPS	Entidades Promotoras de Salud – EPS Subsidiado	Ajuste presupuesto máximo	Régimen
EPSS34	CAPITAL SALUD	10.680.526.629,00	S
EPS025	CAPRESOCA EPSS	4.216.099.249,00	S
CCF007	COMFAMILIAR CARTAGENA	129.716.232,00	S
ESS133	COMPARTA	5.881.260.115,00	S
EPSI01	DUSAKAWI EPSI	129.146.068,00	S
EPSI05	MALLAMAS EPSI	2.635.998.835,00	S
ESS207	MUTUALSER	11.705.586.958,00	S
EPSS41	NUEVA EPS	4.608.907.427,00	S
EPSI06	PIJAOS EPSI	120.805.723,00	S
EPSS12	COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	721.564.394,00	M
EPSS08	COMPENSAR EPS	2.046.917.298,00	M
EPSS16	COOMEVA	7.180.607.888,00	M
EPSS17	FAMISANAR	6.789.364.806,00	M
EPSS46	FUNDACION SALUD MIA EPS	201.294.659,00	M
EPSS44	MEDIMAS EPS	7.562.459.816,00	M
EPSS48	MUTUALSER MOVIL A SUBSIDIADO	1.394.152,00	M
EPSS37	NUEVA EPS	6.509.500.333,00	M
EPSS02	SALUD TOTAL	21.656.616.514,00	M
EPSS05	SANITAS	3.408.867.269,00	M
EPSS18	SOS	4.044.142.694,00	M
EPSS10	SURA EPS	12.610.773.271,00	M
TOTAL		112.841.550.330,00	

184. Por otra parte, cabe mencionar que el ente ministerial manifestó que,³⁷³ partiendo de lo informado por la Adres, entidad según la cual las transferencias del presupuesto máximo se habían venido realizando acorde con la normatividad vigente, se podía concluir que a noviembre de 2020 no existía deuda por concepto de servicios PBS no UPC, prestados a partir del 1º de marzo de 2020 bajo el sistema de techos, pues los recursos se giran ex ante y de forma mensual. Si bien esto permite inferir que el mecanismo podría evitar la generación de nueva deuda en el sector salud, no deja establecer si el cálculo de los pagos ex ante por concepto de techos derivan de información fiel y confiable.

185. Lo anterior, teniendo en cuenta que la Sala evidenció que para la vigencia 2021, el MSPS se vio obligado a definir una asignación para los primeros 4 meses del año que permitiera a las EPS gestionar la atención de los servicios y tecnologías financiados con cargo al presupuesto máximo, debido a que los insumos de información requeridos para establecer el valor de los techos de tal vigencia no se encontraban disponibles al 31 de diciembre de 2020, toda vez que hasta esa fecha se prestan servicios financiados con los recursos de los presupuestos. En este sentido, aunque dicho cálculo tome en consideración los valores presupuestados en la vigencia anterior, los ajustes efectuados y el incremento de la inflación proyectada por el Gobierno para el año en cuestión,

³⁷³ Documento del 23 de noviembre de 2020 con radicado 202011201793481 remitido dentro de la orden 27 en respuesta al auto del 21 de octubre de 2020 mediante el cual se requirió información.

ello no garantiza la suficiencia de ese valor, menos aún, cuando parte de un periodo anterior que no ha sido evaluado.

186. La Sala encuentra necesario resaltar que, a través de la Resolución 535 de 2020 se establecieron condiciones para el manejo integrado de los recursos de la UPC y de los techos a cargo de las entidades promotoras de salud, permitiendo a las mismas realizar contratos con las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud y financiarlos de manera integral con recursos de la UPC, de los presupuestos máximos, así como de los demás ingresos operacionales, con el fin de garantizar la integridad y la gestión de la prestación de los servicios de salud. Sin embargo, la Sala considera que, el MSPS debe demostrar mediante información técnica y confiable, que el uso integrado de los valores destinados a cubrir tanto la prestación de los servicios PBS UPC como no UPC, no afectará la suficiencia de ninguno de ellos y por ende la prestación de esos servicios.

187. Además de las dudas expuestas, debido a la reciente implementación del mecanismo de techos o presupuestos máximos, la Sala estima pertinente, en relación con este punto, esperar a que el Ministerio cuente con suficiente información a partir de la experiencia que se obtenga durante la presente vigencia, para poder emitir una observación.

188. En consecuencia, el MSPS deberá garantizar a través de la regulación que sea expedida para el efecto y de la implementación de la política pública pertinente, que la definición de la UPC para ambos regímenes alcance el nivel de suficiencia necesario para financiar el PBS UPC y que el valor de los techos también sea suficiente para cubrir la prestación de los servicios y tecnologías en salud PBS no UPC, de forma que cubra todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados del plan de beneficios, y que permita garantizar el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible. Lo anterior, sin olvidar que no puede sacrificar la prestación y la efectividad del derecho a la salud, so pretexto de la sostenibilidad financiera.

(iv) Prueba Piloto

189. El MSPS informó que mediante la Resolución 6411 de 2016 se dio continuidad a la prueba piloto por dos años más de los que inicialmente se había presupuestado, a saber 2016 y 2018, y señaló que efectuó visitas técnicas a las EPS del RS para brindar apoyo en el reporte correcto de la información, y de este modo, trabajar de la mano con las EPS que presentaran datos bajos de calidad para ser incluidas en sus programas de visitas presenciales por el Ministerio para establecer los aspectos que requirieran ser corregidos y someterlos a un ajuste monitoreado por dicha cartera de salud y supervisado por la Supersalud.³⁷⁴

190. En esa resolución se fijó el valor anual de la UPC de la prueba piloto para el RS y se planteó la estructura de costos por grupo etario de la UPC-S para la

³⁷⁴ AZ XXII G folio 3185, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

prueba, las responsabilidades tanto de las ET como de las IPS, la obligación de reportar la información de manera codificada según la normativa vigente³⁷⁵ y en unas fechas determinadas³⁷⁶.

191. Durante el desarrollo de las pruebas, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud recomendó al Ministerio adelantar pruebas piloto de igualación temporal (hasta por dos años) de primas puras en el RS en algunos municipios, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 2°, numeral 5° de la Ley 1608 de 2013, y según las condiciones del RS. Así mismo, señaló como condición para mantener la prueba piloto, el envío de la información al Ministerio de Salud en la periodicidad, calidad y de la forma que estableciera dicha entidad.

192. En ese sentido, como la idea de la prueba piloto era monitorear las frecuencias de uso de los servicios y tecnologías en salud y analizar la posibilidad de equiparar las primas puras de la UPC de ambos regímenes, y el MSPS manifestó a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud que la información recopilada a esa fecha no permitió concluir sobre las frecuencias de uso, incumpliendo la segunda recomendación, la Comisión sugirió al Ministerio el cierre de las pruebas piloto.

193. Finalmente el ente ministerial señaló que las poblaciones y operación de los regímenes seguían siendo diferentes. Adicionalmente, anotó que parte de la estrategia de gobierno, era avanzar hacia la unificación de los regímenes, contar con EPS sólidas en el aseguramiento, acatar lo ordenado en el auto 411 de 2016 proferido por la Corte en relación con la temática en cuestión, e incentivar la red pública (integral e integrada), con retos de modernización y flujo de recursos para garantizar la atención de la población del país que cuenta con menos recursos.

194. En consecuencia, la Sala evidenció que la información recogida con ocasión de la prueba piloto, como lo afirmó el Ministerio de Salud, fue insuficiente y por ello impidió concluir sobre la frecuencia de usos de los servicios y tecnologías en salud en las zonas en que se llevó a cabo, lo que permite inferir que, si se presentan dificultades para recolectar información en algunas zonas específicas, con mayor razón cuando se trata de todo el país para calcular el valor de la UPC. No obstante, la Sala considera importante resaltar como avance, que el MSPS se encuentre considerando, la posibilidad de unificar los regímenes y eliminar estas dos categorías existentes, con lo que se hablaría de una misma UPC para toda la población.

195. Por lo anterior, la Corte detendrá el seguimiento del punto tercero de la orden quinta de la parte resolutive del auto de valoración 411 de 2016, toda vez que la misma consistía en informar, con una periodicidad de 6 meses, los

³⁷⁵ “En caso de medicamentos, se atenderá a lo dispuesto en la Resolución 255 de 2007, la Resolución 3166 de 2015 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. En caso de servicios y procedimientos, se atenderá a lo dispuesto en las Resoluciones 4678 de 2015, y 1132 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.”

³⁷⁶ AZ XXII G folio 3502, segundo informe remitido por Minsalud el 12 de febrero de 2018.

cambios y resultados obtenidos con la ejecución de la prueba piloto implementada en la Resolución 5968 de 2014, independientemente de los resultados que se obtuvieran con la misma.

Valoración de las medidas, resultados y avances reportados

196. Al estudiar los resultados obtenidos con las medidas reportadas por el Ministerio de Salud y aludir a las fallas evidenciadas, se encuentra que, aun cuando el ente ministerial ha desplegado una amplia actividad dirigida a alcanzar los objetivos requeridos para lograr contar con información completa, de calidad y en oportunidad, en general, la pluralidad de subsistemas de información que nutren al SGSSS en Colombia, tanto los externos como los que forman parte del sector salud, siguen presentando inconvenientes en la recolección de datos y en el registro y análisis de los mismos, que entre otras cosas, son requeridos para calcular un valor suficiente para cubrir la prestación de servicios y tecnologías PBS en cada régimen, avanzar en la gestión de riesgos en salud de la población y garantizar así, el real y efectivo goce y disfrute del derecho fundamental a la salud.

197. Ante la inexistencia de un sistema único de información y la necesidad de obtener insumos de diferentes bases de datos, se encuentra que, desafortunadamente, los registros no se hacen en tiempo real ni en línea, estas no se mantienen actualizadas, no funcionan con interoperabilidad y de manera estandarizada, entre otros aspectos, lo que genera brechas que dan a lugar a la manipulación de información, a la pérdida de datos y a resultados que no son fieles a la realidad y las verdaderas necesidades materiales de la población, poniendo en evidencia inicialmente, que las medidas adoptadas no han sido conducentes para la superación de la falla estructural, para la cual se requiere información confiable.

198. También es pertinente resaltar que los esfuerzos no pueden provenir únicamente de parte de las entidades estatales a cargo del diseño e implementación de las políticas públicas en salud, y por ello es imperioso la interrelación entre estas y los diferentes actores del sector, de los cuales algunos se encuentran obligados al reporte de información bajo estándares de calidad y oportunidad que no pueden pretermirse ni modificarse a su antojo, como ocurre frente a las EPS que exigen a las IPS datos adicionales o diferentes a los establecidos por el MSPS. En este sentido, es menester que la cartera de salud atienda lo dispuesto en el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, que establece como su función, reglamentar la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del sistema.

199. El mismo MSPS concluyó que los datos obtenidos en el régimen subsidiado no son completos, carecen de calidad y no se entregan con oportunidad, al punto que no pueden emplearse de manera confiable para calcular el valor de la UPC de dicho régimen; de los reportes entregados por la entidad, se logra dilucidar que los afiliados a este régimen siguen siendo los más

afectados en términos de acceso y por ello es importante considerar la escasa oferta de servicios en los territorios dispersos y rurales y cómo está influyendo en ello el valor de la UPC, para lo que se reitera, la necesidad de obtener datos a través de fuentes fiables.

200. La prueba piloto, por ejemplo, no permitió evidenciar la suficiencia de la UPC en el RS con ocasión de las deficiencias encontradas en la data acopiada, de modo que la misma no pudo ser tenida en cuenta; esto pone en tela de juicio la capacidad de recolectar información de calidad a nivel nacional y acatando los estándares requeridos, cuando ello ha sido imposible a menor escala.

201. En este sentido, un adecuado sistema de salud en Colombia debe disponer para las entidades gubernamentales, los prestadores de servicios y los afiliados, información con calidad y actualizada, que se maneje en lo posible en un mismo sistema o plataforma, evitando la proliferación de subsistemas, en línea y en tiempo real, que registre los datos en forma digital en un 100% y elimine los ingresados manualmente, que cuente con procesos de depuración y permita desagregar la misma atendiendo a las necesidades de cada entidad, generando un flujo de datos más dinámico, continuo y que no provenga de una única fuente (EPS) y así se logre su contrastación en relación con otras.

202. De igual forma, se hace necesario que la data solicitada a las EPS y las IPS se unifique y sea la misma para todos los actores del sector salud; que las EPS apliquen las mallas de validación sin imponer otras exigencias adicionales ya que esta dispersión de exigencias dificulta su recolección, registro y análisis. Adicionalmente, deben consignar toda la información requerida aun cuando consideren que la misma no contribuye al logro de sus objetivos y autorizar oportunamente los datos entregados por las IPS, sin emplear exigencias adicionales; el recurso humano debe capacitarse para el manejo de los sistemas de información, eliminar los registros manuales, invertir mayores recursos para la adquisición de nueva tecnología, especialmente cuando el sector salud recibe alrededor de 40 billones de pesos al año y las instituciones del sector público carecen de esta, necesaria para que los aplicativos desarrollados por el MSPS funcionen correctamente y cada vez con menor margen de error.

203. En ese sentido, la Sala no encuentra que la información con base en la cual se establece el valor de la UPC en ambos regímenes sea confiable, especialmente en el RS, cuyos cálculos a veces se fundamentan en la información que arrojan los estudios dentro del RC, especialmente cuando la frecuencia de usos es diferente, como la misma entidad expuso, lo cual se convierte en una práctica contradictoria. De igual manera, la recolección de los datos para calcular el valor de los techos de cada vigencia parece no obtenerse de manera oportuna y por ello los cálculos no pueden efectuarse partiendo del análisis de esta.

Nivel de cumplimiento

204. Atendiendo a lo descrito, se suspenderá el seguimiento de lo dispuesto en los puntos 3 y 4 de la orden quinta del auto 411 de 2016, toda vez que los mismos consistían únicamente en “*informar, con una periodicidad de 6 meses, los cambios y resultados obtenidos con la [ejecución] de la prueba piloto implementada en la Resolución 5968 de 2014*” la cual se dio por terminada y fijar un cronograma en el cual se indicara la periodicidad con la que se acreditaría lo ordenado en dicha providencia, como en efecto se hizo.

205. En relación con los puntos 1, 2 y 5 del referido numeral quinto, la Sala concluyó que continúan presentándose serias falencias en el reporte de información por parte de las prestadoras de salud, las cuales constituyen una de las fuentes principales para el cálculo del valor de la UPC, y en la recolección u análisis oportuno de los datos necesarios para calcular los techos de la siguiente vigencia, que tampoco permiten evidenciar su suficiencia, por lo cual considera que es necesario mantener su seguimiento dentro del marco del alcance entregado a cada uno de esos puntos desde el auto 411 de 2016 y precisados en esta valoración, teniendo en cuenta lo siguiente:

a. Deficiencias del sistema de información

206. Las medidas y reglamentación emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social no solucionan las deficiencias del sistema de información, de manera que se sigue evidenciando: (i) baja calidad de la información reportada por las EPS del régimen subsidiado al punto que la misma no puede ser empleada en la definición de la Unidad de Pago por Capitación; (ii) que si bien los sistemas de información tienen en cuenta algunas barreras de acceso a los servicios y tecnologías en salud, no registran y actualizan con fidelidad las necesidades reales de la población y menos aún, evidencian que las mismas se estén superando; y (iii) que la información proveniente de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del régimen subsidiado es deficiente.

b. Medidas y reglamentación para que el porcentaje de equiparación de la UPC aumente a la meta del 95 %³⁷⁷

207. En concreto, en relación con la orden de equiparar el valor de la UPC del RS al 95% del valor de la UPC del RC, en el auto 411 la Corte explicó que con la expedición de los autos 261 y 262 ordenó la igualación de la UPC bajo el entendido que: “(i) para ese momento no se contaba con un sistema de información; (ii) no existía una metodología sólida para la determinación de la suficiencia de la UPC; y (iii) luego de la actualización establecida en el Acuerdo 032, las EPS contratarían la ampliación de la cobertura para la prestación del servicio de salud”.

208. Una vez analizada la información entregada por los distintos actores del sector salud, la Corte evidencia que el MSPS aún no logra demostrar la suficiencia de la UPC y tampoco equiparó el porcentaje del valor de la prima del

³⁷⁷ AZ XXII G folio 3185, remitido por el MSPS el 11 de enero de 2017.

RS al 95% del monto establecido para la UPC-C, ya que actualmente la UPC-S corresponde al 92,94% de la del RC, por lo que aún falta acercarse en un 2,06%.

c. *Que las fuentes de financiación del PBS alcancen el nivel de suficiencia necesario para cubrir la prestación de servicios PBS UPC y PBS no UPC*

209. De conformidad con lo expuesto, la Sala encontró que la información recogida no permite concluir que el valor de la UPC alcanzó la suficiencia en ambos regímenes, por cuanto es incompleta, no se reporta con oportunidad y no se mantiene actualizada, entre otros factores que influyen en la calidad de la misma. En relación con la suficiencia de los montos pagados por concepto de techos o presupuestos máximos logró establecer que, aunque la metodología empleada permite recalcular los valores reconocidos y ello representa un avance significativo hacia la superación de la orden porque garantiza que los montos cancelados puedan modificarse periódicamente y ajustarse en busca de su suficiencia para cubrir la prestación de los servicios PBS no UPC, la información que se recolecta para su cálculo no logra ser analizada de manera oportuna previo el inicio de la siguiente vigencia y por ello su cálculo se efectúa partiendo de datos históricos que no son analizados, lo que no genera confiabilidad en el cálculo que se realiza, al punto que para esta vigencia no se calculó el valor para todo el año 2021 sino únicamente de manera transitoria para los primeros cuatros meses.

210. En consecuencia, el sistema de información que nutre al sector de la salud, no cuenta con datos sólidos y confiables, y aunque se adoptaron medidas conducentes, se entregaron resultados a esta Corporación y tales mostraron avances en la implementación de la política pública, los mismos no son suficientes para superar la falla estructural que dio origen a las órdenes 21 y 22.

211. Por lo anterior la Corte declarará el CUMPLIMIENTO MEDIO de las órdenes vigésimo primera y vigésimo segunda impartidas en la sentencia T-760 de 2008 y continuará con la verificación de los puntos referidos de la orden quinta impartida en el auto 411 de 2016 teniendo en cuenta el nuevo alcance dado a las mismas.

Reiteración de cumplimiento de las órdenes impartidas en relación con las órdenes vigésima primera y vigésima segunda

212. Vale recordar que desde la sentencia T-760 de 2008 y los posteriores autos emitidos, se ha solicitado a las autoridades gubernamentales desplegar las acciones correspondientes para lograr el cumplimiento de las directrices impartidas en dicha providencia y se les ordenó entregar información periódica con la finalidad de comparar los resultados y avances, no obstante, los datos recibidos no han sido periódicos, como se observó en el acápite de cumplimiento formal, ni uniformes en su información, lo que ha obstaculizado la labor de seguimiento.

213. En efecto, el reporte de medidas y resultados a través de la entrega de documentación periódica y uniforme, permite a la Sala desplegar su trabajo de seguimiento y acompañamiento en la erradicación de las falencias identificadas al interior del SGSSS, por esta razón, se reiterará la importancia de atender estos criterios a la hora de remitir la información requerida. Ahora, es pertinente aclarar que esta reiteración de cumplimiento no comporta nuevas directrices, sino unos parámetros para que las entidades organicen de mejor forma la información que de antaño vienen remitiendo, para facilitar la referida labor, toda vez que se requiere que la misma contenga datos cuantitativos y uniformes que permitan analizar en diferentes periodos los avances obtenidos.

214. Lo anterior, teniendo en cuenta que el auto 411 de 2015 consideró como avance, el efecto medible a partir de indicadores cuantitativos, que permitan comparar en un periodo de tiempo determinado, la situación existente antes de la adopción de las medidas acreditadas y después de su implementación, siempre que reflejen cambios favorables en la superación de la falla estructural en el sistema de salud.

215. Por lo descrito, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá dar cumplimiento a los puntos 1, 2³⁷⁸ y 5³⁷⁹ del numeral quinto de la parte resolutive del auto 411 de 2016 de conformidad con el alcance señalado en esta providencia y remitir un informe a más tardar, cada 6 meses a partir de la notificación de este auto en el que se evidencien las medidas, resultados y avances obtenidos en la materia, de conformidad con lo expuesto³⁸⁰.

216. Así mismo, toda vez que en la actualidad no se cuenta con parámetros que permitan medir y evaluar con mayor exactitud la calidad de la información contenida en las bases de datos que hacen parte o repercuten en el funcionamiento del SGSSS, se instará al ente ministerial para que establezca unos indicadores que permitan al regulador avanzar en la consecución de un sistema de información con datos que cuenten, como mínimo, con las características de consistencia, completitud, precisión, integridad, auditabilidad, validez, singularidad, puntualidad, calidad y oportunidad, atendiendo a que a partir de estos que se efectúa el cálculo de la UPC en ambos regímenes. Del mismo modo, a considerar indicadores para lograr medir su suficiencia (barreras geoespaciales, de tipo socioeconómico, culturales, temporales, de conectividad e

³⁷⁸ En resumen, la Sala ha precisado hasta la fecha que el MSPS debe seguir adoptando adopte las medidas y emitiendo la reglamentación que considere pertinente para que el porcentaje de equiparación de la UPC del RS se mantenga equiparado en un 95 % en relación con el del RC atendiendo a lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia y de seguir reduciendo esta brecha hasta tanto, se demuestre la suficiencia de la UPC del RS.

³⁷⁹ El MSPS deberá garantizar a través de la regulación que sea expedida para el efecto y de la implementación de la política pública pertinente, no solo que la definición de la UPC para ambos regímenes alcance el nivel de suficiencia necesario para financiar el PBS, sino también que el valor de los techos sea suficiente para cubrir la prestación de los servicios y tecnologías en salud PBS no UPC, de forma que cubra todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados del plan de beneficios, y que permita amparar el acceso a todos los servicios y tecnologías en salud necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible. Lo anterior, sin olvidar que no puede sacrificar la prestación y la efectividad del derecho a la salud, so pretexto de la sostenibilidad financiera.

³⁸⁰ “Para salvaguardar los recursos asignados al sector salud y que tiendan eficazmente a proscribir los actos de corrupción y las prácticas defraudatorias que aquejan el sistema, con la única finalidad de optimizar el flujo de recursos al interior del SGSSS y obtener la sostenibilidad financiera del mismo, para la atención de las necesidades en salud de la población colombiana” e informar cada 4 meses sobre las mismas y sus resultados.”

interconexión de las mismas) y contar así, con la información necesaria para que se efectúen dichos cálculos.

217. Los indicadores deben ser oportunos, excluyentes, claros, explícitos, sensibles y verificables y al momento de su redacción, es necesario precisar qué elementos serán objeto de medición y el contexto para ello, eliminarse las expresiones ambiguas o que permitan una doble interpretación, la especificidad de los términos (periodo de ejecución) en relación con el tipo de dato que requiere ser examinado con el indicador³⁸¹.

218. De igual forma la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General de la República deberán dar cumplimiento a los dispuesto en la parte resolutive del auto 411 de 2016.

219. En este sentido, los informes que las entidades remiten, a partir de la notificación de la presente providencia serán semestrales y habrán de contener siempre la misma estructura, en los que expongan las medidas implementadas y los resultados obtenidos con cada una de ellas, con las cifras que sean necesarias para evidenciar los cambios (de haber lugar a ellas), sin perjuicio de que puedan reportar la información adicional que consideren pertinente, de manera que faciliten la comparación de los datos entregados por cada periodo para dar cumplimiento a lo ordenado en la sentencia T-760 de 2008 y el auto 411 de 2016.

220. Además ordenará a la Contraloría General de la República, tal como fue ordenado en el auto 411 de 2016, continuar *(i)* con las investigaciones correspondientes para verificar que las EPS están destinando de manera adecuada los recursos del sistema de salud, *(ii)* con las investigaciones correspondientes para verificar si existe un nexo causal entre el detrimento patrimonial de las EPS y el valor de la prima asignada a cada una de esas entidades, con el fin de determinar si el primero es consecuencia de la insuficiencia de la UPC. Esto deberá hacerse respecto de cada una de las EPS de ambos regímenes; y *(iii)* reportar cada 6 meses a partir de la notificación de este auto, sobre los avances obtenidos en los numerales anteriores.

221. Finalmente, ordenará a la Superintendencia Nacional de Salud, tal como fue ordenado en el auto 411 de 2016, continuar: *(i)* con las investigaciones correspondientes para verificar si existe una incidencia negativa en la prestación de los servicios de salud la liquidación de las EPS que salieron del sistema en los últimos tres años, y las consecuencias que ello eventualmente generaría en la definición de la Unidad de Pago por Capitación, *(ii)* con las investigaciones correspondientes para verificar si existe un nexo causal entre el detrimento patrimonial de las EPS y el valor de la prima asignada a cada una de esas entidades, con el fin de determinar si el primero es consecuencia de la insuficiencia de la UPC. Esto deberá hacerse respecto de cada una de las EPS de

³⁸¹ Cfr. autos 373 de 2016 y 331 de 2019 sobre indicadores de goce efectivo de derechos de la población desplazada, en el marco del seguimiento a la superación del Estado de Cosas Inconstitucional declarado en Sentencia T-025 de 2004.

ambos regímenes y *(iii)* reportar cada 6 meses a partir de la notificación de este auto, sobre los avances obtenidos en los numerales anteriores.

222. En mérito de lo expuesto, la Sala Especial de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008,

III. RESUELVE:

PRIMERO.- Declarar el CUMPLIMIENTO MEDIO de las órdenes vigésimo primera y vigésimo segunda impartidas en la sentencia T-760 de 2008.

SEGUNDO.- Suspender el seguimiento de los puntos 3 y 4 de la orden quinta del auto de valoración 411 de 2016, de conformidad con lo explicado en la parte considerativa de esta providencia.

TERCERO: Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que adopte las medidas necesarias para dar cumplimiento a lo dispuesto en los numerales vigésimo primero y vigésimo segundo de la parte resolutive de la sentencia T-760 de 2008 y en consecuencia, de los puntos 1, 2 y 5 del numeral quinto de la parte resolutive del auto 411 de 2016, de conformidad con el alcance señalado en esta providencia y remita un informe cada 6 meses a partir de la notificación de este auto, atendiendo a lo dispuesto en los numerales 215 y 219 de la parte considerativa.

CUARTO: Instar al Ministerio de Salud y Protección Social para que establezca indicadores y parámetros que permitan al regulador avanzar en la consecución de un sistema de información con datos suficientes y de calidad a partir de los cuales se efectúe un cálculo más preciso de la UPC en ambos regímenes, de conformidad con lo dispuesto en los numerales 216 y 217 de la parte considerativa de esta providencia.

QUINTO: Ordenar a la Contraloría General de la República y a la Superintendencia Nacional de Salud para que continúen con las investigaciones requeridas en el auto 411 de 2016 y reportar cada 6 meses a partir de la notificación de este auto, sobre los avances obtenidos, atendiendo a lo consignado de los numerales 218 a 221 de la parte considerativa.

SEXTO.- Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones correspondientes, acompañando copia integral de este proveído.

Notifíquese, publíquese y cúmplase,

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado Sustanciador

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO
Magistrado

ALEJANDRO LINARES CANTILLO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General