

**Auto 122/19**

**SENTENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL EN MATERIA DE DERECHO A LA SALUD Y LA VIDA**-Seguimiento al cumplimiento de la orden décima novena de la sentencia T-760/08

**CUMPLIMIENTO DE LAS ORDENES DE LA SENTENCIA T-760/08**- Es necesario analizar la orden desde tres aspectos: las medidas, los resultados y los avances

**NIVELES DE CUMPLIMIENTO A LAS ORDENES DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008**-Reiteración del auto A.411/15

**SEGUIMIENTO SENTENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL EN MATERIA DE DERECHO A LA SALUD Y VIDA**-Nivel de cumplimiento bajo

**CUMPLIMIENTO DE LAS ORDENES DE LA SENTENCIA T-760/08**- Orden al Ministerio de la Protección Social implementar gestiones y actividades en cumplimiento de sentencia T-760/08 y autos de seguimiento

**CUMPLIMIENTO DE LAS ORDENES DE LA SENTENCIA T-760/08**- Orden a la Superintendencia Nacional de Salud rendir informes de gestión frente a las EPS, en cumplimiento de sentencia T-760/08 y autos de seguimiento

**CUMPLIMIENTO DE LAS ORDENES DE LA SENTENCIA T-760/08**- Orden a Órganos de control rendir informe sobre estado de investigaciones adelantadas y eventuales sanciones, en cumplimiento de autos de seguimiento

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

Asunto: Registro de servicios negados.

Magistrado Sustanciador:  
**JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS**

Bogotá, D.C., dieciocho (18) de marzo de dos mil diecinueve (2019)

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 la Corte evidenció una serie de fallas estructurales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y tomó dieciséis medidas para superarlas.

En esa oportunidad advirtió que la mayoría de las acciones de tutela tendientes a la protección efectiva del derecho a la salud tenían como finalidad reclamar servicios POS<sup>1</sup> (el 56.4% de los amparos presentados solicitaban la prestación de un servicio o tecnología “*al cual legal y reglamentariamente los usuarios tenían derecho y que, por tanto, debía ser garantizado sin necesidad de demanda alguna*”)<sup>2</sup>, por ese motivo consideró que el Estado dejaba de proteger tal prerrogativa cuando permitía la obstaculización en el acceso a los servicios que hacían parte del mismo. En razón de ello emitió la orden décima novena, que preceptuó:

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

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

2. El 30 de enero de 2009 el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>3</sup> señaló que para acatar la orden décima novena procedió a recordar<sup>4</sup> a las entidades promotoras de salud la obligación de enviar a las autoridades correspondientes el informe trimestral de que trata dicha directriz.

---

<sup>1</sup> Plan Obligatorio de Salud. Hoy plan de beneficios en salud-PBS.

<sup>2</sup> En virtud de un estudio elaborado en el 2007 por la Defensoría del Pueblo sobre “*La tutela y el derecho a la salud*”, correspondiente al periodo comprendido en los años 2003 a 2005. Numeral 6.1.4.1.1. del acápite consideraciones y fundamentos de la sentencia T-760 de 2008.

<sup>3</sup> Es preciso señalar que mediante la Ley 1444 de 2011 “*por medio de la cual se escinden unos Ministerios, se otorgan precisas facultades extraordinarias al Presidente de la República para modificar la estructura de la Administración Pública y la planta de personal de la Fiscalía General de la Nación y se dictan otras disposiciones*”, el entonces Ministerio de la Protección Social fue escindido en dos: el Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social, que en adelante será enunciado como MSPS, Minsalud, Ministerio, ente ministerial, cartera de salud, rector de la política pública en salud.

<sup>4</sup> A través de oficio.

En el mismo reporte, al igual que en el presentado el 2 de febrero de 2009 allegó a la Corte los oficios enviados a las distintas EPS y EPSS en los que transcribía lo ordenado en el numeral décimo noveno de la sentencia T-760 de 2008.

3. En virtud de lo anterior, a través de auto de 13 de julio de 2009, la Sala Especial aclaró al Ministerio que su función no estaba limitada a solicitarle a las EPS que cumplieran la orden décima novena, sino que debía crear las condiciones para que los datos aportados por ellas fueran precisos, confiables y aprovechables o útiles. Además lo requirió, para que: *(i)* proferiera un acto administrativo en el que fijara los parámetros en que deberían remitirse los registros; *(ii)* creara los formatos que cada entidad enviaría en medio físico o digital; *(iii)* estableciera las sanciones derivadas del incumplimiento de la orden y; *(iv)* señalara los trámites que adelantaría para que la información depurada y consolidada fuera aportada a la Sala de Seguimiento solo por su conducto.

4. En atención a lo dispuesto, el Ministerio allegó<sup>5</sup> copia de la Resolución 3173 de 28 de agosto 2009 que creó el registro de negaciones de servicios y medicamentos por parte de las EPS y EOC<sup>6</sup> tanto del régimen contributivo<sup>7</sup> como del subsidiado<sup>8</sup>, y de la Resolución 3821 de la misma anualidad, por medio de la cual modificó el anexo técnico del artículo 1º y el párrafo del artículo 3º de la Resolución 3173.

5. Posteriormente la cartera de salud emitió la Resolución 163 de 27 de enero de 2011 que derogó las resoluciones 3173 y 3821 de 2009 y creó un nuevo registro de negaciones.

6. Mediante auto 043 de 2012 la Corte analizó la normatividad emitida hasta el momento, en particular el aspecto atinente al flujo de información relacionada con el registro de negaciones entre las EPS de ambos regímenes y la Superintendencia Nacional de Salud<sup>9</sup>, la Comisión de Regulación en Salud<sup>10</sup> y la Defensoría del Pueblo.

En esa oportunidad advirtió que los reportes de servicios negados que se habían creado tenían como único destinatario al MSPS por lo que no se estaba cumpliendo con lo establecido en la sentencia T-760 de 2008<sup>11</sup>. Para llegar a dicha conclusión tuvo en cuenta lo dispuesto en las resoluciones 3173 de 2009 y 163 de 2011, al señalar la primera que los datos solo se recibirían a través del mecanismo que dispusiera para tal fin Minsalud en su página web y, la segunda, que las EPS y demás entidades obligadas a compensar debían diligenciar mensualmente el registro de negación de servicios y remitirlo a la Dirección General de Financiamiento del Ministerio o quien hiciera sus veces.

---

<sup>5</sup> A través de oficio de 24 de septiembre de 2009.

<sup>6</sup> Empresa Obligada a Compensar.

<sup>7</sup> En adelante RC.

<sup>8</sup> En adelante RS.

<sup>9</sup> En adelante Supersalud, Superintendencia de Salud y SNS.

<sup>10</sup> En adelante CRES.

<sup>11</sup> La sentencia T-760 de 2008 dispuso que los informes debían ser remitidos trimestralmente a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo.

Por otro lado encontró que el formulario para el registro de negaciones de servicios médicos indicado en la Resolución 163 de 2011 tenía graves falencias en su diseño que conllevaban a los siguientes errores en el diligenciamiento: (i) la mayoría de los campos atinentes a la negación de servicios se dejaban en blanco; (ii) utilización de comillas; (iii) inclusión de información de insumos, medicamentos y procedimientos sin individualización alguna en la categoría “*otros servicios*” (iv) las fechas aparecían en formatos diferentes; y (v) los archivos eran enviados en Excel, entre otros.

Adicionalmente expresó que ese diseño problemático facilitaba el recaudo erróneo de la información suministrada por las EPS, debido a que el mismo permitía que las entidades incurrieran de manera frecuente en yerros de digitación. Así mismo, consideró que tal formulario se “*apartaba drásticamente de las variables exigidas por la sentencia, al incluir múltiples ítems que desdibujaban el objetivo inicial del informe y hacen que pierda trascendencia la información que la Corte quiso rescatar en la sentencia T-760 de 2008*”.

Igualmente puntualizó que organismos como la Superintendencia, la Defensoría y CRS habían indicado que tenían inconvenientes al estudiar las negaciones de servicios en virtud de la desorganización y falta de calidad de la información suministrada por la EPS como consecuencia del formulario creado por el Ministerio.

En consecuencia ordenó al MSPS expedir una nueva regulación del registro de servicios negados por las EPS en el que incluyera campos que permitieran obtener información sobre: (i) los medicamentos y procedimientos prescritos por el médico tratante y no tramitados ante el Comité técnico científico<sup>12</sup>; (ii) los motivos para no haber tramitado la solicitud; (iii) las tecnologías en salud ordenadas por el médico tratante negadas por el CTC y, (iv) los motivos de negación por el CTC. Finalmente, dispuso que previo a expedir la nueva normatividad se capacitaran a las personas encargadas de diligenciar el registro de servicios negados.

7. En cumplimiento de lo dispuesto en el auto 043 de 2012 el MSPS expidió la Resolución 744 de 2012 por medio de la cual implementó el registro de negaciones de servicios médicos por parte de las EPS de los regímenes contributivo, subsidiado y demás entidades obligadas a compensar, y derogó la Resolución 163 de 2011.

Dicho acto administrativo plasmó expresamente que los destinatarios de la información de tecnologías negadas eran la Supersalud, la CRES, la Defensoría del Pueblo y la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud o la dependencia que hiciera sus veces. Además, estipuló que el diligenciamiento del reporte debería hacerse en forma mensual y en medio magnético, acompañado de una comunicación suscrita por el representante legal de la entidad como garantía de la consistencia y veracidad de los datos enviados.

Así mismo, afirmó que los reportes sobre servicios negados: (i) tenían que

---

<sup>12</sup> CTC.

grabarse en archivo plano con extensión “txt”<sup>13</sup> y ser tipo texto; y (ii) no debían estar encerrados en comillas (“”), ni en otro carácter especial, entre otras especificaciones. Puntualizó que los archivos que no cumplieran con la estructura del registro diseñada por el Ministerio de Salud serían devueltos a las entidades para sus respectivos ajustes.

Adicionalmente, consagró que se debía diligenciar la modalidad de atención: urgencias, ambulatoria, hospitalaria y domiciliaria; y marcar el tipo de tecnologías pedidas, esto es, medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos, actividades y otros servicios.

Posteriormente, el 10 de abril de 2012 el Ministerio informó a la Corte que: “*en cumplimiento de lo ordenado (...) en el Auto 43 de 7 de marzo de 2012, se realizó un proceso de capacitación a las EPS del régimen contributivo y subsidiado y las Entidades Obligadas a Compensar, a fin de dar a conocer, previa a su expedición el proyecto de resolución [744 de 2012] mediante el cual se adopta el registro de servicios negados.*”

8. Teniendo en cuenta el anterior acto administrativo, la Sala Especial a través de auto 133A de 19 de junio de 2012 solicitó a los peritos voluntarios<sup>14</sup> que en el marco de la orden décima novena respondieran los siguientes interrogantes:

*“6.2.1. Los datos sobre registros de servicios negados requeridos por la Resolución 744 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud, ¿son idóneos para determinar el grado de acceso a los servicios incluidos en el POS?”*

*6.2.2. ¿El formulario determinado en dicha regulación, contiene campos innecesarios que puedan ocasionar confusión en el análisis de la información reportada?”*

*6.2.3. ¿Cuáles son los parámetros mínimos informativos necesarios para que se puedan analizar los registros sobre servicios negados por parte de las EPS?”*

9. En cumplimiento a lo dispuesto en providencia anterior, Gestarsalud señaló<sup>15</sup> que los datos requeridos por la Resolución 744 de 2012 para el registro no permitían determinar la pertinencia de la negación. Además explicó que los parámetros informativos necesarios para analizar el reporte eran la edad, sexo, causa científica y /o administrativa para negar la atención por parte de la EPS.

La Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y por una Reforma Estructural al Sistema de Salud<sup>16</sup> expresó que los datos requeridos en la norma mencionada anteriormente eran insuficientes para determinar el acceso a los servicios de salud incluidos en el POS.<sup>17</sup>

---

<sup>13</sup> Archivo de texto.

<sup>14</sup> Grupo de expertos integrado por la Corte Constitucional mediante autos 120 de 2011, 147 de 2011, 386 de 2014 y 119 de 2015 para servir de apoyo en el trámite de valoración.

<sup>15</sup> Cfr. AZ Orden XIX-J, folios 4038-4039.

<sup>16</sup> En adelante CSR.

<sup>17</sup> Cfr. AZ Orden XIX-J, folio 4078.

Asocajas y Acemi<sup>18</sup> puntualizaron que la documentación de servicios negados no determinaba el grado de acceso a las tecnologías incluidas en el Plan Obligatorio en Salud, además que la resolución hacía referencia y exigía el reporte de las solicitudes no POS pero no evaluaba las que sí lo eran; finalmente, manifestaron que:

*“Si bien esta medida [el registro de negaciones] es importante para que las entidades de inspección, vigilancia y control adopten las medidas requeridas para garantizar el cumplimiento de las normas, **no** permite evaluar el grado de acceso a los servicios incluidos en el POS. (...) - En esta medida, deberán diseñarse otras herramientas que permitan evaluar a las EPS desde el punto de vista de cumplimiento y oportunidad en el acceso a los servicios incluidos en el plan de beneficios.”*

10. El 21 de mayo de 2015 el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1683 de 2015 que adoptó un nuevo registro de negaciones de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS<sup>19</sup> y derogó la Resolución 744 de 2012.

11. A través de auto 411 de 16 de septiembre de 2015 la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 valoró la orden décimo novena con nivel de cumplimiento bajo, luego de verificar los siguientes aspectos sobre el reporte de negaciones: (i) estructura del registro; (ii) acatamiento de la obligación de entregar los datos por parte de las EPS; (iii) deber de garantizar el flujo de la información a los destinatarios de los mismos; y (iv) el contenido de ésta entregada por parte de las autoridades obligadas.

11.1. *Estructura del registro*: señaló que las regulaciones impartidas con el fin de acatar dicha orden no eran suficientes para superarla, para eso hizo un análisis de las resoluciones 744 de 2012 y 1683 de 2015.

#### ***i) Resolución 744 de 2012***

Al examinar la estructura establecida en esta norma, encontró varias falencias:

a. Entre las causas de NEG<sup>20</sup> y NTR<sup>21</sup> se introdujo la categoría “*otros motivos*”, lo que conllevaba a la imposibilidad de identificar las razones por las cuales las EPS estaban negando los servicios de salud solicitados por los usuarios. En consecuencia, la información recopilada no era completa, confiable ni de calidad, e impedía conocer con certeza las tecnologías negadas y su causa.

b. Los datos recaudados no eran claros y se mostraban en un lenguaje de difícil manejo y comprensión al reposar en archivos “txt” debido a “que el reporte contiene una serie de dígitos y códigos que por sí solos son ininteligibles, dificultando que cualquier institución administrativa, judicial y/o la propia

<sup>18</sup> Cfr. AZ Orden XIX-J, folio 4098.

<sup>19</sup> Ese reporte se haría a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social-SISPRO.

<sup>20</sup> Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC.

<sup>21</sup> Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado por el CTC.

comunidad, que no cuenta con los programas validadores, pueda analizar, extraer y comparar su contenido.”<sup>22</sup>

## ii) *Resolución 1683 de 2015*

Con respecto a esta resolución la Sala encontró avances significativos<sup>23</sup> tales como:

a. El diligenciamiento del registro a través del portal web Sispro<sup>24</sup>, mejoró las condiciones de oportunidad en la entrega, así como el flujo de información hacia sus destinatarios.

b. La flexibilización de algunos campos que no eran obligatorios y cuya trascendencia no afectaba el cumplimiento de la orden, haciendo más eficaz su diligenciamiento y evitando errores que podían afectar el proceso de validación del informe, como los códigos de medicamentos, de procedimientos y del servicio solicitado y, el número del acta de CTC.

c. La creación de mesas de ayuda y un manual de uso de la plataforma, que consideró medidas positivas para la capacitación y preparación del personal que realizaba los registros.

No obstante, la Corte también evidenció aspectos contrarios al avance en el acatamiento de la orden, como los siguientes:

a. La identificación de campos repetidos en el mismo formato, sin que se conociera la utilidad de ingresarlo en forma duplicada, como ocurría con el código de la entidad.

b. El mantener el esquema de informe en formato “*txt*” impidiendo que se conociera la información por la ciudadanía, y obstaculizando de esta forma el control social informal.

c. El conservar la causal “*F. Cambio de régimen de seguridad social en salud*”<sup>25</sup> cuando desde el 2012 toda la población cuenta con un plan de beneficios unificado.

d. La eliminación de la obligatoriedad de la casilla “*17. Motivo de negación por el CTC (NEG)*”, toda vez que el concepto configuraba uno de los pilares fundamentales de la decisión objeto de supervisión<sup>26</sup>. Por esto señaló que la supresión de tal exigencia constituía un retroceso en relación con la resolución anterior<sup>27</sup>, que requería diligenciar las razones por las cuales el CTC negó el suministro de los servicios.

---

<sup>22</sup> Auto 411 de 2015. Párrafo segundo del numeral 5.3.3. de las consideraciones.

<sup>23</sup> Auto 411 de 2015. Numeral 5.4.3.2. y párrafo tercero del numeral 9.1. de las consideraciones.

<sup>24</sup> Sistema Integral de Información de la Protección Social.

<sup>25</sup> Establecida en el numeral 15 del anexo técnico de la Resolución 1683 de 2015 como motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC.

<sup>26</sup> Debido a que la sentencia T-760 de 2008 ordenó claramente llevar un registro de los servicios no autorizados por el comité y su causa.

<sup>27</sup> Resolución 744 de 2012.

e. No requerir en los casos de selección de la causal “*otros motivos*” la descripción de los fundamentos de la negativa, siendo esta necesaria para ampliar el listado de negaciones en ambos registros (NEG y NTR).

f. El documento presentado por el Ministerio a la Sala Especial se limitó a las tecnologías sin cobertura en el POS; sin embargo, sobre este particular la Corte puntualizó que “(a)unque la decisión de no autorizar una prestación ya financiada por la UPC<sup>28</sup> sea ilegal, inconstitucional y hasta penalizable, esto no implica la eliminación de esos registros” debido a que es necesario conocer el universo de prestaciones no autorizadas para que el ejecutivo y los entes de control inicien las acciones correspondientes, principalmente cuando se trata de servicios incluidos en el POS.

Precisó que el registro diseñado en la Resolución 1683 de 2015 no permitía advertir una medida conducente para obtener los datos requeridos en la sentencia T-760 de 2008, porque no se identificaban con claridad las razones por las cuales las EPS y los CTC estaban negando servicios de salud.

11.2. *Acatamiento de la obligación de entregar los datos por parte de las EPS:* en lo atinente al cumplimiento de esta obligación, la Corte manifestó que no todas las entidades habilitadas en el país reportaban los servicios negados al MSPS; por consiguiente, precisó que no bastaba que un gran número de EPS entregaran el informe dispuesto en la orden examinada, para entender que se estaba cumpliendo con la misma, debido a que al no contarse con los datos de todas las obligadas, los cálculos realizados por el Ministerio no eran completos ni confiables.

11.3. *Deber de garantizar el flujo de información sobre servicios negados a los destinatarios de los reportes:* se observó una falta de remisión de los mismos a la Supersalud, Defensoría del Pueblo y la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Ministerio de Salud y Protección Social, pese a que formalmente fue impartida la directriz de enviárselos.

En lo atinente a la actuación de los receptores de la información concluyó que no adelantaron gestiones significativas<sup>29</sup>, desconociendo la importancia de la actuación armónica de las entidades involucradas para lograr un acceso al sistema de salud efectivo, real, oportuno, integral con calidad y libre de barreras injustificadas.

Aclaró que, aun cuando la Supersalud puso en conocimiento algunas investigaciones adelantadas, no se advertían sanciones ejemplares originadas en la inobservancia de la orden décima novena.

También dijo que el Ministerio de Salud<sup>30</sup> no remitió ningún documento sobre las acciones adelantadas, por lo que desconocía si los reportes de negaciones de

---

<sup>28</sup> Unidad de pago por capitación.

<sup>29</sup> Con excepción de la Defensoría.

<sup>30</sup> Quien asumió las funciones de la CRES, en virtud del Decreto 2560 de 2012.



servicios habían sido estudiados al momento de actualizar el POS.

11.4. *Contenido de la información:* expresó que existía un gran número de servicios de salud no autorizados bajo la categoría “*otros motivos*”, que superaba por un amplio margen porcentual a las demás causas de negación en casi todos los trimestres.

Afirmó que la causal “*el servicio es cobertura del POS*” tenía un alto protagonismo en los resultados examinados, por lo que algunos aseguradores estaban negando numerosos servicios incluidos en el POS que se encontraban costeados en la UPC, lo que permitió constatar que el Estado colombiano no garantizó el acceso efectivo a los servicios de salud. Igualmente expresó que:

*“la Resolución 1683 de 2015 resulta inconducente para lograr el acatamiento general de la orden analizada. Dada la identidad sustancial entre la norma referida anteriormente y la Resolución 744 de 2012, no se puede inferir que con la nueva regulación se cumpla los objetivos perseguidos por la Corte, ante las inconsistencias en la recolección, procesamiento y difusión de los datos y del dificultoso flujo de información. Si bien, se advierten avances en el recaudo de los registros para la implementación del mandato estructural, ello solo constituye un progreso pequeño, con relación a la grave y sistemática negación de servicios de salud que ocurría en 2008.*

*(...)*

*Actualmente los registros de servicios negados no son precisos, actualizados, consistentes ni confiables, lo que no facilita el análisis cuantitativo exigido por este Tribunal, como lo han manifestado los peritos constitucionales voluntarios. Tampoco es clara cuál es la totalidad de i) servicios que más se niegan, ii) cuáles se encuentran incluidos en el POS, iii) EPS que más se abstienen de autorizar y, iv) por último las razones por las que son negados.*

*Para esta Corporación, los reportes presentados por el Ministerio no reflejan que las dificultades estructurales que dieron origen a la orden décima novena, se hayan superado, ni menos que sea razonable esperar que la misma se conjure en un tiempo prudencial, si se mantiene la regulación vigente sin modificación alguna”.*

En este orden de ideas, la Corte en la parte resolutive profirió las directrices que se transcriben a continuación:

**“TERCERO.-** Ordenar al Ministro de Salud y Protección Social que rediseñe y ponga en funcionamiento el registro de negaciones de tecnologías en salud en las condiciones fijadas en el considerando núm. 10.1. de esta decisión, dentro de los tres (3) meses siguientes al recibo de la comunicación del presente auto.

**CUARTO.-** Ordenar al Ministro de Salud y Protección Social que adopte las medidas en torno a la creación del nuevo registro de negaciones y el

*control de las irregularidades, de que trata las consideraciones núm. 10.2. a 10.9., 10.12 y 10.13, dentro de los tres (3) meses siguientes al recibo de la comunicación del presente auto.*

*(..)*

**SEXTO.-** *Ordenar al Ministro de Salud y Protección Social que remita los documentos enunciados en el numeral 8.3.1. de las consideraciones de esta decisión, a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación, para lo de su competencia, en el término de quince (15) días hábiles siguientes al recibo de la comunicación de este auto.*

**SÉPTIMO.-** *Ordenar al Superintendente Nacional de Salud que adelante las acciones y diligencias sancionatorias determinadas en las consideraciones 10.14. a 10.16. de la presente decisión, en el término de tres (3) meses siguientes al recibo de la comunicación de este auto.*

**OCTAVO.-** *Ordenar al Superintendente Nacional de Salud que remita los documentos enunciados en el numeral 8.3.2. de las consideraciones de esta decisión, a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación, para lo de su competencia, en el término de quince (15) días hábiles siguientes al recibo de la comunicación de este auto.*

**NOVENO.-** *Trasladar los informes trimestrales referidos en los considerandos 8.3.1. y 8.3.2., al Fiscal General de la Nación y al Procurador General de la Nación, para los fines previstos en el aparte 10.18. de la parte motiva de este auto. De lo anterior deberán rendir informe dentro de un (1) mes siguiente al recibo de la comunicación de esta decisión.*

**DÉCIMO.-** *Trasladar los informes trimestrales referidos en los considerandos 8.3.1. y 8.3.2., al Contralor General de la República para los fines previstos en el aparte 10.19. de la parte motiva de este auto. De lo anterior deberán rendir informe dentro de un (1) mes siguiente al recibo de la comunicación de esta decisión.*

**DÉCIMO PRIMERO.-** *Ordenar al Procurador General de la Nación que vigile y supervise el cumplimiento de la orden décima segunda y de lo aquí ordenado, incluyendo el acompañamiento en uso de la función preventiva en relación con las autoridades concernidas en la presente decisión. Asimismo, que dentro de un (1) mes siguiente al recibo de la comunicación de este auto, informe los avances advertidos y el estado actual de cumplimiento de este proveído y de la orden décima novena.”*

Conforme lo anterior, y teniendo en cuenta la remisión que hace la parte resolutive del auto 411 de 2015 a la considerativa de la misma providencia, al Ministerio de Salud y Protección Social se le ordenó lo siguiente:

a. Rediseñar y poner en funcionamiento un registro de negaciones en salud con las siguientes condiciones<sup>31</sup>:

*“i) Debe ser alimentado mediante una plataforma de ingreso web, con usuario y contraseña privados para cada EPS o EOC reportante.*

---

<sup>31</sup> Numeral 10.1. de las consideraciones y 3º de la parte resolutive del auto 411 de 2015.

- ii) *Debe ingresarse la información en línea.*
- iii) *El formulario debe ubicar automáticamente al afiliado o beneficiario por documento de identidad. En el evento que la persona no tenga documento de identificación deberá establecerse un mecanismo para incluirla en el registro.*
- iv) *Debe contener el listado de medicamentos, procedimientos, insumos y demás servicios de salud cuyo uso esté autorizado por la autoridad competente en Colombia; de tal forma que el reportante elija la prestación negada de dicho catálogo.*
- v) *Debe reportarse cada tecnología negada por separado, sin que se pueda utilizar la nomenclatura “otros servicios”.*
- vi) *Debe especificarse la enfermedad que sufre la persona para establecer si la prestación está o no contenida en el POS.*
- vii) *El mes y el año del periodo reportado no deben ser modificables.*
- viii) *Los espacios no pueden ser llenados con comillas, sino con información predeterminada.*
- ix) *Debe impedir que se diligencie el siguiente espacio sino no se ha ingresado correctamente la información del campo anterior.*
- x) *Debe facilitar la consulta de los datos consolidados de cada trimestre.*
- xi) *Debe incorporar un mecanismo de alarmas que se active ante el registro de una negación de un servicio POS, mediante el cual se le notifique vía correo electrónico a la dirección que para tal efecto dispongan la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación. Estas entidades deben actuar en el marco de sus competencias para determinar las responsabilidades de los representantes de las EPS o EOC que incurran en esa práctica. Adicionalmente, la alerta se dará a conocer a la Defensoría del Pueblo que velará que los derechos involucrados del paciente a quien se le negó la tecnología POS sean respetados en el menor tiempo posible.*
- xii) *Debe permitirse el acceso a la Defensoría del Pueblo, la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social. Entidades que garantizarán que los datos sensibles de las personas no sean circulados a terceros.*
- xiii) *Debe contar con un mecanismo de seguridad informática de los registros una vez diligenciados.*
- xiv) *Deberá entrar en funcionamiento en un término máximo de tres meses.”<sup>32</sup>*

b. Modificar los motivos de negación<sup>33</sup> NEG<sup>34</sup> y NTR<sup>35</sup> e incluir la mayoría de las causales por las cuales las entidades no autorizaban los medicamentos y procedimientos ordenados por el médico tratante. Adicionalmente estableció que debía:

(i) Evaluar la permanencia de la causal “Cambio de régimen de seguridad social en salud” y en caso de mantenerla acreditar las razones de sustento de la decisión.

<sup>32</sup> Numeral 10.1 de las consideraciones del auto 411 de 2015.

<sup>33</sup> Numeral 10.2 de las consideraciones y 4º de la parte resolutive del auto 411 de 2015.

<sup>34</sup> Servicios Negados por el CTC.

<sup>35</sup> Servicios no tramitados ante el CTC.

(ii) Tomar las medidas necesarias para evitar la negación de servicios con fundamento en el no pago de las entidades territoriales a las EPS.

(iii) Incluir en el registro de negación la descripción de “*otros motivos*”.

(iv) Disminuir el porcentaje de negaciones concernientes a la categoría residual (otros motivos) para que en el primer año no superara el 10% del total de datos analizados; en el segundo el 5%; y a partir del tercero el 2%. Así mismo, se debía reducir el porcentaje de la causal “*servicio es cobertura POS*”, que en el primer año no podría exceder del 0,001 % (1 en 1.000 casos) y en el segundo año en adelante el 0,00 %.

c. Gestionar la realización de una audiencia pública televisada<sup>36</sup>, para que los representantes legales de las EPS que habían incurrido en negaciones de servicios POS presentaran excusas públicas por dichas irregularidades, la cual debería efectuarse en un lugar establecido por los pacientes de alto costo, en el término máximo de tres (3) meses a partir de la comunicación de ese auto.

d. Garantizar que las EPS y EOC hicieran los reportes de manera completa y en los periodos definidos en la norma, establecer las causas del no envío de la información por parte de estas entidades y adoptar medidas para que en el plazo de seis meses el 100% de estas empresas habilitadas entregaran los informes<sup>37</sup>.

e. Adelantar labores necesarias para que en el lapso de seis meses se contara como mínimo con el 90% de los registros validados y el 95% en un año<sup>38</sup>.

f. Obtener la devolución del dinero pagado sin justa causa a las EPS<sup>39</sup> que negaron servicios incluidos en el POS a partir del segundo trimestre de 2012.

g. Enviar los registros<sup>40</sup> a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo y a la Corte dentro de los 15 días hábiles siguientes a la terminación del respectivo trimestre, el cual debería comprender: (i) las entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud; (ii) el total de negaciones en el trimestre y por régimen; (iii) los servicios de salud formulados por el médico tratante, no autorizados por las EPS y no tramitados ante el CTC-NTR; y (iv) los negados por el CTC-NEG.

h. Publicar los resultados del registro de negaciones en un lenguaje de fácil comprensión e indicar<sup>41</sup>:

“(i) *Los aseguradores que no reportaron,*

(ii) *Las acciones correctivas iniciadas,*

<sup>36</sup> Numeral 10.9 de las consideraciones y 4º de la parte resolutive del auto 411 de 2015.

<sup>37</sup> Numeral 10.3 de las consideraciones y 4º de la parte resolutive del auto 411 de 2015.

<sup>38</sup> Numeral 10.4 de las consideraciones y 4º de la parte resolutive del auto 411 de 2015.

<sup>39</sup> Numeral 10.5 de las consideraciones y 4º de la parte resolutive del auto 411 de 2015.

<sup>40</sup> Numeral 10.7 de las consideraciones y 4º de la parte resolutive del auto 411 de 2015.

<sup>41</sup> Numeral 10.8 de las consideraciones y 4º de la parte resolutive del auto 411 de 2015.

- (iii) los resultados de dichas actuaciones,*
- (iv) Las 10 tecnologías en salud (POS y no POS) más negadas durante el respectivo semestre, si son no POS se debía justificar por qué no podían ser incluidas en el plan, si son POS las sanciones impuestas a los aseguradores;*
- y*
- (v) La disminución o aumento de negaciones en cada periodo por EPS y por entidad territorial.”*

Igualmente se le ordenó al Ministerio trasladar los reportes del segundo trimestre de 2012 al primer trimestre de 2015<sup>42</sup> a la Fiscalía, Procuraduría y Contraloría, para que estas últimas entidades rindieran un informe dentro del mes siguiente al recibo de la comunicación<sup>43</sup>. La misma orden se le impartió a la Superintendencia con respecto al documento de 5 de mayo de 2014<sup>44</sup>.

Por otro lado, observó la Sala que el auto 411 de 2015 profirió otros mandatos así:

Superintendencia Nacional de Salud: iniciar las diligencias contra las EPS que no realizaron el registro o lo hicieron de manera extemporánea y aplicar las sanciones previstas en la Ley 1438 de 2011; así mismo, investigar las razones por las que se presentaron negaciones de servicios incluidos en el POS.

Procuraduría General de la Nación: acompañar el cumplimiento de la directriz décima novena, con fundamento en sus competencias, especialmente de la función preventiva e indagar sobre posibles infracciones disciplinarias en que hayan podido incurrir los representantes legales de las aseguradoras que habían negado servicios POS.

Fiscalía General de Nación: indagar sobre presuntas conductas penales cometidas por los representantes legales de las EPS al no autorizar servicios incluidos en el plan obligatorio de salud.

Contraloría General de la República: iniciar los procesos de responsabilidad fiscal pertinentes en los que se investigue el presunto detrimento patrimonial sufrido a causa de: (a) el pago de la UPC a entidades promotoras de salud que negaron servicios incluidos en el POS a sus usuarios y (b) los costos en que incurrió la rama judicial como consecuencia de la serie de acciones de tutela interpuestas para reclamar prestaciones cubiertas por el plan de beneficios.

12. En virtud de lo ordenado en el auto 411 de 2015 el MSPS solicitó<sup>45</sup> la realización de una audiencia y sesión técnica con el propósito de discutir y definir el concepto de negación de servicios y las estrategias de recolección de información a fin de avanzar en el cumplimiento de las órdenes atinentes a: (i) la creación del nuevo registro de negaciones y control de las irregularidades y (ii) la realización de una audiencia pública televisada para la presentación de excusas públicas por parte de las EPS que hayan incurrido en negación de servicios POS.

<sup>42</sup> Auto 411 de 2015. Referidos en los numerales 8.3.1 y 8.3.2 de las consideraciones.

<sup>43</sup> Auto 411 de 2015. Numerales noveno y décimo de la parte resolutive.

<sup>44</sup> Auto 411 de 2015. Señalado en el numeral 8.3.2 de las consideraciones.

<sup>45</sup> El 16 de diciembre de 2015. *Cfr.* AZ Orden XIX-L, folios 5039-5046.

13. Por lo anterior, en auto del 18 de diciembre de 2015 la Sala programó la sesión técnica solicitada al considerar que la creación de este tipo de espacios era un instrumento idóneo para mejorar y hacer más efectiva la capacidad de respuesta de las entidades gubernamentales, además prorrogó los plazos establecidos en los ordinales 3<sup>o</sup><sup>46</sup> y 4<sup>o</sup><sup>47</sup> del auto 411 de 2015 y manifestó que al terminar la misma definiría la fecha límite para el cumplimiento de los mandatos mencionados.

14. El 29 de febrero de 2016<sup>48</sup> se realizó sesión técnica<sup>49</sup> con el propósito de discutir algunas dudas surgidas con la implementación del auto 411 de 2015 y en ella se debatió lo referente al concepto de negación y la forma de medición, igualmente se hicieron preguntas relacionadas con el cumplimiento de otros mandatos establecidos en dicha providencia.

14.1. Sobre el concepto de negación el MSPS manifestó que no debía confundirse con la oportunidad en la prestación<sup>50</sup>, recalando expresamente que para el rector de la política en salud *“la negación (...) es el ‘NO’”*.

La CSR indicó que la definición de negación de servicios tiene bases legales, jurisprudenciales y empíricas sobre las cuales se sustenta y puso de presente que en la sentencia T-760 de 2008 el primer concepto que aparece de negación alude: *“a una clara vulneración del derecho fundamental a la salud, por lo tanto, ese derecho es exigible, justiciable mediante la tutela. También la sentencia T-760 es clara en expresar que las negaciones se dan cuando no es posible acceder a un servicio, tratamiento o tecnología que se encuentre en el plan obligatorio de salud.”*<sup>51</sup>

Además señaló que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 estableció unos criterios de exclusión. Afirmó que para la Corte<sup>52</sup> la definición de esta resulta congruente con un concepto de servicio de salud en el que la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en la regla y las exclusiones en la excepción. Teniendo en cuenta lo anterior señaló, que en virtud de dicha ley<sup>53</sup> actualmente:

*“(E)stamos en un concepto muy distinto al que hemos manejado previamente, con la lista del POS y el no POS, pero además, en este sentido, se reconfigura el concepto de negación, puesto que todo lo que no está*

---

<sup>46</sup> “Ordenar al Ministro de Salud y Protección Social que rediseñe y ponga en funcionamiento el registro de negaciones de tecnologías en salud en las condiciones fijadas en el considerando núm. 10.1. de esta decisión, dentro de los tres (3) meses siguientes al recibo de la comunicación del presente auto.”

<sup>47</sup> “Ordenar al Ministro de Salud y Protección Social que adopte las medidas en torno a la creación del nuevo registro de negaciones y el control de las irregularidades, de que trata las consideraciones núm. 10.2. a 10.9., 10.12 y 10.13, dentro de los tres (3) meses siguientes al recibo de la comunicación del presente auto.”

<sup>48</sup> Cfr. AZ Orden XIX-L, folios 5112-5113.

<sup>49</sup> En esta sesión participó el Ministerio de Salud y Protección Social, la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y por una Reforma Estructural al Sistema de Salud –CSR y la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral-Acemi.

<sup>50</sup> Toda vez que hay aspectos que inciden en la oportunidad como la disponibilidad, el acceso geográfico, entre otros.

<sup>51</sup> Audio sesión técnica minuto 53.35 a 54:00.

<sup>52</sup> Sentencia C-313 de 2014.

<sup>53</sup> Ley 1751 de 2015.

*excluido está incluido y si no se da está negado. Ese (sic) sería la nueva consideración.”*<sup>54</sup>

*“(…)Otra de las discusiones álgidas que tenemos es el concepto de oportunidad, que efectivamente en el análisis jurisprudencial la falta de oportunidad en la prestación de servicio no se expresa como una negación; sin embargo, en nuestro concepto es en la práctica una negación, dado que la falta de oportunidad altera el desenlace proceso salud y enfermedad y altera la conducta y el resultado esperado por el médico.*

*En ese sentido, nosotros consideramos que hay dos tipos de negaciones, por decirlo así, una negación explícita que es la que nadie va a hacer, nadie explícitamente va a conceptuar por escrito que está haciendo una negación por las consecuencias legales que esto acarrea, máxime cuando la Corte Constitucional ya expidió una sentencia donde inclusive en las negaciones del POS hay condena en costas para cubrir los costos judiciales que esto acarrea, porque se entiende que esto no debería presentarse, las negaciones de POS. Entonces en ese sentido, cuando nosotros hacemos una demora, afectamos la oportunidad, afectamos la calidad, la necesidad que son principios rectores del derecho a la salud, en ese momento en la práctica estamos incurriendo en una negación, pero legalmente estamos incurriendo en una vulneración del derecho a la salud.*

*Entonces, en ese sentido, cualquiera afectación en la cadena de acciones que se requieren hacer entre la prescripción del médico tratante, el resultado esperado se constituye en la práctica en una negación y es una vulneración del derecho fundamental a la salud (...) en ese sentido a partir de esto consideramos nosotros que la oportunidad debe ser integrada al registro porque en la práctica se constituye como una negación y vulnera el derecho fundamental a la salud”.*<sup>55</sup>

En virtud de estas apreciaciones adujo que era importante redefinir el concepto de negación y propuso que por este se entendiera:

*“(C)ualquier actividad que por acción, defecto u omisión impida el resultado esperado a una prescripción médica emitida por el médico tratante con el objeto de prestar atención en salud acorde con los principios contemplados en la Ley Estatutaria 1751, la negación explícita o implícita hace responsable de sus efectos a quien la realice.”*<sup>56</sup>

Acemí también se pronunció con respecto a este concepto y manifestó que no necesariamente implica el desconocimiento del derecho a la salud por parte de las EPS; en este sentido, consideró que antes de ser sancionada una Entidad Promotora de Salud por la no prestación de un servicio deben examinarse todos los problemas que se presentan en el acceso.

---

<sup>54</sup> Audio sesión técnica minuto 56.44 a 57.06.

<sup>55</sup> Audio sesión técnica 58:12 a 1:01:51.

<sup>56</sup> Audio sesión técnica minuto 1:07:08 a 1:07:32.

14.2. En relación con la forma de medición el Ministerio adujo que estaba trabajando en un proyecto de resolución que modificaría la 5395 de 2013<sup>57</sup>, mediante la creación de un registro de prescripciones no POS que se replicaría para el POS.

Con esta nueva resolución el médico tratante prescribiría los servicios no POS a través de un aplicativo en línea en página web, con un usuario y contraseña, y el formulario ubicaría al usuario con el documento y nombre correcto. Manifestó que este sistema de información no solo permitiría al profesional de la salud registrar en el aplicativo la prescripción, sino que serviría de soporte a las EPS para adelantar el trámite ante el entonces Fosyga con el fin de obtener el reconocimiento y pago de esos servicios no POS.

Afirmó que la prescripción realizada a través del sistema, además de ser pública, permitiría verificar si las EPS suministran los servicios ordenados por el profesional de la salud. Expresó que con este nuevo procedimiento se minimizarían los tiempos de acceso a los servicios no cubiertos con la UPC, porque el médico en el marco de la autonomía tendría la posibilidad de ordenar las tecnologías en salud sin que medie trámite alguno ante el CTC.

Por su parte, la CSR hizo observaciones respecto del nuevo modelo presentado por el Ministerio y manifestó que el acto médico es una actividad que se encuentra amparada por el derecho a la intimidad y privacidad, por lo que las prescripciones no pueden ser expuestas en un sistema.

Acemi, al referirse a la propuesta de medición, consideró que le parecía inconveniente establecer un solo código de enfermedad al momento de la prescripción y señaló que era necesario dejar espacios en blanco para las explicaciones del caso con el fin de entender qué es lo que sucede con el paciente.

14. 3. Al abordar el tema de la confiabilidad de la información reportada, el MSPS indicó que el médico es quien alimentaría el registro y no la EPS, haciendo que aquella fuere transparente.

15. En auto de 4 de abril de 2016<sup>58</sup> la Sala Especial, fijó como fecha límite el 30 de abril de 2016 para la creación del nuevo registro de negaciones y la realización de la audiencia de presentación de excusas públicas.

16. Tal como se señaló en el numeral 11 de los antecedentes de esta providencia, en el auto 411 de 2015 se le ordenó al Ministerio de Salud: (i) rediseñar el registro de negaciones; (ii) modificar los motivos de negación de servicios de salud; (iii) gestionar la realización de una audiencia pública televisada de petición de excusas; (iv) garantizar que las EPS y EOC hicieran reportes de manera completa y en los periodos definidos; (v) contar con registros validados; (vi) obtener la devolución

---

<sup>57</sup> “Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA y se dictan otras disposiciones.”

<sup>58</sup> Cfr. AZ Orden XIX-L, folios 5116-5117.



del dinero pagado sin justa causa; (vii) enviar a la terminación del respectivo trimestre los reportes a la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo y a esta Corte, y; (viii) publicar en diferentes medios de comunicación y en la página web del Ministerio el reporte consolidado de negación de servicios.

A continuación, esta Sala hará un recuento de lo surtido al interior de la directriz décima novena, en virtud del auto 411 de 2015;

*(i) Rediseñar el registro de negaciones*

16.1. En cuanto a este punto se evidenció que:

16.1.1. El 19 de diciembre de 2016<sup>59</sup> el Ministerio de Salud presentó informe de cumplimiento al auto 411 de 2015 en el que manifestó que mediante la Resolución 3951 de 2016<sup>60</sup> y el aplicativo Mipres<sup>61</sup> acató los lineamientos establecidos por la Sala Especial en dicha providencia sobre la expedición de una nueva regulación del registro de negaciones de tecnologías y presentó el siguiente cuadro comparativo entre las instrucciones impartidas en la providencia y las actuaciones desplegadas:

Tabla núm 1.

<b>Auto 411 de 2015 ítem 10.1 consideraciones referente a la estructura del registro de negaciones</b>	<b>Lo señalado por el Ministerio en el informe de 19 de diciembre de 2016 (régimen contributivo) Resolución 3951 de 2016</b>
i) <i>Debe ser alimentado mediante una plataforma de ingreso web, con usuario y contraseña privados para cada EPS o EOC reportante.</i>	<i>“Este requisito se cumple con Mipres ya que es herramienta tecnológica web dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual corresponde a un mecanismo automatizado en el que los profesionales de salud competentes y autorizados por el ordenamiento jurídico reportan los servicios o tecnologías que no son cubiertos por la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Solo podrán ingresar los profesionales de salud que se encuentre en el Registro de Talento Humano en Salud. Un profesional tendrá un único usuario y clave. Tendrá una activación en cada IPS o EPS de acuerdo a los roles que desempeñe en la institución.”</i>
ii) <i>Debe ingresarse la información en línea</i>	<i>“Este requisito se cumple con Mipres ya que es herramienta tecnológica web.”</i>

<sup>59</sup> Cfr. AZ orden XIX-L, folios 5658 a 5676.

<sup>60</sup> “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones”.

<sup>61</sup> Mi prescripción (definida en la Tabla número 1).

<p>iii) El formulario debe ubicar automáticamente al afiliado o beneficiario por documento de identidad. En el evento que la persona no tenga documento de identificación deberá establecerse un mecanismo para incluirla en el registro.</p>	<p>“Una vez diligenciado el documento de identidad el sistema trae los datos de nombres y apellidos del usuario.”</p>
<p>iv) Debe contener el listado de medicamentos, procedimientos, insumos y demás servicios de salud cuyo uso esté autorizado por la autoridad competente en Colombia; de tal forma que el reportante elija la prestación negada de dicho catálogo.</p>	<p>“Este requisito se cumple con Mipres donde en el aplicativo cada profesional de la salud podrá desplazarse dentro del aplicativo y ubicar el medicamento, insumos y procedimientos. Adicionalmente en el portal están dispuestas las tablas de referencias de Medicamentos, Procedimientos e Insumos.”</p>
<p>v) Debe reportarse cada tecnología negada por separado, sin que se pueda utilizar la nomenclatura “otros servicios”.</p>	<p>En Mipres las tecnologías no incluidas dentro del Plan de Beneficio se encuentran codificadas mediante códigos CUPS (Procedimientos) DCI (medicamentos) y dispositivos médicos. Se tendrá una contingencia para determinar si la tecnología existe. En caso de que no se encuentre codificada se contará con una mesa de ayuda especializada para identificar la tecnología solicitada.”</p>
<p>vi) Debe especificarse la enfermedad que sufre la persona para establecer si la prestación está o no contenida en el POS.</p>	<p>“El Mipres se debe seleccionar el diagnóstico principal (que genera la solicitud) y dos diagnósticos asociados, basados en la codificación de la CIE-10.”</p>
<p>vii) El mes y el año del periodo reportado no deben ser modificables.</p>	<p>“En Mipres la fecha es generada automáticamente por el sistema y no puede ser modificada.”</p>
<p>viii) Los espacios no pueden ser llenados con comillas, sino con información predeterminada.</p>	<p>“Se determinaron campos obligatorios de acuerdo a las necesidades de información.”</p>
<p>ix) Debe impedir que se diligencie el siguiente espacio sino no se ha ingresado correctamente la información del campo anterior.</p>	<p>“En Mipres el no diligenciamiento de los campos obligatorios no deja avanzar al siguiente campo. La validación de los campos obligatorios se hace antes en caso de seguir con la siguiente prescripción.”</p>
<p>x) Debe facilitar la consulta de los datos</p>	<p>“Esta dirección planteó al grupo de trabajo de la Resolución 1328 de 2016 derogada por la</p>

<p><i>consolidados de cada trimestre.</i></p>	<p><i>Resolución 3951 un proceso en el cual se solicitará a las EPS y EOC el reporte mensual de la fecha de entrega o suministro de los medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos, y suplementos nutricionales y de los servicios específicos registrados mediante el Reporte de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC, el cual estará relacionado con número de la prescripción. Respuesta OTIC 201613000152393: este ajuste será incluido en la nueva versión de la resolución. (Resolución 3951 de 2016).”</i></p>
<p><i>xì) Debe incorporar un mecanismo de alarmas que se active ante el registro de una negación de un servicio POS, mediante el cual se le notifique vía correo electrónico a la dirección que para tal efecto dispongan la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación. Estas entidades deben actuar en el marco de sus competencias para determinar las responsabilidades de los representantes de las EPS o EOC que incurran en esa práctica.</i></p> <p><i>Adicionalmente, la alerta se dará a conocer a la Defensoría del Pueblo que velará que los derechos involucrados del paciente a quien se le negó la tecnología POS sean respetados en el menor tiempo posible.</i></p>	<p><i>“En Mipres las entidades de inspección, vigilancia y control, las Direcciones Territoriales de Salud y las demás que requieran usuario y clave de acceso al aplicativo deberán solicitarlo directamente a la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación –TIC de este Ministerio. La asignación del nivel de información a la que tendrán acceso, estará supeditada a las competencias de cada una de tales entidades.”</i></p>
<p><i>xii) Debe contar con un mecanismo de seguridad informática de los registros una vez diligenciados.</i></p>	<p><i>“En Mipres se cuenta con un sistema de seguimiento a las transacciones de información que son auditables.”</i></p>

16.1.2. El 12 de enero de 2017<sup>62</sup> la Contraloría General señaló que en cumplimiento de la actuación especial de fiscalización<sup>63</sup> realizada al MSPS advirtió que el rector de la política pública no acató la directriz de rediseñar y poner en funcionamiento el registro de negaciones de tecnologías en salud en el término de tres meses como lo había ordenado el auto 411 de 2015.

16.1.3 El 31 de marzo de 2017<sup>64</sup> el ciudadano Aníbal Rodríguez Guerrero puso de presente a la Corte inconvenientes relativos al software Mipres, detallando las siguientes deficiencias:

a) La prescripción de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud se hace a través del aplicativo Mipres, mecanismo que según lo expuesto por el denunciante es construido, controlado y administrado por el Ministerio de Salud, quien de manera autónoma define los servicios que pueden ser autorizados o negados<sup>65</sup>.

b) La plataforma no deja evidencia de negación de servicios y obliga al profesional de la salud a modificar la opción terapéutica a prescribir en los casos en que dicha tecnología no se encuentre enlistada en tal aplicativo.

c) La cartera de salud estableció a través de esa herramienta tecnológica una tercera categoría de servicios no PBS<sup>66</sup>, esto es, que no están incluidos en el plan de beneficios, ni tampoco expresamente excluidos; no obstante, haberse establecido en la Ley Estatutaria 1715 de 2015 y en la sentencia C-313 de 2014 la inclusión integral de los servicios de salud que requiere el ciudadano.

d) El Ministerio desbordó su función<sup>67</sup>, toda vez que el software Mipres es construido, controlado y administrado por él, quien de manera autónoma definió por medio de algoritmos y tablas los servicios que en su criterio podían ser autorizados o negados, por lo que vía electrónica asumió un papel de intermediario en la aprobación de atención en salud, limitando la autonomía médica.

16.1.4. El 7 de abril de 2017 esta Corporación corrió traslado al Ministerio de Salud, comunicó a la Defensoría y a la Procuraduría lo manifestado por el señor Rodríguez. También informó a este último que la situación expuesta se analizaría en el marco de la verificación de la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008.

16.1.5. El 5 de mayo de 2017<sup>68</sup> el señor Rodríguez Guerrero remitió un nuevo escrito en el que allegó a la Sala de Seguimiento publicaciones recientes “*hechas por expertos en el sector salud*” y que daban cuenta del grave problema presentado

---

<sup>62</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5685-5701.

<sup>63</sup> La Contraloría General de la República con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución y las resoluciones CGR Nos. 6680 y 6750 de 2012 y 7130 de 2013 practicó Actuación Especial de Fiscalización al Ministerio de Salud, centrada en las órdenes décima novena, vigésima sexta y vigésima séptima de la sentencia T-760 de 2008, emitiendo pronunciamiento sobre la gestión y resultados de esta entidad a 31 de julio de 2016.

<sup>64</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5720-5725.

<sup>65</sup> Cfr. AZ Orden XIX M, folio 5721.

<sup>66</sup> Plan de Beneficios en salud.

<sup>67</sup> De autoridad de regulación y dirección del sistema de salud.

<sup>68</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5728-5731.

con el software Mipres, con el fin de brindarle a la Corte elementos de juicio que le permitiera analizar la situación de afectación masiva del derecho a la salud, por un posible desconocimiento de lo dispuesto en la sentencia C-313 de 2014.

Además solicitó que en la valoración de tal aplicativo se tuviera en cuenta que con el mismo se estaría incumpliendo los mandatos expuestos por esta Corporación en el auto 001 de 2017<sup>69</sup>.

16.1.6. En atención al auto de 7 de abril de 2017 la Defensoría declaró<sup>70</sup> que esa entidad realizó una serie de preguntas a las sociedades científicas y a las defensorías regionales con el fin de tener mayor certeza de lo que sucede en el sistema de salud colombiano, especialmente con el sistema Mipres<sup>71</sup>.

Las sociedades científicas<sup>72</sup> que allegaron información respecto al Mipres manifestaron que: a) el formulario es dispendioso, consume tiempo y afecta la atención propiamente dicha; b) no existe claridad con respecto a lo que se puede o no formular; c) la aprobación de indicaciones por el Invima está desactualizada; d) únicamente se permiten prescribir las tecnologías incluidas en el Mipres, por lo que el médico tratante no puede hacerlo libremente y, no es posible establecer los casos en el que el sistema limita al profesional debido a que no deja trazabilidad y, e) existe desconocimiento sobre cuál profesional debe diligenciar el Mipres en los casos que intervienen varios médicos, situación que genera dobles registros.

Los inconvenientes identificados por las defensorías regionales<sup>73</sup> en relación con el Mipres fueron los siguientes: a) se convierte en una barrera que propicia la negación de servicios especialmente de medicamentos; b) no todos los profesionales están capacitados para inscribirse ante el Ministerio y realizar los registros respectivos; c) para el caso de enfermedades huérfanas se induce en error al médico tratante al momento de la prescripción debido a que el Mipres emite un código que la mayoría de las veces no corresponde con la tecnología que ha indicado el médico; d) siempre requiere servicio de internet por lo que en zonas apartada, inclusive en Bogotá, en los eventos en que se interrumpe la conexión la prescripción no puede realizarse; e) atenta contra la autonomía médica por cuanto obliga al profesional a prescribir lo que existe en una base de datos, dejando de lado los segundos usos y los tratamientos no registrados en ella; f) el profesional al diligenciar la prescripción en el sistema descuida al usuario, debido a que se concentra solamente en efectuarla y, g) los profesionales de la salud le

---

<sup>69</sup> Auto que valoró la orden vigésima tercera de la sentencia T-760 de 2008. En el párrafo segundo del punto 4.2. de las consideraciones dispuso *“pese a la existencia de un nuevo catálogo que cubre todas las prestaciones a excepción de las explícitamente excluidas, persistirán situaciones en las que según el criterio del médico tratante, los pacientes requerirán de estas últimas tecnologías y se debe contar con un trámite para su autorización.”*

<sup>70</sup> Escrito presentado el 19 de mayo de 2017. Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5850-5858. Es preciso señalar que este documento fue aportado nuevamente por la Defensoría del Pueblo el 19 de febrero de 2018, en virtud a la ausencia del mismo en el expediente, razón por la cual por auto de 12 de febrero de 2018 se solicitó a la Defensoría allegar tal escrito.

<sup>71</sup> Debido a que la Delegada para la Salud, la Seguridad social y la Discapacidad en distintas reuniones y foros recibió quejas respecto a la implementación de la plataforma Mipres poniéndosele de presente: a) que ese sistema afectó la autonomía médica; b) la poca efectividad en la implementación de la ley Estatutaria en salud y c) los problemas que siguen persistiendo en el SGSSS.

<sup>72</sup> La Defensoría manifestó que se recibieron dos respuestas, con solicitud de confidencialidad en los nombres.

<sup>73</sup> Amazonas, Arauca, Bogotá, Casanare, Córdoba, Guajira, Guaviare, Huila, Magdalena, Ocaña, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima, Valle, Vichada.

manifestaron su preocupación referente a que el aplicativo Mipres sea utilizado para establecer un control de gastos penalizable.

De acuerdo con lo anterior la Defensoría recomendó: a) reconsiderar el diseño del software Mipres para evitar su interferencia con los tiempos de atención y relación médico-paciente; b) autorizarse, bajo criterio médico, cualquier cambio terapéutico que afecte de manera negativa a pacientes crónicos y de alto costo y, c) que el aplicativo no debe abolir y sí debe considerar los recursos institucionales de autorregulación y la aproximación por expertos a la discusión de casos y acuerdos clínicos para el mejor tratamiento de grupos de pacientes o pacientes en particular.

16.1.7. El 19 de mayo de 2017<sup>74</sup> el Ministerio de Salud describió el traslado del escrito presentado por el señor Guerrero y señaló que no había actuado de manera oculta, toda vez que durante los dos años transcurridos desde la expedición de la Ley Estatutaria en Salud<sup>75</sup> realizó reuniones, encuentros regionales y nacionales con los diferentes actores del Sistema, que se han publicado.

Mencionó que el aplicativo Mipres está concebido para registrar y reportar las prescripciones de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud y los profesionales pueden formular cualquier tipo de tecnología que reúna estas condiciones, con plena autonomía en el ejercicio profesional en el marco de la autorregulación y la ética.

Manifestó que dicho software tiene la capacidad de registrar todas las prescripciones realizadas por los médicos tratantes, así como las ordenadas a través de fallo judicial, sin que permita la manipulación por el Ministerio.

Finalmente afirmó que el aplicativo Mipres no se encuentra desarrollado bajo el marco de la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008, sino que deriva en una herramienta de prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas en el plan de beneficios con cargo a la UPC.

16.1.8. Los peritos constitucionales voluntarios Así Vamos en Salud, CSR y Acemi se pronunciaron con respecto al cumplimiento de este mandato de la siguiente manera:

a) Así Vamos en Salud<sup>76</sup> destacó que el MSPS, en cuanto a la estructura del registro, expidió la Resolución 3951 de 2016.

b) La Comisión de Seguimiento a la Sentencia T 760 de 2008 y por una Reforma Estructural al Sistema de Salud consideró imprescindible que la estructura del registro en línea<sup>77</sup> cuente no solamente con el listado de medicamentos autorizados

---

<sup>74</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5894-5903. Es importante destacar que este escrito fue presentado nuevamente por parte del Ministerio de Salud y Protección Social el 27 de febrero de 2018, por las razones expuestas en el pie de página 65.

<sup>75</sup> Ley 1751 de 2015.

<sup>76</sup> El 5 de febrero de 2018. Cfr. AZ Orden XIX-M, folio 5817.

<sup>77</sup> Plataforma Mipres o Mi Prescripción.

en Colombia, sino que el mismo esté homologado, y para cada principio activo exista una sola denominación<sup>78</sup>.

Precisó que el aplicativo Mipres no permite identificar la negación de servicios, pues solo registra las prescripciones.

c) La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral adujo que la plataforma Mipres ha implicado una serie de cambios operativos, tecnológicos y transaccionales para las EPS, IPS y los médicos; por ello se ha realizado un ejercicio permanente de retroalimentación entre los actores y el Ministerio de Salud con el fin de implementar los correctivos y ajustes a que hubiere lugar<sup>79</sup>.

16.1.9. El 1 de agosto de 2018<sup>80</sup> la Defensoría del Pueblo afirmó que en el régimen contributivo no era posible tener conocimiento respecto a servicios y tecnologías PBS negados, debido a que a través de la plataforma Mipres solo podían prescribirse los no cubiertos por el PBS.

Además manifestó que si bien el Ministerio puntualizó que con la implementación del Mipres no hubo negaciones de servicios no PBS<sup>81</sup>, sí se evidenció falta de oportunidad en el suministro de los mismos, toda vez que en el año 2017 para el caso de medicamentos se presentaron 1.727.990 prescripciones sin proveer.

Finalmente, indicó que se observaron los siguientes obstáculos y retrocesos: (i) en la terminología utilizada por el Ministerio en el régimen contributivo se habló de inoportunidad, por lo que a criterio de la cartera de salud ya no existirían negaciones; (ii) no se allegaría el registro ordenado<sup>82</sup> al no haber negaciones y, (iii) no se realizó el suministro de las tecnologías prescritas.

16.1.10. El Ministerio de Salud el 3 de agosto de 2018<sup>83</sup> al referirse a la orden décima novena y especialmente al rediseño del registro de negaciones, sostuvo expresamente:

*“(E)n el marco de la ley estatutaria, particularmente, el avance hacia un plan de beneficios implícito, la desaparición del concepto de autorización y negación de las tecnologías no incluidas en el plan de beneficios, la autorregulación de la autonomía médica (Resolución 1328 de 2016 y sus modificatorias), la reglamentación del sistema de prescripción en línea para las tecnologías no incluidas en el plan de beneficios (obligatoria para régimen contributivo y facultativa para régimen subsidiado), requieren estar articuladas con la finalidad de la orden décimo novena.*

*Con la expedición de la Resolución 1328 de 2016 y sus modificatorias, se eliminaron los CTC del Régimen Contributivo y se implementó el aplicativo*

<sup>78</sup> El 9 de febrero de 2018. Cfr. AZ Orden XIX-M, folio 5823.

<sup>79</sup> El 23 de febrero de 2018. Cfr. AZ Orden XIX-M, folio 5863.

<sup>80</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5941-5943.

<sup>81</sup> Al ser obligatoria la utilización de la plataforma en la suscripción y entrega de servicios no PBS.

<sup>82</sup> Directriz décima novena de la sentencia T-760 de 2008 y auto 411 de 2015.

<sup>83</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5933-5934.

*“reporte de prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud No Cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC-MIPRES No PBS”, el cual es obligatorio para el Régimen Contributivo y facultativo para el Régimen Subsidiado, herramienta que permite que el médico tratante, en ejercicio de su autonomía prescriba las tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios.*

*Por lo anterior se hizo necesario adoptar un nuevo mecanismo de registro de información que recogiera los lineamientos impartidos por la Corte Constitucional y se adecuara a las nuevas disposiciones normativas, que permitiera que las EPS que tengan usuarios del Régimen Subsidiado reporten información en la que se describa y especifique las causales de negación de los servicios y tecnologías en salud y las Entidades Territoriales de orden Departamental y Distrital remitan la información sobre lo debidamente suministrado y aprobado por el CTC, por lo anterior el 12 de junio de 2017 se expide la Resolución 2064 de 2017.”*

También señaló que con la implementación del Mipres se eliminó el trámite de autorización ante el CTC, mejorando las condiciones de acceso a las tecnologías no incluidas en el plan de beneficios con cargo la UPC.

***(ii) Modificar los motivos de negación de servicios de salud***

16.2. Al respecto se percató la Sala:

16.2.1. El Ministerio de Salud<sup>84</sup> en cuanto a los motivos de negación manifestó que el aplicativo de prescripción en línea<sup>85</sup> no tiene causales de negaciones, toda vez que es un avance hacia un plan de beneficios implícito y, por lo tanto, desaparece el concepto de negación de servicios no incluidos en el PBS.

16.2.2. El 12 de enero de 2017<sup>86</sup> la Contraloría General señaló que en cumplimiento de la actuación especial de fiscalización<sup>87</sup> realizada al MSPS evidenció que el rector de la política pública no acató las directriz de evaluar la permanencia de la causal “F. Cambio de régimen de seguridad social en salud, toda vez que aunque el Minsalud indicó que dicha causal de negación no se establecía la Resolución 3951 de 2016; al momento de adelantarse la actuación no se encontraba vigente tal acto administrativo.

16.2.3. La cartera de Salud el 3 de agosto de 2018<sup>88</sup> en relación con los motivos de negación manifestó que para mejorar la calidad de la información, en el marco de la Resolución 1683 de 2015 realizó mesas de trabajo con las EPS y EOC sobre

<sup>84</sup> El 19 de diciembre de 2016. *Cfr.* AZ Orden XIX-L, folios 5658-5676.

<sup>85</sup> Aplicable al régimen contributivo.

<sup>86</sup> *Cfr.* AZ Orden XIX-M, folios 5685-5701.

<sup>87</sup> La Contraloría General de la República con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución y las resoluciones CGR Nos. 6680 y 6750 de 2012 y 7130 de 2013 practicó actuación especial de Fiscalización al Ministerio de Salud y Protección Social, centrada en las órdenes genéricas décima novena, vigésimo sexta y vigésimo séptima de la sentencia T-760 de 2008, emitiendo pronunciamiento sobre la gestión y resultados de esta entidad a 31 de julio de 2016.

<sup>88</sup> *Cfr.* AZ orden XIX-M, folios 5934-5935.



el reporte de la misma, y como resultado de ellas se pudo desagregar los campos “*Otros Motivos*” y “*Otros Servicios*”.

*(iii) Gestionar la realización de una audiencia pública televisada de petición de excusas*

16.3. En lo atinente a este punto se observó que:

16.3.1. Mediante escrito allegado el 20 de mayo de 2016<sup>89</sup>, el Ministerio de Salud presentó informe sobre la audiencia pública televisada de petición de excusas<sup>90</sup> en el que expuso las actuaciones: *(i)* previas; *(ii)* en el desarrollo de la misma y, *(iii)* las posteriores a la convocatoria, de la siguiente forma:

*Actuaciones previas:*

a. Realizó una reunión el 13 de abril con representantes de los pacientes en la que precisó el alcance de la audiencia, propuso y obtuvo un acuerdo sobre la metodología, la fecha y lugar donde se realizaría.

b. Convocó<sup>91</sup> a las EPS, a Acemi, a Asocajas y a Gestarsalud a una reunión con el fin de presentar la metodología y dinámica de dicha diligencia. En ella señaló que el representante de cada EPS dispondría de un minuto para ofrecer las excusas públicas y acordaron tres alternativas para ello, así: 1. efectuar un pregrabado en la oficina de comunicaciones del Ministerio; 2. pregrabarlas y enviarlas por el correo electrónico al Ministerio; 3. disculparse el día de la audiencia<sup>92</sup> en directo. Por último, el Ministerio les aclaró que en todo caso la asistencia del representante legal de cada EPS a la audiencia era obligatoria.

c. Mediante oficio de 20 de abril convocó a la audiencia a todas las EPS de ambos regímenes: 38 EPS que negaron servicios<sup>93</sup> y 8 que no reportaron casos en el registro. Las primeras debían intervenir de manera obligatoria, y las segundas, en forma voluntaria.

d. Extendió la convocatoria al Superintendente de Salud, al Defensor del Pueblo, al Procurador General de la Nación, invitó a Acemi, Gestarsalud, Asocajas, al Contralor y al Fiscal General de la Nación.

e. A través de la página web del MSPS informó a todo el que tuviese interés directo y a la ciudadanía en general sobre la audiencia pública televisada.

f. La audiencia se programó el día 29 de abril de 2016 a las 2:00 pm, en los estudios de RTVC de la ciudad de Bogotá.

*Actuaciones surtidas en el desarrollo de la audiencia.*

---

<sup>89</sup> Cfr. AZ Orden XIX-L, folios 5230-5270.

<sup>90</sup> En cumplimiento de los autos 411 de 2015 y 4 de abril de 2016.

<sup>91</sup> Para el día 20 de abril de 2016.

<sup>92</sup> 29 de abril de 2016.

<sup>93</sup> En el periodo comprendido en mayo de 2012 a septiembre de 2015.

El rector de la política pública indicó que:

- a. La audiencia contó con un total de 102 asistentes pertenecientes a las EPS, gremios de las EPS, asociaciones de pacientes, periodistas y entidades públicas.
- b. El Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud realizó la introducción explicando brevemente los antecedentes de la audiencia.
- c. Se presentaron excusas públicas por las EPS a través de sus representantes legales de la siguiente manera: 1) 6 EPS<sup>94</sup> extendieron las disculpas en vivo y, 2) 31 EPS enviaron un pregrabado que fue transmitido durante la audiencia.
- d. A la audiencia pública asistieron los 6 representantes legales que presentaron excusas en vivo y 17 de las que enviaron el pregrabado.

Además el MSPS manifestó que los representantes legales de Mallamas y Dusakawi remitieron el video de excusas pero no asistieron a la audiencia, así como tampoco lo hicieron 12 que remitieron el pregrabado y enviaron a la audiencia a un suplente u otro funcionario.

Adicionalmente, el MSPS destacó que los representantes legales de 5 EPS<sup>95</sup> que no estaban obligadas a participar concurren a la misma.

e. Al final del encuentro tres representantes de los pacientes<sup>96</sup> intervinieron anotando sus inquietudes y percepción sobre el desarrollo del mismo, coincidiendo en que no se había hecho un verdadero acto de arrepentimiento por parte de las EPS.

f. En el cierre de la audiencia intervino el delegado de la Defensoría del Pueblo quien *“resaltó como positivo que los representantes legales de las EPS hubiesen manifestado excusas públicas. Igualmente destacó la voluntad de los agentes en el deseo de solucionar los problemas que atañen a la atención directa de los pacientes (...)”*.

#### *Actuaciones posteriores a la realización de la audiencia*

El MSPS señaló que envió oficio<sup>97</sup> a la Supersalud comunicando la gestión efectuada.

16.3.2. El perito constitucional voluntario CSR afirmó<sup>98</sup> que no se cumplió con la finalidad de presentar excusas públicas, señalando expresamente que: *“solo*

---

<sup>94</sup> Cafesalud, Comfacundi, Convida, Emdisalud, Caprecom, Saludvida.

<sup>95</sup> Pijaos, Comfaoriente, Comfasure, Comfachocó, Ambuq.

<sup>96</sup> Hna. María Inés Delgado representante de Pacientes Colombia, Andrea Garzón de la Asociación de Usuarios de Cafesalud y Nestor Álvarez de Pacientes de Alto Costo.

<sup>97</sup> Oficio radicado No. 201631000869991 de mayo 11 de 2016.

<sup>98</sup> El 9 de febrero de 2018 *Cfr.* AZ Orden XIX-M folio 5824.

*concurrieron dos EPS y ni el Ministerio de Salud ni la Superintendencia tomaron medidas adicionales”.*

***(iv) Garantizar que las EPS y EOC hicieran reportes de manera completa y en los periodos definidos***

16.4. En lo que respecta a este punto se avizó que:

16.4.1. El 19 de diciembre de 2016<sup>99</sup> la cartera de salud puntualizó que la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones ha realizado mesas de trabajo con la Supersalud y la Defensoría del Pueblo para encontrar mecanismos orientados a mejorar la oportunidad y calidad del reporte de información por parte de las EPS.

También expuso que la Resolución 1683 de 2015 se expidió con el fin de que las EPS y EOC remitieran los datos a través de la plataforma PISIS<sup>100</sup> del sistema SISPRO solucionando el problema de recepción y oportunidad en la entrega de los mismos.

Agregó que en el marco de esa reglamentación puso a disposición de la Supersalud y la Defensoría del Pueblo una autorización en el protocolo de transferencia de archivos en el que conservan los documentos remitidos por las EPS, para que accedan a ellos.

Añadió que en el informe trimestral que envía a los entes de control señala las entidades que no cumplieron la obligación de reportar las negaciones, con el fin de que adopten las medidas de acuerdo a su competencia.

16.4.2. El Ministerio de Salud en relación a este ítem afirmó<sup>101</sup> que con la plataforma Mipres el reporte es inmediato.

Por otro lado, señaló en el mismo escrito que el registro de la información bajo la Resolución 2064 de 2017<sup>102</sup> se realiza a través de la plataforma PISIS, agregando que se efectuaron modificaciones en los tiempos de entrega para que las entidades cumplan con el reporte.

***(v) Contar con registros validados***

16.5. Con respecto a este tema se advirtió que:

16.5.1. Mediante escrito de 19 de diciembre de 2016<sup>103</sup> la cartera de salud expresó que desde la implementación de la Resolución 1683 de 2015 se está cumpliendo con la orden establecida en el auto 411 de 2015 en lo que respecta a la validación de los datos.

---

<sup>99</sup> Cfr. AZ Orden XIX-L, folios 5658-5676.

<sup>100</sup> Plataforma de Intercambio de Información.

<sup>101</sup> El 3 de agosto de 2018. Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5928-5939.

<sup>102</sup> Aplicable al régimen subsidiado.

<sup>103</sup> Cfr. AZ Orden XIX-L, folios 5658-5676.

16.5.2. Así Vamos en Salud expuso<sup>104</sup> que el Ministerio estableció un mecanismo de doble validación en el que se verifica la estructura de los datos y la calidad del contenido reportado.

16.5.3. El Ministerio, el 3 de agosto de 2018<sup>105</sup> expresó que con la plataforma Mipres la validación se realiza automáticamente y en los eventos en que el registro se efectúa en el marco de la Resolución 2064 de 2017<sup>106</sup> se hacen dos verificaciones: una, en relación con la estructura, y otra, con el contenido de la información.

***(vi) Obtener la devolución del dinero pagado sin justa causa***

16.6. En lo relacionado con este mandato se advirtió que:

16.6.1. El MSPS mediante oficio de 19 de diciembre de 2016<sup>107</sup> afirmó que era difícil el cumplimiento debido a que la noción de negación se debía analizar cautelosamente, toda vez que esta podía ser legítima o ilegítima por lo que el concepto del mismo asociado a la afectación, irrespeto o vulneración resultaría complejo.

16.6.2. la Contraloría General<sup>108</sup> señaló que en cumplimiento de la actuación especial de fiscalización realizada al MSPS avizó que este no acató con la orden de obtener la devolución del dinero pagado sin justa causa a las EPS que negaron servicios incluidos en el POS. Toda vez que no estableció dichos valores, ni efectuó gestiones tendientes a la recuperación de los mismos.

16.6.3. El 5 de febrero de 2018 Así Vamos en Salud expresó<sup>109</sup> que los informes no dan cuenta de procesos de devolución de dinero pagado sin justa causa a las EPS que hayan negado servicios incluidos en el POS.

16.6.4. El MSPS el 3 de agosto 2018 indicó que con fundamento en concepto técnico emitido por el mismo Ministerio no es posible determinar el costo individual de los servicios y tecnologías que fueron negados y descontarlos a las EPS, como lo pretende en la orden debido a que dicha práctica no concuerda con la concepción del aseguramiento en salud.

***(vii) Enviar trimestralmente los reportes a la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo y a la Corte.***

16.7. En lo atinente a esta directriz se evidenció que:

---

<sup>104</sup> El 5 de febrero de 2018. *Cfr.* AZ Orden XIX-M, folio 5814.

<sup>105</sup> *Cfr.* AZ Orden XIX-M, folio 5935.

<sup>106</sup> Régimen subsidiado.

<sup>107</sup> *Cfr.* AZ Orden XIX-L, folios 5658-5676.

<sup>108</sup> El 12 de enero de 2017. *Cfr.* AZ Orden XIX-M, folios 5685-5701.

<sup>109</sup> *Cfr.* AZ Orden XIX-M, folios 5812-5818.

16.7.1. El Ministerio mediante oficio de 19 de diciembre de 2016 señaló que la Dirección de Operación del Aseguramiento en Salud elaboró los informes trimestrales con base en la estructura de reporte requerida por la Sala Especial y, que puso en conocimiento de esta última, de la Procuraduría, la Contraloría y la Defensoría los reportes realizados con posterioridad al auto 411 de 2015, esto es, desde el tercer trimestre de 2015 al tercero del 2016<sup>110</sup>.

16.7.2. La cartera de salud el 3 de agosto de 2018 en cumplimiento de esta orden hizo una relación de los informes enviados a la Defensoría, a la Supersalud y a la Corte desde el cuarto trimestre de 2014 hasta el primero de 2018, y a la Procuraduría y Contraloría desde el tercero de 2015 hasta el primero de 2018, para lo cual aportó los números de radicado.

16.7.3. Es importante resaltar que con posterioridad a la expedición del auto 411 de 2015, el Ministerio de Salud allegó a la Sala todos los informes correspondientes al III<sup>111</sup> y IV<sup>112</sup> trimestre de 2015, I<sup>113</sup>, II<sup>114</sup>, III<sup>115</sup> y IV<sup>116</sup> de 2016, I<sup>117</sup>, II<sup>118</sup>, III<sup>119</sup> y IV<sup>120</sup> de 2017, y I<sup>121</sup> y II<sup>122</sup> de 2018, a saber:

a. En los del tercer trimestre de 2015 al segundo de 2017 presentó los reportes elaborados a partir de los datos remitidos por las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, y las Entidades Obligadas a Compensar en el marco de la Resolución 1683 de 2015<sup>123</sup>.

La documentación estableció las entidades habilitadas para realizar el registro y las que efectivamente lo hicieron, el número de reportes enviados por las EPS mensualmente, la modalidad y el concepto de negación en los dos regímenes.

b. Los reportes correspondientes al III y IV trimestre de 2017 y I y II de 2018 fueron elaborados a partir de la información remitida por las EPS y las entidades territoriales de orden departamental y distrital en el marco de la Resolución 2064 de 2017<sup>124</sup>.

Manifestó que para el régimen contributivo rige la Resolución 1328 de 2016, que regula la prescripción de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de

---

<sup>110</sup> Cfr. AZ. Orden XIX-L, folios 5665-5666.

<sup>111</sup> Cfr. AZ Orden XIX-K, folios 4883- 4904.

<sup>112</sup> Cfr. AZ Orden XIX-L, folios 5084-5110.

<sup>113</sup> Cfr. AZ Orden XIX-L, folios 5206-5229.

<sup>114</sup> Cfr. AZ Orden XIX-L, folios 5280-5306.

<sup>115</sup> Cfr. AZ Orden XIX-L, folios 5313-5655.

<sup>116</sup> Cfr. AZ Orden XIX- M, folios 5702-5719.

<sup>117</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M folios 5867-5893.

<sup>118</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5753-5784.

<sup>119</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5807-5808.

<sup>120</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folio 5859.

<sup>121</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5904-5926.

<sup>122</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folio 5927.

<sup>123</sup> Con esta resolución las entidades promotoras de Salud (EPS) y las entidades obligadas a compensar (EOC) remiten los datos a través de la plataforma PISIS, del Sistema de Información de la Protección Social-SISPRO.

<sup>124</sup> “Por el cual se adopta el instrumento para el reporte de información de los servicios y tecnologías en salud negados y aprobados por el CTC, y suministrados a los afiliados del Régimen Subsidiado”.

Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación y creó el aplicativo Mipres.

***(viii) Publicar en diferentes medios de comunicación y en la página web del Ministerio el reporte consolidado de negación de servicios***

16.8. En relación con el cumplimiento de este mandato se observó que:

16.8.1. El MSPS en documento del 19 de diciembre de 2016<sup>125</sup> expresó que publicó en la página web los informes trimestrales en el marco del auto 411 de 2015 y como prueba de ello proporcionó el *link*<sup>126</sup> por medio del cual venía publicándolos.

16.8.2. Sobre este asunto, Así Vamos en Salud el 5 de febrero de 2018<sup>127</sup> indicó que el Ministerio en cumplimiento de lo ordenado puso a disposición de la ciudadanía y entes de control los informes trimestrales a través de su página web.

17. Ahora bien, conforme se indicó en el numeral 11 de los antecedentes de este proveído, en auto 411 de 2015 se ordenó a la Superintendencia: *(i)* investigar las razones por las cuales se negaron servicios POS e, *(ii)* iniciar las diligencias correspondientes contra las EPS que no realizaron los reportes de negaciones. Atendiendo a lo anterior se efectuará un recuento de lo ocurrido en razón al cumplimiento de esta directriz, así:

***(i) Investigar las razones por las cuales se negaron servicios POS***

17.1. En cuanto a este punto se evidenció que:

17.1.1. El 25 de enero de 2016<sup>128</sup> la Supersalud presentó documento en el que se pronunció sobre las acciones adelantadas con ocasión de la negación de tecnologías en salud cubiertas por el plan de beneficios. Indicó, entre otras cosas, que en las investigaciones que inició se habían impuesto sanciones por valor aproximado de dos mil ochocientos veinte millones de pesos (\$2.820'000.000,00).

17.1.2. El 26 de octubre de 2017<sup>129</sup> la Superintendencia informó sobre los procesos sancionatorios iniciados a los vigilados por la negación de servicios prescritos por el médico tratante de la EPS, en el cual relacionó las entidades que habían incurrido en esta práctica, el motivo de tal decisión y el año de la solicitud del servicio; así mismo, enunció las EPS contra las que inició investigación, el estado actual de las mismas y el monto de las sanciones.

17.1.3. Igualmente, el 19 de febrero de 2018<sup>130</sup> la SNS reportó los procesos sancionatorios aperturados a los vigilados por negación de servicios en el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2017, haciendo una relación

<sup>125</sup> Cfr. AZ Orden XIX-L, folio 5656.

<sup>126</sup> [www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/regimensubsubdiado/Paginas/sentencia-760-.aspx](http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/regimensubsubdiado/Paginas/sentencia-760-.aspx).

<sup>127</sup> Cfr. AZ Orden XIX M, folio 5818.

<sup>128</sup> Cfr. AZ. Orden XIX -L, folios 5050-5056.

<sup>129</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5785-5806.

<sup>130</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M folios 5828-5848.

pormenorizada de las entidades investigadas y la etapa del mismo. Afirmó que las indagaciones se ejecutaron con fundamento en los hallazgos plasmados en los informes finales de visita<sup>131</sup> que incluían temas de negaciones POS, remisión de datos o problemas de calidad y confiabilidad, fallas en la administración del riesgo, inoportunidad en procesos de autorizaciones entre otros. Puntualizó que de las investigaciones que se iniciaron para verificar el cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008 se han impuesto sanciones a las EPS por valor aproximado de \$7'351.595.066.

17.1.4. El 8 de agosto de 2018 la Superintendencia indicó que a través de la Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos adelantó investigaciones en virtud de casos en los que se evidenciaron presuntas negaciones por servicios no incluidos en el plan de beneficios, señaló que en razón de ello impuso sanción por valor de \$72'771.700 a Comfacundi por “*incumplimiento prestación del servicio de salud, negación medicamentos no POS*”, y de \$1.696'749.100 a Medimas EPS S.A.S. contributivo por “*Afiliación, Atención al ciudadano, Cáncer, Circular Única, Incumplimiento instrucciones SUPERSALUD, Negación tecnología en salud NO POS, Negación tecnología en salud POS, Red Prestadora de Servicios de Salud*” por lo que de las investigaciones iniciadas en el año 2017 se han impuesto multas por más de \$1.770 millones.

Igualmente manifestó que en el año 2017 profirió 33 resoluciones con carácter de medica cautelar en la que ordenó resolver de manera inmediata 12.702 casos.

***(ii) Iniciar las diligencias correspondientes contra las EPS que no realizaron los reportes de negaciones***

17.2. En lo atinente a esta orden no se observó en ninguno de los informes allegados por la Superintendencia datos relacionados con su acatamiento.

18. Conforme se expuso en el numeral 11 del acápite de los antecedentes de esta providencia, en el auto 411 de 2015 se le ordenó a la Procuraduría: (i) acompañar el cumplimiento de la directriz décima novena, con fundamentos en sus competencias, especialmente en la función preventiva e, (ii) investigar sobre posibles infracciones disciplinarias en que hayan podido incurrir representantes legales de EPS por negación de servicios POS<sup>132</sup>. A continuación se expondrá lo acontecido en el expediente con relación a estos aspectos.

***(i) Acompañar el cumplimiento de la directriz décima novena, con fundamentos en sus competencias, especialmente en la función preventiva***

18.1. En cumplimiento con esta directriz, el 24 de noviembre de 2015<sup>133</sup> la Procuraduría General precisó que visitó al Ministerio de Salud y a la Supersalud solicitándoles informar los progresos obtenidos y las actuaciones pendientes por cumplir.

<sup>131</sup> Visitas realizadas en cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, en los años 2014, cuyo periodo auditado fue 2013 y 2015, siendo el periodo auditado el 2014.

<sup>132</sup> Numerales 10.19 y 13.18 de las consideraciones y 9º y 10º de la parte resolutoria del auto 411 de 2015.

<sup>133</sup> Cfr. AZ Orden XIX-L, folios 4910-5038.

Puntualizó que evidenció algunos avances de tipo administrativo y técnico logrados por el Ministerio, como la reforma al registro de negación de servicios, en cuanto a: *i)* la implementación de los diligenciamientos de campos, *ii)* las validaciones en los registros; *iii)* la creación de una mesa de ayuda para el envío de la información a la plataforma del sistema. Así mismo, indicó expresamente en documento del 24 de noviembre de 2015 que:

*“Como resultado de las mesas de ayuda en el tratamiento de la información por ‘Otros Motivos’, dada la incidencia de su rango muy alto, se consideró ser reemplazado por otras designaciones adaptadas a las realidades de la prestación del servicio (...) (en el que) **debe reportarse cada tecnología negada por separado, sin que se pueda utilizar la nomenclatura ‘otros servicios.’**”*

Agregó que el Ministerio y la Superintendencia adelantaron gestiones administrativas, por lo que concluyó que se dio cumplimiento parcial al auto 411 de 2015 y a la orden décima novena de la sentencia estructural.

*(ii) Investigar sobre posibles infracciones disciplinarias en que hayan podido incurrir representantes legales de EPS por negación de servicios POS*

18.2. En cuanto al acatamiento de este mandato la Procuraduría el 24 de noviembre de 2015<sup>134</sup> manifestó que el Ministerio le reportó los informes trimestrales de los años 2012, 2013, 2014 y 2015 relacionados con la negación de servicios POS<sup>135</sup>, sin que indicara haber realizado actuación alguna al respecto.

19. Como se puntualizó en el numeral 11 de los antecedentes de esta providencia, en el auto 411 de 2015 se dieron órdenes a la Fiscalía y Contraloría así: *(i)* Fiscalía: investigar sobre posibles infracciones penales en que hayan podido incurrir representantes legales de EPS por negación de servicios POS<sup>136</sup> y, *(ii)* Contraloría: investigar por el presunto detrimento causado por el pago de la UPC a EPS que negaron servicios incluidos en el POS y los costos incurridos por la rama judicial en virtud de acciones de tutela para reclamar servicios POS. Por consiguiente, se describirán los hechos observados en el expediente, referente a estas órdenes, así:

*(i) Fiscalía:*

19.1. El 22 de octubre de 2015 la Dirección Seccional de Bogotá informó que la investigación respectiva le había correspondido a la Fiscalía 201 seccional, adscrita a la Unidad de Delitos contra la Administración Pública, bajo el radicado No. 11001600049201513345.

*(ii) Contraloría:*

---

<sup>134</sup> Cfr. AZ Orden XIX-L, folios 4910-5038.

<sup>135</sup> Para efectos de que se diera cumplimiento a esta orden.

<sup>136</sup> Numerales 10.19 y 13.18 de las consideraciones y 9º y 10º de la parte resolutive del auto 411 de 2015.



19.2. El 9 de octubre de 2015<sup>137</sup> expresó que para el cumplimiento de dicha orden había previsto efectuar una actuación especial, la cual no pudo iniciar en el momento en que presentó el escrito por no contar con recurso humano disponible.

## II. CONSIDERACIONES DE DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

### Competencia

1. En virtud de las facultades otorgadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional en sesión del 1° de abril de 2009; el artículo 86 de la Constitución Política y el artículo 27 del Decreto Estatutario 2591 de 1991<sup>138</sup>, esta Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir el presente auto.

### Metodología de la valoración

2. La Corte evaluará el grado de acatamiento de la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008, en atención a los niveles de cumplimiento que se han establecido paulatinamente a partir del auto 411 de 2015<sup>139</sup>, con fundamento en el acervo documental que reposa en el expediente y en las intervenciones de las demás entidades adscritas al trámite de supervisión.

Para estos efectos, la Sala debe verificar si se adoptaron directrices, normas, planes y herramientas de políticas públicas que tengan como fin la creación de un verdadero registro de negaciones, así como los resultados de las estrategias implementadas con el fin de disminuir las negaciones de servicios.

Dado que la naturaleza de esta orden implica principalmente determinar si se elaboró el registro de negaciones conforme a los parámetros del auto 411 de 2015 y se adoptaron medidas tendientes a disminuir el índice de estas, la Corte efectuará la valoración conforme a los niveles de cumplimiento que ha desarrollado, prescindiendo del empleo de indicadores cuya ausencia no imposibilita la verificación del goce efectivo de los derechos, como lo ha establecido la jurisprudencia constitucional.<sup>140</sup>

---

<sup>137</sup> Cfr. AZ Orden XIX-K, folio 4862.

<sup>138</sup> “Artículo 27. Cumplimiento del fallo. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirlo sin demora.”

*Si no lo hiciere dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes, el juez se dirigirá al superior del responsable y le requerirá para que lo haga cumplir y abra el correspondiente procedimiento disciplinario contra aquél. Pasadas otras cuarenta y ocho horas, ordenará abrir proceso contra el superior que no hubiere procedido conforme a lo ordenado y adoptará directamente todas las medidas para el cabal cumplimiento del mismo. El juez podrá sancionar por desacato al responsable y al superior hasta que cumplan su sentencia.*

*Lo anterior sin perjuicio de la responsabilidad penal del funcionario en su caso.*

*En todo caso, el juez establecerá los demás efectos del fallo para el caso concreto y mantendrá la competencia hasta que esté completamente restablecido el derecho o eliminadas las causas de la amenaza.”*

<sup>139</sup> Proferido el 16 de septiembre de 2015, mediante el cual se efectuó el seguimiento a la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008.

<sup>140</sup> Auto 373 de 2016, en esa oportunidad la Corte consideró que si bien no se contaba con indicadores ni con fuentes de información para hacer la evolución de la superación del estado de cosas inconstitucionales y teniendo en cuenta que las mediciones que realizaban las autoridades apuntaban a los avances alcanzados y retrocesos, era necesario que se contara con otro parámetro hasta tanto no se obtuviera la información necesaria para realizar la evaluación de aquella manera.

3. Respecto de la metodología para determinar la observancia de las órdenes en el desarrollo de las labores de seguimiento, esta Corporación ha indicado que es válida la utilización de niveles que permitan valorar los avances, rezagos o retrocesos en la ejecución y el seguimiento de las políticas públicas<sup>141</sup>. Lo expuesto, sin perjuicio de que esta Corporación pueda valerse de los indicadores diseñados por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.<sup>142</sup>

Es necesario señalar que el empleo de niveles en el desarrollo del seguimiento que realiza esta Sala Especial no es óbice para que el Ministerio de Salud diseñe unos indicadores que contribuyan a medir la obediencia y continuidad de la política pública, particularmente el impacto de la misma en el acceso real y efectivo a los servicios de salud.<sup>143</sup>

4. Con base en las anteriores precisiones la estructura del análisis y evaluación se desarrollará de la siguiente manera: (i) se estudiará las competencias del juez constitucional en el seguimiento de la sentencia T- 760 de 2008 y los niveles de cumplimiento; (ii) se precisará el alcance de la orden décimo novena y del concepto de negación de servicios de salud; (iii) se analizará el acatamiento de la directriz y, (iv) se valorará el cumplimiento de la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008.

### **Intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas y niveles de cumplimiento**

5. Conforme al artículo 2º del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales<sup>144</sup>, los Estados partes deben desplegar acciones tendientes a lograr la efectividad plena de los derechos reconocidos en tal compromiso.

---

<sup>141</sup> Sentencia T-388 de 2013 y autos 008 de 2009 y 373 de 2016.

<sup>142</sup> Los indicadores de progreso son una herramienta de medición y monitoreo de cumplimiento del Protocolo de San Salvador que permite evidenciar la concreción progresiva de los derechos sociales, así como de las circunstancias que benefician o restringen la posibilidad de acceso efectivo a los derechos. Estos indicadores contribuyen al proceso de diseño y evaluación de las políticas públicas de los Estados miembros, dirigidas a asegurar el acatamiento de estos derechos. De este modo, los derechos del Protocolo fueron divididos en dos grupos. El primero, incorpora el de la salud, la seguridad social y la educación; el segundo, el derecho al trabajo y los derechos sindicales, el derecho a la alimentación adecuada, al medio ambiente sano y a los beneficios de la cultura. [https://www.oas.org/en/sedi/pub/indicadores\\_progreso.pdf](https://www.oas.org/en/sedi/pub/indicadores_progreso.pdf)

<sup>143</sup> Auto 373 de 2016. En el auto 266 de 2017 se lee: *Con relación a este último aspecto, es preciso advertir que la Corte Constitucional desde la misma sentencia T-025 de 2004 ‘señaló la ausencia de indicadores y mecanismos de seguimiento y evaluación como uno de los problemas más protuberantes de la política de atención a la población desplazada’ [Sentencia T-025 de 2004. Fundamento jurídico 6.3.1.]. A pesar de ello, y de las diferentes órdenes dictadas por esta Corporación para superar este vacío [Autos 185 de 2004, 178 de 2005, 218 de 2006, 266 de 2006, 118 de 2008 y 373 de 2016], actualmente no existe una batería de indicadores completa que permita evaluar el cumplimiento y la continuidad de la política pública dispuesta para proteger los derechos de pueblos étnicos ni detectar los errores y obstáculos de su diseño e implementación con el fin de adoptar decisiones encaminadas a superar dichas fallas.*

<sup>144</sup> “Artículo 2: 1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos. 2. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. 3. Los países en desarrollo, teniendo debidamente en cuenta los derechos humanos y su economía nacional, podrán determinar en qué medida garantizarán los derechos económicos reconocidos en el presente Pacto a personas que no sean nacionales suyos.”

6. El seguimiento que la Sala Especial realiza al acatamiento de los mandatos contenidos en la sentencia T-760 de 2008 tiene fundamento en la persistencia de afectaciones sobre el goce efectivo del derecho a la salud, se desarrolla respetando las competencias gubernamentales de manera que, lejos de interferir en el diseño de las políticas públicas en el sector, busca generar de forma constructiva soluciones oportunas y eficaces para la superación definitiva del déficit en este campo<sup>145</sup>. Por lo tanto en desarrollo de esa función, la Corte podrá acudir a diversos mecanismos como las sesiones técnicas para el vencimiento de obstáculos, solicitudes de informes, valoraciones progresivas de las órdenes e inspecciones judiciales<sup>146</sup>, entre otras<sup>147</sup>.

7. Es importante resaltar que el papel del Tribunal Constitucional se articula con el diseño e implementación de las políticas públicas, a través de una labor abierta y deliberativa al momento de verificar el acatamiento de los mandatos emitidos, para lo que tendrá que calificar las medidas adoptadas y las acciones desarrolladas por las autoridades encargadas. En esas condiciones, las valoraciones de las directrices se efectuarán de manera general y específicamente sobre cada uno de sus elementos constitucionalmente significativos.

8. Es necesario precisar que este Tribunal ha valorado el cumplimiento de la mayoría de las órdenes generales durante los diez años que han transcurrido desde la expedición del fallo estructural<sup>148</sup>. No obstante, el tiempo que ha acontecido a partir del momento en que fueron emitidas, exigen que su verificación y valoración se muestre más dinámico y refleje el contexto social en que se desenvuelve el sistema de salud en Colombia, haciendo más rigurosos el seguimiento jurisdiccional para evitar que las providencias de la Corte no se cumplan. Ello sin desconocer los avances significativos que paulatinamente se han registrado en el goce efectivo del derecho a la salud a través de las medidas gubernamentales adoptadas e implementadas.

9. De esta manera, el estudio de los actos acreditados por el Gobierno nacional conlleva a que los logros conseguidos se midan no solo por la expedición del acto normativo, sino también desde la evidencia social y la materialización de los mismos, siempre en la búsqueda de la satisfacción efectiva de las necesidades de los usuarios del sistema de salud.<sup>149</sup> Así, esta Sala de Seguimiento valora el cumplimiento material de las órdenes impartidas en la sentencia T-760 de 2008, partiendo de la verificación del avance en el goce efectivo de los derechos de los usuarios del SGSSS, para evitar que el cumplimiento sea únicamente formal.

---

<sup>145</sup> La sentencia T-080 de 2018 señaló que: “*El rol del juez constitucional, sin embargo, no debe ser pasivo. En efecto, ante un legislador y una administración inoperantes en materia de derechos sociales fundamentales, el juez está llamado a actuar como garante de los derechos constitucionales. Más aún, si se trata de derechos sociales llamados a satisfacer necesidades básicas radicales o sus titulares son personas en situación de vulnerabilidad, el margen de configuración y acción de los órganos competentes en esta materia se ve reducido y, por consiguiente, los deberes y facultades del juez constitucional, son correlativamente ampliados*”.

<sup>146</sup> Cfr. autos 186 y 549 de 2018.

<sup>147</sup> Cfr. autos 186 y 549 de 2018.

<sup>148</sup> La sentencia T-760 fue proferida el 31 de julio de 2008.

<sup>149</sup> Cfr. auto 186 de 2019.

10. La Corte ha sostenido que para declarar el grado de observancia de una orden como general no es necesario su satisfacción plena, siempre que se evidencien cambios significativos en el funcionamiento del sistema de salud, derivados de actuaciones oportunas e idóneas que deriven en resultados y avances sostenibles para que la Sala pueda suspender o entregar<sup>150</sup> el seguimiento.

11. De conformidad con lo anterior, el cumplimiento se analizará atendiendo principalmente tres puntos: las medidas, los resultados y los avances<sup>151</sup>.

12. La valoración inicia con la verificación del primer aspecto, a fin de determinar si son conducentes para la superación de la falla estructural, y con base en ello, declarar un nivel de cumplimiento<sup>152</sup>, que puede ser bajo, medio, alto, general o incluso incumplimiento general.

A grandes rasgos, puede decirse que este último se decreta si, revisado el estado de la orden, se constata que la autoridad obligada no adoptó acciones para superar la falla.

Se califica con cumplimiento bajo cuando los resultados evaluados pongan en evidencia la implementación de medidas por la autoridad obligada y concurra al menos uno de los siguientes supuestos:

(i) que sean inconducentes para cumplir con el mandato estructural, toda vez que no son compatibles con los elementos del mandato, (ii) que sean conducentes para la observancia de la disposición que se examine, por cuanto abordan acciones en relación con los requerimientos de la orden, pese a que la autoridad encargada no acreditó resultados<sup>153</sup>, (iii) aunque sean conducentes y los resultados hayan sido informados a la Sala, no se advierten que existan avances reales<sup>154</sup>, por lo que no es posible calificar el acatamiento con satisfacción del mandato al no evidenciarse que se haya superado la falla y, (iv) las labores desplegadas aun cuando son conducentes concluyen en resultados que solo atienden al aspecto formal y no al material de la orden.

---

<sup>150</sup> Cfr. auto 373 de 2016. Al desarrollar los “criterios para entender superadas las condiciones que dan lugar a la intervención excepcional del juez constitucional en la política pública de desplazamiento forzado” señaló que la jurisprudencia constitucional permite identificar criterios “para efectos de analizar si la actuación de las autoridades es idónea y sostenible para así entender por superadas las condiciones que dan lugar a la intervención excepcional del juez constitucional en la política pública. Así ocurre con los parámetros definidos por esta Corporación que permiten evaluar el cumplimiento a las órdenes complejas dictadas por el juez constitucional por parte de las autoridades responsables.” De esta manera permite establecer que si los resultados son sostenibles puede darse por superada una falla general que dio lugar a la intervención del juez.

<sup>151</sup> Auto 411 de 2015.

<sup>152</sup> Cfr. autos 411 de 2015 reiterados entre otros en los 186 de 2018 y 549 de 2018.

<sup>153</sup> Entiéndase por *resultado* la materialización de las medidas formales adoptadas por la autoridad obligada en el ámbito de acatamiento de la orden examinada.

<sup>154</sup> Entiéndase por *avance* el efecto de progreso que permita 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.

El nivel de cumplimiento medio será declarado cuando a pesar de haber ejecutado acciones<sup>155</sup>, las mejoras no sean suficientes sino parciales en la superación de la falla estructural que dio origen a la orden. En estos casos la Sala otorgará un plazo razonable para que la autoridad encargada trabaje en el acatamiento de la orden, al final del cual se verificará nuevamente las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos.

Decretará el grado alto, cuando: *(i)* se hayan adoptado las medidas adecuadas para cumplir con el mandato de que se trate; *(ii)* la autoridad obligada reporte los resultados a la Sala; *(iii)* se evidencien avances suficientes, progresivos, sostenibles y significativos para el acatamiento del mandato en cuestión; y *(iv)* la problemática que dio lugar a la orden valorada se pueda superar.

Finalmente, si la Corte concluye que las actividades desarrolladas son adecuadas para cumplir con lo dispuesto en el mandato y que sus resultados son suficientes, sostenibles, significativos, progresivos a tal punto que permiten concluir que se superó la falla estructural que dio lugar a la expedición de la orden, calificará con cumplimiento general las actividades llevadas a cabo por la autoridad encargada. Adicionalmente, se espera que el sistema haya recopilado herramientas suficientes para enfrentar circunstancias similares a las que dieron origen a la sentencia T-760 de 2008 y que puedan presentarse en el futuro.

13. Si las entidades obligadas persisten en los niveles bajo, medio o incumplimiento general, la Corte intervendrá para hacer efectivas sus directrices, es decir, obtener avances sostenibles y significativos. En este contexto podrá ejercer un control y seguimiento, tomando decisiones restaurativas, de reemplazo o cualquier otra que pueda estimar apropiada, en la pretensión de una mayor participación democrática y un empoderamiento ciudadano.<sup>156</sup>

Sin embargo, cuando una orden sea valorada con incumplimiento, nivel de cumplimiento bajo y medio, el trámite de supervisión puede cesarse si el mandato ha perdido los fundamentos de hecho o de derecho, que le dieron lugar o cuando se haya agotado su vigencia temporal. Es decir, cuando el cumplimiento del mandato estaba limitado en el tiempo y debía presentarse en una fecha específica, siempre que se permita determinar con claridad la superación formal y material del motivo que dio lugar a lo ordenado y no continúe produciendo efectos jurídicos, dando lugar a restablecer el goce efectivo del derecho.

Cuando se declare nivel de cumplimiento alto, la Sala Especial podrá trasladar la supervisión del acatamiento de la orden a la Procuraduría General de Nación o la Defensoría del Pueblo, mediante la suspensión del seguimiento, para que efectúen la verificación final de la ejecución de la política pública dirigida a la observancia del mandato estructural, mediante la presentación de informes periódicos a la Sala Plena hasta que se cumpla con la totalidad de los supuestos de la orden o este Tribunal reanude el trámite que ha sido suspendido.

---

<sup>155</sup> Aunque el obligado haya implementado medidas conducentes, reportado los resultados y aquellos muestren avances en la ejecución de la política.

<sup>156</sup> Cfr. autos 186 y 549 de 2018.

En el evento de que se decrete el nivel de cumplimiento general cesa el seguimiento por parte de la Corte, con ocasión de que se ha conseguido el resultado pretendido al interior de la orden analizada.

14. Por último, se resalta que en favor de esta labor se cuenta con la Procuraduría General de Nación, la cual deberá realizar un acompañamiento con enfoque preventivo<sup>157</sup> a las autoridades obligadas en la ejecución de los mandatos, desplegar las actuaciones disciplinarias,<sup>158</sup> disponer de la potestad sin perjuicio de las decisiones que continúe profiriendo la Sala Especial mientras se mantenga el incumplimiento de las disposiciones generales.

### **Orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008: alcance y desarrollo**

15. En el marco de la sentencia T-760 de 2008 la Corte observó fallas regulatorias que produjeron una vulneración masiva al derecho fundamental a la salud, entre ellas evidenció la existencia de barreras en el acceso a los servicios, así como la negación de procedimientos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios, es decir, financiados por el sistema.

En esa oportunidad señaló que el Estado dejaba de proteger esta prerrogativa fundamental no solo cuando permitía en forma recurrente la negación de servicios de salud que los usuarios del sistema legalmente tenían derecho, sino también cuando toleraba la demora en el suministro de servicios POS<sup>159</sup>.

Para evitar la vulneración de este derecho fundamental consideró necesario contar con datos claros que permitieran identificar la negación de servicios de salud no autorizados por las EPS o por el CTC. Esto con el fin de que la Superintendencia de Salud, la Defensoría del Pueblo y la CRES iniciaran las acciones respectivas conforme a sus competencias.

16. En virtud de lo anterior profirió la orden general décimo novena, a través de la cual requirió al rector de la política pública para que adoptara medidas tendientes a garantizar que todas las EPS enviaran a la Comisión de Regulación en Salud<sup>160</sup>,

---

<sup>157</sup> Cfr. Constitución Política art. 277.1: “El Procurador General de la Nación, por sí o por medio de sus delegados y agentes, tendrá las siguientes funciones: 1. Vigilar el cumplimiento de la Constitución, las leyes, las decisiones judiciales y los actos administrativos”. Decreto Ley 262 de 2000 art. 24.1: “Funciones preventivas y de control de gestión. Sin perjuicio de lo dispuesto en la ley, las procuradurías delegadas tienen las siguientes funciones de vigilancia superior, con fines preventivos y de control de gestión: 1. Velar por el cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales, así como de las decisiones judiciales y administrativas”. Y Resolución 490 de 2008, por medio de la cual se crea el Sistema Integral de Prevención y se establecen los principios y criterios correspondientes al ejercicio de la función preventiva a cargo de la Procuraduría General de la Nación y se dictan otras disposiciones.

<sup>158</sup> En virtud del artículo 277.6 Superior, corresponde al Procurador General de la Nación ejercer la vigilancia superior de la conducta oficial de quienes desempeñen funciones públicas.

<sup>159</sup> Numeral 6.1.4.1.1. de las consideraciones de la sentencia T-760 de 2008.

<sup>160</sup> Esta entidad fue liquidada mediante Decreto 2560 de diciembre de 2012, y todas sus funciones y competencias fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social.

a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo un informe trimestral en el que señalaran, por una parte, los servicios médicos ordenados a los pacientes que fueron negados por las E.P.S. y que no pudieron ser tramitados ante el Comité Técnico Científico y, por la otra, las prescripciones médicas realizadas por el personal de salud correspondiente que no fueren autorizadas por el CTC; indicando las razones por las que no fue objeto de decisión por dicho Comité o el fundamento de la negativa.

17. Ahora bien, es preciso señalar que dado el tiempo transcurrido desde que se profirió la sentencia T-760 de 2008, en la actualidad existen desarrollos legislativos y jurisprudenciales en materia de salud que inciden en el cumplimiento del mandato en estudio.

Entre los adelantos que se han realizado en esta materia se encuentra la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que señaló que el derecho fundamental a la salud *“comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”*<sup>161</sup>, entendiéndose por oportunidad que *“la prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.”*<sup>162</sup>

Esta Ley estableció un sistema taxativo de exclusiones<sup>163</sup>, en el que debe existir un plan de beneficios donde todos los servicios de salud se consideran amparados salvo los expresamente excluidos, en relación con esto, la Corte al estudiar la constitucionalidad del proyecto de Ley Estatutaria dijo que:

*“la definición de exclusiones resulta congruente con un concepto del servicio de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. Si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas”*<sup>164</sup>.

---

<sup>161</sup> Artículo 2° de la Ley 1751 de 2015.

<sup>162</sup> Literal “e” del artículo 6° de la Ley 1751 de 2015.

<sup>163</sup> El artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 al respecto indicó: *“El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.- En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios: a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentren en fase de experimentación; f) Que tengan que ser prestados en el exterior.-Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.-Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.(...)”*

<sup>164</sup> Sentencia C-313 de 2014.

18. De esta manera, lo que se busca con estos cambios es la real protección del derecho a la salud, que se presenta no solo tomando acciones tendientes a evitar la negación expresa de servicios sino también ejecutando herramientas atinentes a la prestación oportuna de los mismos, para preservar el derecho a la salud y lograr el más alto nivel de protección posible.

19. Teniendo en cuenta lo anterior, no debe entenderse que el registro ordenado en la directriz décima novena estaría diseñado solo para diligenciar las negaciones expresas de servicios, sino también las tácitas derivadas de la falta de oportunidad en el suministro de los procedimientos y medicamentos ordenados por el médico tratante, debido a que esta práctica al final termina quebrantando el derecho a la salud.

Por consiguiente, conforme lo expuesto las autoridades respectivas deberían realizar los correctivos adecuados contra las EPS que vulneran el derecho a la salud por negar expresamente un servicio y por dilatarlo.

20. Puestas así las cosas, para el cabal cumplimiento de la orden décima novena es necesario contar con datos exactos, claros, precisos, confiables y de calidad, con los que se puedan determinar los servicios negados y no suministrados en forma oportuna por las EAPB<sup>165</sup>.

21. Por consiguiente, es obligación del Ministerio emitir la regulación que permita obtener la información veraz respecto de las E.P.S que están imponiendo barreras administrativas al negar la prestación de servicios e incumpliendo el deber de suministrar en forma oportuna las tecnologías en salud requeridas por los usuarios; para que las autoridades ejerzan las funciones de inspección vigilancia y control frente a las EPS responsables.

### **Análisis del cumplimiento de la orden décima novena**

22. La Sala de Seguimiento realizará un estudio del cumplimiento de la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008 y, los mandatos impartidos en los autos 411 de 2015 y del 4 de abril de 2016, en el que analizará: (i) la estructura del registro en los regímenes subsidiado y contributivo; (ii) los motivos de negación; (iii) la disminución del porcentaje de negaciones; (iv) validación de datos del registro; (v) la entrega del reporte por las EPS al MSPS; (vi) el envío de registros por el Ministerio a las entidades destinatarias<sup>166</sup>; (vii) la publicación en diferentes medios de comunicación y en la página web de la cartera de salud del consolidado de negación de servicios remitidas; (viii) la gestión de audiencia pública televisada; (ix) la recuperación del dinero pagado sin justa causa a las EPS que hayan negado servicios cubiertos por el POS; (x) las actuaciones realizadas por el Ministerio de Salud frente a los motivos de negación; (xi) el cumplimiento de las funciones de la Superintendencia y; (xii) las directrices impartidas a la Fiscalía, la Procuraduría y la Contraloría.

---

<sup>165</sup> Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

<sup>166</sup> Superintendencia de Salud y la Defensoría del Pueblo.



## Estructura del registro

23. En el auto 411 de 2015 la Sala Especial ordenó al Ministerio de Salud proferir una nueva regulación referente al registro de negaciones estableciendo unos parámetros para ello<sup>167</sup>. Con el fin de analizar su cumplimiento, la Corte hará un estudio por separado de las medidas implementadas para ello en los regímenes contributivo y subsidiado y su conducencia, debido a que existen regulaciones diferentes.

### *Régimen subsidiado*

25. Al verificar si el Ministerio ejecutó medidas al respecto observa la Sala Especial que con el fin de dar cumplimiento a la disposición emitida por la Corte la cartera de salud emitió la Resolución 2064 de 12 de junio de 2017, a través de la cual derogó la 1683 de 2015 y adoptó un nuevo registro de negaciones para el régimen subsidiado.

26. Este acto administrativo reguló el registro de los servicios y tecnologías que fueran negados por las entidades territoriales y las promotoras de salud, en la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), previa petición del usuario.

El informe que deben elaborar las EPS está conformado por tres tipos de registros: (i) control; (ii) detalle de servicios médicos no autorizados; (iii) servicios médicos del plan de beneficios ordenados por el médico tratante negados por la EPS o CTC bajo la modalidad “1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”.

El registro de control, es utilizado para identificar la entidad que suministra los datos y deben llenarse de manera obligatoria las siguientes casillas:

Tabla núm. 2<sup>168</sup>.

0. Tipo de registro.
1. Tipo de identificación de la entidad que reporta.
2. Número de identificación de la entidad que reporta.
3. Código de la EPS.
4. Fecha inicial del periodo de la información reportada.
5. Fecha final del periodo de la información reportada.
6. Número total de registros de detalle contenidos en el archivo.

<sup>167</sup> Lineamientos expuestos en el literal a del numeral 11.4 del acápite de los antecedentes de la presente providencia.

<sup>168</sup> Establecido en la Resolución 2064 de 2017, anexo técnico No. 1, capítulo 1, literal b.1 registro de control.

El registro de detalle de servicios médicos ordenados por el médico tratante y no tramitados por el CTC o negados por el CTC, consta de 22 campos de obligatorio diligenciamiento y 10 opcionales:

Tabla núm. 3<sup>169</sup>.

<b>CAMPO</b>	<b>Requerido</b>	<b>CAMPO</b>	<b>Requerido</b>
0. Tipo de registro.	SI	16. Código del servicio o tecnología.	SI
1. Consecutivo de registro.	SI	17. Tipo de medicamento.	NO
2. Código entidad.	SI	18. El dispositivo está incluido en un procedimiento.	NO
3. Tipo de identificación del prestador donde se solicita el servicio.	SI	19. Tipo de prestación.	NO
4. Número de identificación del prestador donde se solicita el servicio.	SI	20. La solicitud es por la causa 1: Agotamiento de lo contenido en el Plan de Beneficios.	SI
5. Código de habilitación del prestador.	SI	21. La solicitud es por la causa 2.: Reacciones adversas o intolerancia por el paciente.	SI
6. Código del municipio donde se solicita el servicio.	SI	22. La solicitud es por la causa 3: Existen indicaciones o contraindicaciones expresas.	SI
7. Tipo de documento de identificación del usuario <sup>170</sup> .	SI	23. La solicitud es por la causa 4: No existe otra alternativa en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.	SI
8. Número de documento de identificación del usuario.	SI	24. Fecha de solicitud del servicio.	SI
9. Sexo de usuario.	SI	25. Concepto negación de servicios médicos.	SI
10. Fecha de nacimiento.	SI	26. Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR).	NO
11. Código ámbito de atención.	SI	27. Motivos de negación por el CTC (NEG).	NO
12. Código de diagnóstico principal.	SI	28. Nombre de la exclusión.	NO
13. Código del diagnóstico relacionado 1.	NO	29. Número del acta del CTC.	NO

<sup>169</sup> Especificado en la Resolución 2064 de 2017, anexo técnico No. 1, capítulo 1, literal b.2.

<sup>170</sup> Descripción y valores permitidos: CN: Certificado de nacido vivo-DANE; MS: Menor sin identificación; RC: Registro Civil; TI: Tarjeta de identidad.

14. Código del diagnóstico relacionado 2.	NO	30. Fecha de realización del CTC.	NO
15. Tipo de servicio solicitado.	SI	31. Identificador único del registro asignado por las EPS.	SI

El reporte de servicios médicos del plan de beneficios ordenados por el médico tratante y no tramitados ante el CTC o negados por éste, consta de 11 campos de obligatorio diligenciamiento y 7 opcionales:

Tabla núm. 4<sup>171</sup>.

<b>CAMPO</b>	<b>Requerido</b>	<b>CAMPO</b>	<b>Requerido</b>
0. Tipo de registro.	SI	9. Identificador único del registro asignado por las EPS.	SI
1. Consecutivo de registro.	SI	10. Prestó el servicio solicitado.	SI
2. Código entidad.	SI	11. Fecha de la Prestación.	NO
3. Tipo de documento de identificación del usuario.	SI	12. Código de la autorización.	NO
4. Número de documento de identificación del usuario.	SI	13. Tipo de identificación del prestador que suministra o presta el servicio.	NO
5. Tipo de servicio solicitado.	SI	14. Número de identificación del prestador que suministra o presta el servicio.	NO
6. Código del servicio o tecnología.	SI	15. Código de habilitación del prestador.	NO
7. Fecha de solicitud del servicio.	SI	16. Código del municipio del prestador.	NO
8. Concepto de negación del servicio o tecnología.	SI	17. Causa por la cual no se prestó el servicio.	NO

Conforme a dicha resolución las EPS y ET<sup>172</sup> deben reportar los datos correspondientes al mes inmediatamente anterior, dentro de los ocho primeros días calendario<sup>173</sup>.

Una vez reportada la información se hace el proceso de validación en dos fases: la primera es una revisión de la estructura de los datos que reporta el estado de la recepción al remitente; la segunda, solamente es efectuada una vez realizada en forma exitosa la primera; en ella se verifica el control de calidad de contenido en el aplicativo misional y el resultado es comunicado al reportante. Solamente se entiende cumplida la obligación del registro una vez las dos verificaciones se surten de forma exitosa<sup>174</sup>.

<sup>171</sup> Señalado en la Resolución 2064 de 2017, anexo técnico No. 1, capítulo 1, literal b.3.

<sup>172</sup> Entidad Territorial.

<sup>173</sup> Artículo 2 y 4 de la Resolución 2064 de 2017.

<sup>174</sup> Artículo 3° ib.

Señala la resolución que los archivos deben ser tipo texto y acatar, entre otras, las siguientes especificaciones técnicas:

(i) *“todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión txt.”*<sup>175</sup>

(ii) *“cuando dentro de un archivo de datos se definan campos que no son obligatorios y que no sean reportados, este campo no llevará ningún valor, es decir debe ir vacío y reportarse en el archivo entre dos pipes.”*<sup>176</sup>

(iii) *“ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (“”) ni ningún otro carácter especial.”*<sup>177</sup>

(iv) *“los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto no se les debe completar con ceros ni espacios.”*<sup>178</sup>

27. Con posterioridad a la Resolución 2064 de 2017 fue expedida la 1486 de 20 de abril de 2018, mediante la cual se modificaron algunos artículos<sup>179</sup> de aquella y sustituyeron los anexos técnicos.

Con esta regulación las EPS que operan en el régimen subsidiado deberán reportar la información dentro de los primeros quince días calendario del siguiente mes y las entidades territoriales del orden departamental y distrital dentro de los primeros veinticinco días calendario.

En cuanto a los anexos técnicos se observa que con respecto a los campos a llenar no existen mayores modificaciones y se les realizaron algunas precisiones. Por consiguiente, se evidencia que el Ministerio de Salud en el régimen subsidiado profirió algunas medidas relacionadas a la creación de un nuevo registro de negaciones.

28. Al hacer un estudio de las resoluciones 2064 de 2017 y 1486 de 2018 la Sala encuentra que en cumplimiento de lo establecido en el auto 411 de 2015<sup>180</sup> el Ministerio dispuso, entre otras cosas, que:

(i) El registro debe ser realizado a través de una plataforma de ingreso web, con usuario y contraseña privada, lo que conlleva a mejoras en la oportunidad del reporte, como había sido señalado por esta Corporación al analizar la Resolución 1683 de 2015<sup>181</sup>.

---

<sup>175</sup> Literal “b”, capítulo 2º del anexo técnico No. 1 de la Resolución 2064 de 2017.

<sup>176</sup> Literal “d” ib.

<sup>177</sup> Literal “f” ib.

<sup>178</sup> Literal “j” ib.

<sup>179</sup> Artículo 4 y 5 de la Resolución 2064 de 2017.

<sup>180</sup> Numerales (i), (iii), (iv), (vi), (viii), (xii) del punto 10.1. de las consideraciones del auto 411 de 2015, en concordancia con el numeral tercero de la parte resolutive de la misma providencia.

<sup>181</sup> Numerales (i), y (ii) del 10.1, de las consideraciones del auto 411 de 2015.

(ii) El formulario ubica automáticamente al usuario por documento de identidad, señalando la posibilidad de registrar a la persona que no tenga identificación<sup>182</sup>, bajo la opción tipo de documento: “AS: adulto sin identificación”, “MS: menor sin identificación” o “CN: certificado de nacido vivo”; evento último que se aplica en los casos de que la persona no ha sido registrada al nacer y no aparece su número de registro.

(iii) Contiene listado de medicamentos<sup>183</sup>, procedimientos<sup>184</sup>, dispositivos médicos<sup>185</sup>, productos nutricionales<sup>186</sup>, servicios específicos<sup>187</sup> y servicios no financiados con recursos de salud<sup>188</sup> para que el reportante elija la prestación negada, sin que en los mismos se encuentre la categoría “*otros servicios*”.

(iv) Debe señalarse la enfermedad diagnosticada<sup>189</sup> y en caso de que esta no exista se selecciona el síntoma principal o problema más importante.

(v) Los espacios no pueden ser diligenciados con comillas.

(vi) Se permite el acceso de la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo.

(vii) Los archivos deben firmarse digitalmente contando con seguridad informática de los registros.

No obstante, la Corte también observa aspectos negativos, tales como:

(i) No se cumplió con el término de tres meses para expedir la regulación, dado que la resolución empezó a regir un año y ocho meses después.

(ii) Los documentos siguen siendo enviados en archivos planos con extensión txt, hecho que fue reprochado por esta Corporación en el auto 411 de 2015<sup>190</sup> en virtud a que no es posible leerlos fácilmente, sino a través de un *software* especial impidiendo de esta forma el acceso a los datos.

(iii) No existe un mecanismo de alarmas que se active ante registro de una negación de un servicio incluido en el plan de beneficios y notifique vía correo electrónico a la Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría General y la Fiscalía General.

---

<sup>182</sup> Como se evidencia en la página *web.sispro.gov.co* tabla de referencia *TipoIDAafiliadoRS.*, consultada el 17 de septiembre de 2018.

<sup>183</sup> *Web.sispro.gov.co* tabla de referencia “MedicamentosDCI”, consultado el 17 de septiembre de 2018.

<sup>184</sup> *Web.sispro.gov.co* tabla de referencia “CUPS”, consultado el 17 de septiembre de 2018.

<sup>185</sup> *Web.sispro.gov.co* tabla de referencia “DispositivosMédicos”, consultado el 17 de septiembre de 2018.

<sup>186</sup> *Web.sispro.gov.co* tabla de referencia “ProductosNutricionales”, consultado el 17 de septiembre de 2018.

<sup>187</sup> *Web.sispro.gov.co* tabla de referencia “RECServiciosEspecificosNoPos”, consultado el 17 de septiembre de 2018.

<sup>188</sup> *Web.sispro.gov.co* tabla de referencia “RECCodigoServicioNoFinanciado”, consultado el 17 de septiembre de 2018.

<sup>189</sup> Establece la Resolución que corresponde al diagnóstico principal, en caso de varias afecciones.

<sup>190</sup> En esa oportunidad señaló: “*la Corte considera evidente que los registros allí contenidos son confusos y de difícil entendimiento. Aunado a que no son cuantificables y cualificables sin un soporte informático, lo que implica que al no existir un software público que traduzca esos caracteres, se está impidiendo el acceso a la información e imposibilitando un mejor análisis por parte de los órganos destinatarios de los datos*”.

Conforme lo expuesto, la Sala Especial concluye que si bien la cartera de salud adoptó medidas respecto del régimen subsidiado al proferir las resoluciones 2064 de 2017 y 1486 de 2018, tendientes a establecer el procedimiento para el reporte de información de los servicios y tecnologías no autorizadas, persisten las falencias evidenciadas respecto del formato de envío de los registros y de la falta de un dispositivo de alerta. Además, en la actualidad no existe un reporte que pueda determinar los servicios que fueron autorizados y no han sido entregados o suministrados oportunamente, los cuales como se dijo anteriormente, constituyen una negación de servicios que en últimas afecta el acceso efectivo a las tecnologías en salud.

### *Régimen contributivo*

29. En cuanto a las medidas adoptadas referentes a la estructura del registro de los servicios negados en el régimen contributivo, el Ministerio señaló<sup>191</sup> que dio cumplimiento al auto 411 de 2015 y a la decisión décima novena mediante el aplicativo Mipres, que ha sido desarrollado y reglamentado a través de las resoluciones 1328 de 2016, 2158 de 2016, 3951 de 2016, 5884 de 2016, 532 de 2017 y 1885 de 2018 como se expone a continuación:

(i) *Resolución 1328 de 15 de abril de 2016.* Estableció un procedimiento para reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC, que debería ser efectuada por el médico tratante mediante un aplicativo que operaría por medio de la plataforma tecnológica del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO-, a través de usuario y contraseña solicitada previamente al Ministerio por los prestadores de servicios de salud. Esta norma regiría a partir del 1 de junio de 2016 y derogaría la Resolución 5395 de 2013, salvo lo previsto en el título II (referente al régimen subsidiado).

(ii) *Resolución 2158 de 2016.* Esta disposición modificó la fecha de exigibilidad de la Resolución 1328 de 2016, estableciendo que la misma entraría a regir a partir del 1 de septiembre de 2016.

(iii) *Resolución 3951 de 31 de agosto de 2016.* Al expedirse este acto administrativo no entró en vigencia la 1328 de 2016, plasmó que sus disposiciones serían exigibles desde el 1 de diciembre de 2016.

En el artículo 5° indicó que la prescripción de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el PBS con cargo a la UPC sería realizada por el profesional de la salud por intermedio del aplicativo que dispusiera el Ministerio, el cual operaría a través de la plataforma tecnológica del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO-. También dispuso que para poder ingresar al aplicativo de reporte de prescripción el médico debía obtener previamente un usuario y contraseña, que sería asignado por el Ministerio.

---

<sup>191</sup> En documento de 19 de diciembre de 2016. *Cfr.* AZ orden XIX-L, folios 5658 a 5676.

(iv) *Resolución 5884 de 30 de noviembre de 2016*. Dispuso que la implementación de la Resolución 3951 de 2016 se haría a partir del 1 de diciembre de 2016 en forma gradual y desde el 1 de marzo de 2017 todos los actores deberían adoptar las medidas en ella contenidas; por tal razón, los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el PBS con cargo a la UPC serían autorizadas por los Comités Técnicos Científicos hasta el 28 de febrero de 2017.

(v) *Resolución 532 de 2017*. Esta disposición modificó unos artículos<sup>192</sup> de la Resolución 3951 de 2016 y señaló<sup>193</sup> que cuando inconvenientes tecnológicos relacionados con la afiliación e identificación del usuario impidieran el acceso al aplicativo de registro<sup>194</sup>, el profesional de salud debería hacer la prescripción mediante el formulario que el Ministerio definiría para dicha eventualidad. Así mismo, estableció que en dicho caso la entidad responsable del usuario será la encargada de realizar la transcripción en el módulo del aplicativo dispuesto, en un término no mayor de veinticuatro horas contados a partir de la recepción de la copia del formulario<sup>195</sup>.

La resolución también determinó que las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Obligadas a Compensar deberán garantizar el suministro efectivo de medicamentos o servicios cubiertos o no con cargo a la UPC, e implementar los controles y mecanismos necesarios para evitar la duplicidad en la entrega. Además, dispuso que bajo ninguna circunstancia se podrá negar sin justa causa la dispensación de tecnologías en salud no cubiertas por la UPC, exigirse al usuario nuevas prescripciones o invalidar la efectuada por el profesional de la salud.

(vi) *Resolución 1885 de 2018*. Esta norma derogó<sup>196</sup> las resoluciones 5395 de 2013<sup>197</sup>, 3951, 5884, los artículos 5º y 6º de la 5928 de 2016 y 532 de 2017, y tiene por objeto establecer el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC.

La misma resolución dispuso que las órdenes de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, tiene que ser realizada por el médico tratante<sup>198</sup>, a través de la herramienta dispuesta para tal efecto por el Ministerio, la cual operaría mediante la plataforma SISPRO con diligenciamiento en línea.

Además la norma indicó que la prescripción efectuada a través de la herramienta debe contener la firma autógrafa del profesional o las medidas tecnológicas que determine el Ministerio y equivale a la orden médica.

---

<sup>192</sup> Artículos 4º, 9º, 10º, 14, 16, 19, 20,21, 23, 25, 26, 29, 30, 36 y 37.

<sup>193</sup> Artículo 6º.

<sup>194</sup> Reporte de la prescripción de servicios o tecnologías no cubiertas por el PBS.

<sup>195</sup> Artículo 7º.

<sup>196</sup> 10 de mayo de 2018.

<sup>197</sup> Salvo lo previsto en el título II el cual se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de tecnologías sin financiación con recursos de la UPC o servicios complementarios suministradas a los afiliados del régimen subsidiado.

<sup>198</sup> Quien debía hacer parte de la red definida por las EPS o EOC.

30. Con ocasión de la normatividad expedida por el MSPS algunos peritos constitucionales voluntarios<sup>199</sup> manifestaron lo siguiente:

a) La plataforma Mipres no permite identificar los servicios negados debido a que solo registra las prescripciones<sup>200</sup>.

b) La expedición de la Resolución 3951 de 2016 eliminó los CTC<sup>201</sup>.

Por su parte, la Defensoría del Pueblo<sup>202</sup> indicó que desde julio de 2017 no contaba con información de negaciones en salud en el régimen contributivo y de acuerdo a lo manifestado a ella por Minsalud, la plataforma Mipres solo puede prescribir servicios y tecnologías no cubiertas por el PBS por lo que no tenía conocimiento de servicios PBS negados.

Finalmente, el MSPS en escrito radicado el 19 de mayo de 2017<sup>203</sup> puntualizó de manera expresa que:

*“[...] el aplicativo MIPRES no se encuentra desarrollado bajo el marco de la orden 19, sino que es una herramienta de prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC-PBS-UPC,”* (Se resalta).

31. Ahora bien, al estudiar las resoluciones emitidas por el Ministerio, a simplemente vista se podría afirmar que debido a la adopción de tal normatividad y la creación del Mipres, se cumplió formalmente con lo ordenado en el auto 411 de 2015, específicamente las directrices contenidas en el numeral 10.1. de las consideraciones de tal providencia, toda vez que el registro se hace a través de ingreso web con usuario y contraseña.

Adicionalmente, se implementaron mecanismos para superar inconvenientes relacionados con el ingreso a la plataforma en caso de fallas tecnológicas, por lo que en ese aspecto en principio tendría razón Así Vamos en Salud al señalar que con la regulación del Mipres se optimizó la forma de realizar el registro.

Sin embargo, al efectuar un análisis profundo de las resoluciones 1328 de 2016, 2158 de 2016, 3951 de 2016, 5884 de 2016, 532 de 2017 y 1885 de 2018, así como de lo expuesto por los peritos CSR, Acemi y la Defensoría del Pueblo, observa la Sala que a través del Mipres, el médico tratante efectúa un reporte de la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, sin que este aplicativo sirva además para registrar las tecnologías<sup>204</sup> formuladas y negadas por las EPS, o deje trazabilidad de ello.

---

<sup>199</sup> Acemi, Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y por Una Reforma Estructural al Sistema de Salud.

<sup>200</sup> Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y por Una Reforma Estructural al Sistema de Salud.

<sup>201</sup> Acemi.

<sup>202</sup> 1º de agosto de 2018.

<sup>203</sup> Asunto “Oficio No. B-589/2017 Seguimiento a la sentencia T-760 DE 2008, denuncia ciudadana presentada por el señor Aníbal Rodríguez Guerrero. Expediente T—7.281.247. Acción de tutela instaurada por Luz Mary Osorio Palacio CONTRA Salud Colpatria y otros Rad. INT. 201742300813112”.

<sup>204</sup> PBS UPC, PBS no UPC y excluidas.



Por lo tanto, se colige que las medidas adoptadas por el MSPS no son conducentes para cumplir el objeto de la orden, esto es, identificar las tecnologías en salud prescritas por el médico tratante, solicitadas por los usuarios y negadas por las EPS.

De otro lado, al revisar la Resolución 1885 de 2018 se aprecia que la misma deroga la 5395 de 2013<sup>205</sup> y no la 1683 de 2015<sup>206</sup>, norma que a su vez perdió vigencia al expedirse la Resolución 2064 de 2017<sup>207</sup>.

32. Por lo anterior, en el régimen contributivo se observa el siguiente panorama:

a) La normatividad que regulaba el registro de servicios negados fue derogada por la Resolución 2064 de 2017 y no existe en la actualidad disposición al respecto.

b) El Mipres fue diseñado para prescribir servicios por parte del médico tratante y no para reportar negaciones.

33. Ante este escenario, el régimen contributivo carece de un registro de negaciones conforme a lo dispuesto en la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008 y en el auto 411 de 2015, situación que hace imposible determinar las tecnologías en salud no autorizadas por las EPS y las EOC, los motivos de la negación, así como iniciar las investigaciones e imponer sanciones a las entidades que en forma injustificada se abstraen de la obligación de suministro de servicios PBS financiados o no por la UPC, por lo tanto, se está desconociendo una decisión que tuvo como objetivo evitar la negación o la demora en la prestación de servicios médicos que se encontraban incluidos en el entonces POS, hoy PBS.

34. En consecuencia, la Sala requerirá al Ministerio para que emita una nueva normativa que regule el registro de negaciones<sup>208</sup>, en los regímenes contributivo y subsidiado, que permita generar información acerca de la negación de los servicios cubiertos por el plan de beneficios<sup>209</sup>, así como de aquellos que a pesar de haber sido autorizados no son suministrados en forma oportuna. Este instrumento, tendrá que arrojar datos precisos, claros y confiables; deberá ser alimentado mediante una plataforma de ingreso web, con usuario y contraseña privada.

### **Motivos de negación**

35. El auto 411 de 2015 ordenó rediseñar los motivos de negación NEG y NTR conforme lo expuesto en el acápite de los antecedentes<sup>210</sup>, por lo tanto se procederá evaluar el cumplimiento de esta directriz.

---

<sup>205</sup> Que tenía por objeto unificar el procedimiento de recobros.

<sup>206</sup> La cual regulaba el registro de negaciones.

<sup>207</sup> Resolución que regula el registro de negaciones en el régimen subsidiado.

<sup>208</sup> La cual además de atender los presupuestos establecidos en el numeral 10.1 de las consideraciones del auto 411 de 2015, debe estar consonancia con la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 y el actual plan de beneficios.

<sup>209</sup> Independientemente de si se encuentra catalogada como de protección individual o colectiva.

<sup>210</sup> Numeral 11.4, literal “b”.

36. En relación con el régimen contributivo, encuentra la Sala que si bien, antes de ser proferido el auto 411 de 2015 existía una normatividad que regulaba el reporte de servicios no autorizados por las EPS y determinaba unos motivos de negación, en la actualidad no ocurre lo mismo, toda vez que al haber sido derogada la Resolución 1683 de 2015, las causales de negación en ella señaladas también desaparecieron.

Lo anterior significa que la cartera de salud no implementó medidas tendientes a rediseñar los motivos de negación y en consecuencia incumplió el mandato contenido en auto 411 de 2015 con respecto al régimen contributivo.

37. En el régimen subsidiado la Corte observa que el MSPS expidió la Resolución 2064 de 2017 con el objeto establecer el instrumento para el registro de los servicios y tecnologías en salud no autorizados. Información que es reportada por las EPS a través del anexo técnico No. 1.

Ahora bien, al verificar lo relativo a los motivos de negación de servicios, la Sala advierte que dicho anexo remite a la página web.sispro.gov.co. que establece ocho razones para no tramitar la solicitud ante el CTC (NTR) así:

Tabla núm. 5.<sup>211</sup>

<b>Código</b>	<b>Motivo</b>	<b>Descripción</b>
1	El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC.	Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR).
2	Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definidas en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).	Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR).
3	Tiene tutela que cubre el servicio solicitado.	Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR).
4	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.	Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR).
5	Inconsistencias de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 <sup>212</sup>	Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR).

<sup>211</sup> Tabla de referencia RECMotivoNtrCTC en web.sispro.gov.co, última actualización 20/02/ 2019.

<sup>212</sup> El cual señala: “Procedimiento para la aprobación y desaprobación de la tecnología en salud NO POS. Para la aprobación o desaprobación de las tecnologías en salud NO POS, se seguirá el siguiente procedimiento: a) El médico tratante presentará por escrito al Comité Técnico-Científico (CTC) la (s) prescripción(es) u orden(es) médica(s) y su justificación, adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica del paciente y si es necesario, la

	Título II Resolución 5395 de 2013).	
6	Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 <sup>213</sup> Resolución 5395 de 2013).	Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR).
7	Fórmula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya.	Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR).
8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.	Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR).

En relación con los servicios o tecnologías en salud formuladas por el médico tratante y que hayan sido negados por el CTC, la página<sup>214</sup> señala las siguientes 12 causales:

Tabla núm. 6.<sup>215</sup>

Código	Motivo	Descripción
1	El servicio solicitado es cobertura del POS.	Motivo de negación por el CTC (NEG).
10	Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013).	Motivo de negación por el CTC (NEG).
11	Fórmula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las	Motivo de negación por el CTC (NEG).

*información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística, que sustenten su decisión.-En caso que la tecnología en salud NO POS cuya autorización se solicita se trate de un medicamento, el médico tratante lo solicitará en su denominación común internacional e indicará el o los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, incluyendo el nombre en denominación común internacional, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/ día y cantidades equivalentes al medicamento autorizado o negado.-Cuando la tecnología en salud NO POS se trate de procedimientos, el médico deberá utilizar la Codificación Única de Procedimientos (CUPS) tanto para la tecnología NO POS que prescribe, como para la tecnología incluida en el POS que la reemplaza o sustituye;-b) En los dos (2) días siguientes a la presentación de la o las prescripciones u órdenes médicas y justificación por el médico tratante, el Comité Técnico-Científico (CTC) deberá decidir sobre la petición presentada y registrar la decisión en la respectiva acta.-Si se requiere allegar información o documentación adicional, el Comité en la misma sesión la solicitará al médico tratante, quien deberá suministrarla dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud. Así mismo, si el Comité requiere conceptos adicionales al emitido por el médico tratante, los solicitará en la misma sesión a profesionales de la salud de la misma especialidad, que deberán allegarlos dentro del mismo término.”*

<sup>213</sup> “Parágrafo 1, El Comité Técnico Científico - CTC podrá autorizar tratamientos ambulatorios hasta por un máximo de tres (3) meses y si la respuesta al tratamiento es favorable, podrá determinar la periodicidad con la que se continuará autorizando la tecnología en salud NO POS, que en ningún caso será por tiempo indefinido, Parágrafo 2, Para el caso de pacientes con tratamientos crónicos a los cuales se les determine un tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de autorización podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año. Al término de este período, el Comité Técnico Científico deberá hacer la evaluación correspondiente y determinar la continuidad o no de la tecnología en salud NO POS.”

<sup>214</sup> web.sispro.gov.co.

<sup>215</sup> Tabla de referencia RECMotivoNegCTC en web.sispro.gov.co, última actualización 20/02/ 2019.

	normas que la modifiquen, adicionen o sustituya.	
12	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.	Motivo de negación por el CTC (NEG).
2	Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).	Motivo de negación por el CTC (NEG).
3	No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país.	Motivo de negación por el CTC (NEG).
4	La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	Motivo de negación por el CTC (NEG).
5	No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	Motivo de negación por el CTC (NEG).
6	No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	Motivo de negación por el CTC (NEG).
7	El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud.	Motivo de negación por el CTC (NEG).
8	Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.	Motivo de negación por el CTC (NEG).
9	Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013).	Motivo de negación por el CTC (NEG).

--	--	--

Al hacer un estudio de los motivos de negación introducidos por la Resolución 2064 de 2017, con su modificación<sup>216</sup>, se advierte que en lo referente a las razones de negación NTR este acto administrativo no incluyó las siguientes causales que sí estaban contenidas en la Resolución 1683 de 2015<sup>217</sup>:

Tabla núm. 7.

<b>Motivos de negación NTR: causales incluidas en la Resolución 1683 de 2015 y suprimidas por la 2064 de 2017</b>
El usuario presenta período de mora
El usuario se encuentra en periodo de urgencia <sup>218</sup> .
Traslado entre EPS
Cambio de régimen de seguridad social en salud.
La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada <sup>219</sup>

Sin embargo, introdujo unos nuevos motivos de negación, como los siguientes:

Tabla núm. 8.

<b>Motivos de negación NTR: causales no incluidas en la Resolución 1683 de 2015 e introducidas por la 2064 de 2017</b>
Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definidas en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).
Tiene tutela que cubre el servicio solicitado
Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”; (iv) Inconsistencias de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 <sup>220</sup> Título II Resolución 5395 de 2013)

<sup>216</sup> Resolución 1486 de 2018.

<sup>217</sup> Por la cual se adoptó registro de negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el Pos en la plataforma de intercambio de información (PISIS) del sistema integral de información de la protección social (Sispro), resolución que fue derogada por la 2064 de 2017.

<sup>218</sup> Corresponde al usuario que requiere de medicamentos, procedimientos, actividades, insumos y dispositivos médicos y cuenta con menos de cuatro semanas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<sup>219</sup> Usuarios con póliza de seguros y la cobertura de la misma no ha sido agotada en su totalidad.

<sup>220</sup> El cual señala: “Procedimiento para la aprobación y desaprobación de la tecnología en salud NO POS. Para la aprobación o desaprobación de las tecnologías en salud NO POS, se seguirá el siguiente procedimiento: a) El médico tratante presentará por escrito al Comité Técnico-Científico (CTC) la (s) prescripción(es) u orden(es) médica(s) y su justificación, adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica del paciente y si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística, que sustenten su decisión.-En caso que la tecnología en salud NO POS cuya autorización se solicita se trate de un medicamento, el médico tratante lo solicitará en su denominación común internacional e indicará el o los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, incluyendo el nombre en denominación común internacional, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/ día y cantidades equivalentes al medicamento autorizado o negado.-Cuando la tecnología en salud NO POS se trate de procedimientos, el médico deberá utilizar la Codificación Única de Procedimientos (CUPS) tanto para la tecnología NO POS que prescribe, como para la tecnología incluida en el POS que la reemplaza o sustituye;-b) En los dos (2) días siguientes a la presentación de

Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 <sup>221</sup> Resolución 5395 de 2013).
--

En cuanto a los servicios negados por el CTC eliminó las causales que se mencionan a continuación:

Tabla núm 9.

<b>Motivos de negación NEG: causales incluidas en la Resolución 1683 de 2015 y suprimidas por la 2064 de 2017</b>
La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.
Otros motivos

Y, adicionó las siguientes:

Tabla núm. 10.

<b>Motivos de negación NEG: causales no incluidas en la Resolución 1683 de 2015 e introducidas por la 2064 de 2017</b>
Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013).
Fórmula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya
Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan)
Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior
Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013)

De lo anterior se desprende que en el régimen subsidiado el Ministerio adoptó medidas tendientes al rediseño de los motivos de negación, toda vez que la

---

*la o las prescripciones u órdenes médicas y justificación por el médico tratante, el Comité Técnico-Científico (CTC) deberá decidir sobre la petición presentada y registrar la decisión en la respectiva acta.-Si se requiere allegar información o documentación adicional, el Comité en la misma sesión la solicitará al médico tratante, quien deberá suministrarla dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud. Así mismo, si el Comité requiere conceptos adicionales al emitido por el médico tratante, los solicitará en la misma sesión a profesionales de la salud de la misma especialidad, que deberán allegarlos dentro del mismo término.”*

<sup>221</sup> “Parágrafo 1, El Comité Técnico Científico - CTC podrá autorizar tratamientos ambulatorios hasta por un máximo de tres (3) meses y si la respuesta al tratamiento es favorable, podrá determinar la periodicidad con la que se continuará autorizando la tecnología en salud NO POS, que en ningún caso será por tiempo indefinido, Parágrafo 2, Para el caso de pacientes con tratamientos crónicos a los cuales se les determine un tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de autorización podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año. Al término de este período, el Comité Técnico Científico deberá hacer la evaluación correspondiente y determinar la continuidad o no de la tecnología en salud NO POS.”

resolución que contiene la nueva regulación del reporte de servicios negados, eliminó cinco causales contenidas en la norma anterior<sup>222</sup> y adicionó otras<sup>223</sup>.

38. Al estudiar la Resolución 2064 de 2017 la Sala encuentra modificaciones favorables referidas a los motivos de negación. La primera es la eliminación de la causal: “*cambio de régimen de seguridad social en salud*”, debido a que, tal como se señaló en el auto 411 de 2015<sup>224</sup>, desde el año 2012 la población cuenta con un plan de beneficios unificado por lo que no hay justificación para mantenerla. Además, si se observan los informes presentados por Minsalud con posterioridad al auto 411 de 2015 y antes de la expedición de la Resolución 2064 de 2017<sup>225</sup>, no existe evidencia de registros de casos reportados por parte de las EPS/EOC bajo la denominación “*F: Cambio de régimen de seguridad social en salud*”.

La segunda es la inclusión de nuevos motivos, toda vez que al revisar los reportes entre el cuarto trimestre del 2015 y tercer trimestre de 2016, la causal “*otros motivos*” ocupaba el primer lugar de las causas de negación tanto por NTR<sup>226</sup> y por NEG<sup>227</sup>, por lo que no era posible determinar en forma exacta y certera las razones por las cuales las EPS venían negando servicios, como se denota a continuación en los siguientes cuadros:

Tabla núm. 11.

<b>Concepto de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC régimen subsidiado)</b>		
<b>Modalidad</b>	<b>Periodo</b>	<b>% de la causal “<i>otros motivos</i>” en relación con las otras causas de negación establecidas para no tramitar la solicitud ante el CTC</b>
Otros Motivos	IV trimestre de 2015	89,80% (ocupa el primer lugar del <i>ranking</i> )
Otros Motivos	I trimestre de 2016	85,90% (ocupa el primer lugar del <i>ranking</i> )
Otros Motivos	II trimestre de 2016	86,16% (ocupa el primer lugar del <i>ranking</i> )
Otros Motivos	III trimestre de 2016	83,30% (ocupa el primer lugar del <i>ranking</i> )

Tabla núm. 12.

<b>Concepto de negación de servicios por NEG (Servicio ordenado por el médico tratante y negados por el CTC régimen subsidiado)</b>		
<b>Modalidad</b>	<b>Periodo</b>	<b>% de la causal “<i>otros motivos</i>” en relación con las otras causas de la negativa por parte del Comité Técnico Científico.</b>

<sup>222</sup> Ver tablas núm. 8 y 10.

<sup>223</sup> Ver tablas núm. 7 y 9.

<sup>224</sup> En el numeral 5.4.3.3. de las consideraciones del auto 411 de 2015.

<sup>225</sup> Informes desde el cuarto trimestre de 2015 al primero de 2017.

<sup>226</sup> Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC.

<sup>227</sup> Servicio ordenado por el médico tratante y negados por el CTC.

Otros Motivos	IV trimestre de 2015	32,35 % (ocupa el primer lugar del <i>ranking</i> )
Otros Motivos	I trimestre de 2016	33,98% (ocupa el primer lugar del <i>ranking</i> )
Otros Motivos	II trimestre de 2016	42,65% (ocupa el primer lugar del <i>ranking</i> )
Otros Motivos	III trimestre de 2016	35,14% (ocupa el primer lugar del <i>ranking</i> )

Por consiguiente, el Ministerio de Salud en el marco de la Resolución 1683 de 2015 emitió comunicado<sup>228</sup> del 5 de octubre de 2016 donde señaló que en atención al auto 411 de 2015<sup>229</sup> desagregó la causal “*otros motivos*” tomando en consideración la información diligenciada en los registros por las EPS y EOC y las discusiones sostenidas previamente con dichas entidades sobre este tema; además detalló en un anexo las nuevas causales, como se expone a continuación:

Tabla núm. 13.

<b>Razón para no haber tramitado la solicitud ante el CTC NTR (otros motivos)</b>	<b>Razón de negación por el CTC</b>
J: Tiene tutela que cubre el servicio solicitado.	W: Se encuentre en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.
K: Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.	X: Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, no externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).
M: Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013)	Y: Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013).
P: Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art.15 Ley 1751 de 2015,	

<sup>228</sup> Número 201631001853221 dirigido a las EPS y EOC en el que señaló expresamente que “*en cumplimiento a los lineamientos ordenados en el auto de la referencia (auto 411 de 2015) el Ministerio de Salud y Protección Social ha desagregado la causal, I. otros motivos, V. otros motivos y O. otros servicios con fundamento en información diligenciada previamente en los registros por las EPS y EOC, en discusiones sostenidas previamente con las EPS sobre el anexo de la referencia. Por lo anterior es necesario desagregar los campos mencionados del anexo técnico de la Resolución 1683 de 2015 según se detalla en el anexo adjunto, que comenzará a operar cuando la Oficina de Tecnología de la Información de este Ministerio haga la desagregación mencionada.*”. Visible en [www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/regimensubsubdiado/Paginas/sentencia-760-.aspx](http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/regimensubsubdiado/Paginas/sentencia-760-.aspx).

<sup>229</sup> El cual dispuso en el acápite 10.2: “*Motivos de negación: Rediseñar los motivos de negación NEG y NTR, cuyo ingreso es obligatorio, para que se incorporen junto a sus definiciones la mayoría d las causales que se puedan presentar en la atención en salud*”.



nota externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).	
Q: Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC que no se encuentran dentro de las causales de exclusión previstas en la Ley 1751 de 2015.	
S: Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013).	
T: Fórmula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya.	

Los motivos enunciados corresponden a los mismos que se encuentran en la Resolución 2064 de 2017, salvo el contenido en el literal Q “*Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC que no se encuentran dentro de las causales de exclusión previstas en la Ley 1751 de 2015*”, que no fue incluido.

Halla la Sala que al ampliar el número de motivos, previa concertación con las EPS, se reflejan las razones específicas de la negativa de servicios médicos y permite analizar con mayor precisión la información recaudada.

Sin embargo, llama la atención de la Sala que el Ministerio haya eliminado la causal “*otros motivos*”, pues si bien resultaba censurable que a pesar de ser residual ocupara el primer lugar de negación de servicios, no se puede desconocer que su supresión podría generar un problema para las EPS en aquellos casos en que el motivo de negación no se encuentre enlistado en el formulario, y es posible que ello conlleve a que no sean reportados o se hagan en forma inexacta. Adicionalmente, observa la Corte, que el auto 411 de 2015 ordenó la disminución del porcentaje de negaciones por esta causa, y no su eliminación.

39. Por otro lado, es preciso resaltar, que el auto 411 de 2015 reprochó que la Resolución 1683 de 2015 permitiera que el motivo por el cual el CTC había negado la prestación de los servicios fuera opcional, debido a que este es uno de los campos de obligatorio diligenciamiento. La Corte verificará si con la expedición de la nueva normatividad se superó esta problemática.

Sobre el particular observa la Sala, que en virtud de la Resolución 2064 de 2017 no era obligatorio diligenciar las casillas denominadas “*Motivo de negación por el CTC (NEG)*” y “*Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR)*”; sin embargo, la Resolución 1486 de 2018<sup>230</sup> las impuso como necesarias cuando en el campo “*concepto negación de servicios médicos*”<sup>231</sup> fueron seleccionados los motivos de negación.

<sup>230</sup> “Por la cual se modifican los artículos 4 y 5 y se sustituyen los anexos de la Resolución 2064 de 2017”.

<sup>231</sup> No. 25 del formulario.

En este orden de ideas, concluye la Corte, que a partir de la última regulación expedida es necesario señalar los motivos de la no autorización, tanto de NEG como de NTR, por lo tanto, la crítica realizada en el auto 411 de 2015 se encuentra superada.

40. Conforme lo expuesto, estima la Sala que en el régimen subsidiado se adoptaron medidas conducentes para mejorar la calidad de la información obtenida con el registro de negación de servicios, evidenciándose un progreso en este propósito, al incluirse nuevas causales que corresponden a las verdaderas razones por las cuales las EPS negaban el suministro de medicamentos y procedimientos a los usuarios-afiliados, igualmente al establecerse como obligatorio el diligenciamiento de los motivos de negación a partir de la Resolución 1486 de 2018.

No obstante, este Tribunal considera inadecuada, la eliminación de la categoría “*otro motivos*”, toda vez que desagregar los contenidos en los registros efectuados bajo esta causal, no impide que aún existan justificaciones que no se encuentran enlistadas en forma expresa en el formulario.

41. En virtud de lo expuesto, el Ministerio deberá incluir en el reporte la categoría “*otros motivos*”, estableciendo como obligatorio registrar la razón de la negación de la tecnología en salud. Así mismo, adecuar los motivos de negación al actual plan de beneficios y actualizarlos periódicamente, para lo cual efectuará un análisis previo de las causas más frecuentes señaladas por las entidades reportantes. Lo anterior también tendrá que estar contenido en el registro de negaciones que se expida para el régimen contributivo.

### **Disminuir el porcentaje de negaciones<sup>232</sup>**

42. En el auto 411 de 2015 la Sala ordenó al Ministerio de Salud disminuir el porcentaje de negaciones referente a las causales “*otros motivos*” y “*servicio es cobertura POS*”, estableciendo un tiempo límite para ello, que debía ser contado a partir de la entrada en vigencia del registro ordenado en dicha providencia.

<b>Motivo</b>	<b>Tiempo límite</b>	<b>Porcentaje máximo</b>
Otros motivos	1 año	10%
	2 años	5%
	3 años	2%
Servicio es cobertura del POS	1 año	0,001 % (1 en 1.000 casos)
	2 años	0,00%

Con el propósito de verificar el cumplimiento de este mandato se analizará la información allegada en los informes trimestrales presentados por el MSPS. Al respecto es preciso indicar que los peritos constitucionales voluntarios y los grupos de apoyo al seguimiento no se pronunciaron expresamente sobre este asunto.

<sup>232</sup> Reportadas bajo las causales “*otros motivos*” y “*servicio es cobertura del Pos*”.

43. En relación con la causal “*otros motivos*”, lo primero que encuentra la Sala es que el Ministerio no adoptó medidas para el acatamiento de la misma, respecto de ninguno de los dos regímenes.

En el régimen contributivo, tal como se ha venido exponiendo a lo largo de esta providencia, no se creó el registro de negaciones dispuesto en el auto de valoración 411 de 2015 y por el contrario, el MSPS derogó el anterior, lo que implica que no es posible verificar la disminución aludida al no existir tal reporte.

En cuanto al régimen subsidiado, si bien, el Ministerio, con posterioridad al auto 411 de 2015 adoptó un instrumento para el reporte de servicios negados<sup>233</sup>, eliminó la causal “*otros motivos*”, por lo que no es posible determinar la observancia de la meta, lo que lleva a la Sala a concluir que en el RS tampoco se acató el mandato.

44. Sobre la disminución de la causal “*servicios es cobertura del POS*” en el régimen subsidiado, observa este Tribunal que la Resolución 2064 de 2017 entró a regir el 12 de junio de la misma anualidad, por lo tanto, para el cumplimiento de la meta, a esa fecha en el año 2018, el porcentaje de negación de servicios incluidos en el plan de beneficios no podía ser mayor al 0,001%, es decir 1 en 1000 casos.

Es preciso señalar que para la valoración de este componente la Corte no se limitará a verificar el porcentaje establecido en el auto 411 de 2015, sino que revisará si se ha presentado una disminución en la negación de servicios incluidos en el plan de beneficios. Para ello tendrá en cuenta la información suministrada por el MSPS, correspondiente al periodo comprendido entre enero de 2016 y septiembre de 2018<sup>234</sup>, que se expone a continuación:

Tabla núm. 14

Concepto de negación de servicio: es cobertura PBS									
		Régimen Subsidiado				Régimen contributivo			
Año	Trimestre	No tramitado ante CTC	Negado por CTC	Total periodo	Total Año	No tramitado ante CTC	Negado por CTC	Total periodo	Total año
2016	I	556	1010	1566	5246	10709	9	10718	34.629
	II	263	744	1007		7554	15	7569	
	III	850	453	1303		9389	4	9393	
	IV	847	523 <sup>235</sup>	1370		6946	3	6949	
2017	I	739	2074	2813	458	5405	2	5407	5646
	II	286	306	592	5	237	3	240	

<sup>233</sup> Resolución 2064 de 2017 modificada por la Resolución 1486 de 2018.

<sup>234</sup> Último informe trimestral presentado.

<sup>235</sup> Información de la página web del Ministerio, debido a que este informe trimestral enviado por el Ministerio a la Corte estuvo incompleto.

	III	221	292	513		No se tiene registro	
	IV	386	281	667		No se tiene registro	
2018	I	552	433	985	2444	No se tiene registro	No se tiene registro
	II	421	349	770		No se tiene registro	
	III	447	242	689		No se tiene registro	

Tabla núm. 15.

Año	Servicios negados en el régimen subsidiado (NEG+NTR)	Negaciones de servicios PBS	% de servicios PBS negados
2016	70.052	5246	7,48%
2017	66.972	4585	6,84%
2018	57.719	2.444	4,23%

En lo relativo a la negación de servicios POS<sup>236</sup>, la información demuestra que en el régimen subsidiado se presentaron 5.246 casos durante el 2016, 4.585 en el 2017 y 2.444 hasta el tercer trimestre de 2018, igualmente el porcentaje de negación de servicios fue de 7,48% en el primero, 6,84% para el segundo y 4,23% en la fracción de 2018.

Al hacer una comparación con el año inmediatamente anterior, la Sala observa una disminución en las negaciones, así como en el porcentaje de las mismas; sin embargo, esta no es significativa frente el porcentaje máximo establecido en la providencia de valoración.

Adicionalmente, cabe destacar que en atención a los resultados de la medición de tutela en salud que realiza el Ministerio<sup>237</sup>, uno de los principales motivos de presentación de acciones de amparo durante los años 2016 y 2017 fue la solicitud de tratamiento y procedimientos que hacían parte del plan de beneficios como se denota a continuación:

Tabla numero 16

Medición de tutelas-Régimen subsidiado <sup>238</sup>			
Año	Total de solicitudes	Solicitudes referentes a	Posición en la medición de la categoría “servicios POS”

<sup>236</sup> Hoy PBS.

<sup>237</sup> Realizada por el Ministerio de Salud con ocasión de lo dispuesto en la orden trigésima de la sentencia T-760 de 2008.

<sup>238</sup> Datos extraídos de la medición de tutelas elaborada por el Ministerio con ocasión de la orden 30. Es preciso aclarar que este informe lo realiza la cartera de salud tomando una muestra representativa de las acciones de amparo presentadas durante el respectivo año, y los resultados de la se obtienen a partir del número de solicitudes contenidas en cada tutela y no de la cantidad de acciones interpuestas. En este sentido el Ministerio no solo hace conteo de los amparos, como tal, sino también de los motivos que dieron origen a este, como pueden ser: “atención integral”, “servicio de salud POS que no ha sido negado pero está demorado”, “servicio de salud no POS que fue aprobado pero está demorado”, entre otros.

	<b>presenta das</b>	<b>servicios POS</b>	
2015 239	3436	990 <sup>240</sup>	Primer lugar de catorce causas de tutela
2016 241	5562	1605 <sup>242</sup>	Segundo lugar de once causas de tutela
2017 243	3608	1442 <sup>244</sup>	Primer lugar de once causas de tutela.

45. En el régimen contributivo, al comparar los servicios negados POS en el 2016 y 2017 con el total de tecnologías en salud no autorizadas, se advierte que los porcentajes anuales se encontraban entre el 8,53% y 5,37% respectivamente.

Tabla núm. 17.

<b>Año</b>	<b>Servicios negados en el régimen contributivo (NEG+NTR)</b>	<b>Negaciones de servicios POS</b>	<b>% de servicios POS negados</b>
2016	405.565	34.626	8,53%
2017	104.966	5.646	5,37%

Además, en ese tiempo las acciones de tutela que pretendían la prestación de servicios POS ocuparon el primer lugar entre 17 motivos de solicitud. Lo expuesto se corrobora con los datos anotados en la siguiente tabla:

Tabla núm. 18.

<b>Medición de tutela- régimen contributivo<sup>245</sup></b>			
<b>Año</b>	<b>Total de solicitudes presentadas</b>	<b>Solicitudes referentes a servicios POS</b>	<b>Posición en la medición de la categoría “servicios POS”</b>

<sup>239</sup> Cfr. AZ Orden XXX-C, folios 996 a 1092. De conformidad con el reporte de medición de acciones de tutela efectuada para el año 2015 por el MSPS se examinaron 5046 expedientes, encontrándose 8418 solicitudes en los regímenes contributivo, subsidiado, especial y vinculado. Para el RS se presentaron 3436 causas.

<sup>240</sup> Esta fue el primer motivo de tutelas en salud en el régimen subsidiado seguida de solicitud de atención integral con 970 solicitudes.

<sup>241</sup> Cfr. AZ Orden XXX-C, folios 1230-1277. Para el año 2016 se revisaron 6299 tutelas, hallándose 11762 solicitudes en los regímenes contributivo, subsidiado y especial. Para el RS se verificaron 5562 motivos.

<sup>242</sup> Esta fue la segunda mayor solicitud de tutelas en este año, precedida por solicitud de atención integral que tuvo 1681 solicitudes, y el tercer mayor motivo de tutelas en el régimen subsidiado fue el referente a solicitud de servicios no POS que aunque fueron aprobados está demorado que tuvo un total de 695 casos.

<sup>243</sup> Cfr. AZ Orden XXX-C, folios 1279-1326. Para el 2017 la muestra fue de 7288 expedientes de tutela, que dieron lugar a 8047 solicitudes para los regímenes contributivo, especial, subsidiado, y vinculado. Para el RS hubo un total de 3608 causas.

<sup>244</sup> En este año, la solicitud de tutelas relacionadas a servicio POS ocupó el primer lugar en el régimen subsidiado, seguida de servicios de salud no POS que fue aprobado pero está demorado con 709 casos.

<sup>245</sup> Realizada por el Ministerio de Salud con ocasión de lo dispuesto en la orden trigésima de la sentencia T-760 de 2008. Se hace la misma aclaración efectuada para la medición de tutelas del régimen subsidiado.

2015 246	4462	1124 <sup>247</sup>	Segundo lugar de diecisiete causas de tutela
2016 248	5630	1648 <sup>249</sup>	Primer lugar de diecisiete causas de tutela
2017 250	3923	1.764 <sup>251</sup>	Primer lugar de diecisiete causas de tutela

46. En este orden de ideas, conforme a la muestra, en el régimen contributivo el reclamo por servicios POS desde el año 2016 ocupa la primera causa de acciones de tutela presentándose un retroceso en comparación con el año 2015, en el cual, era el segundo motivo.

Adicionalmente se reitera que en la actualidad el RC no cuenta con un registro de servicios negados, por lo que no es posible conocer las tecnologías no autorizadas a pesar de estar cubiertas por el plan de beneficios, para determinar el cumplimiento de la meta establecida en el auto 411 de 2015.

47. Así las cosas concluye la Sala que en relación con el mandato de disminuir tanto la causal “*otros motivos*” como “*servicio es cobertura POS*” el Ministerio de Salud no ha dado cumplimiento al mismo en ninguno de los dos regímenes.

Por lo anterior, se le ordenará que adopte las medidas necesarias para que se disminuya de manera significativa la causal “*otros motivos*”. Así mismo, y en atención a lo expuesto al estudiar el alcance de la orden<sup>252</sup>, deberá implementar las acciones conducentes para disminuir en forma notable tanto las negaciones expresas como las tácitas de tecnologías en salud PBS<sup>253</sup>.

### **Validación de datos del registro**

48. En el numeral 10.4 del auto 411 de 2015 se ordenó al Ministerio de Salud adelantar las actuaciones necesarias para que el porcentaje de registros validados alcance el 90% en el término 6 meses<sup>254</sup> y el 95% en un año.

49. El Ministerio en documento de 19 de diciembre de 2016 manifestó<sup>255</sup> que desde la implementación de la Resolución 1683 de 2015 estaba dando

<sup>246</sup> Cfr. AZ Orden XXX-C, folios 996 a 1092. Cabe la misma precisión realizada para el régimen subsidiado en este año en cuanto al número de expedientes tomados para la muestra.

<sup>247</sup> Este fue la segunda mayor solicitud de tutelas en este año, precedida por solicitud de atención integral que tuvo 1208 solicitudes, y el tercer mayor motivo de tutelas en el régimen contributivo fue el referente a solicitud de servicios de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser no POS que tuvo un total de 949 casos.

<sup>248</sup> Cfr. AZ Orden XXX-C, folios 1230-1277. Cabe la misma precisión realizada para el régimen subsidiado en este año en cuanto al número de expedientes tomados para la muestra.

<sup>249</sup> Este fue el primer motivo de tutelas en salud en el régimen contributivo seguida de solicitud de atención integral con 1641 solicitudes.

<sup>250</sup> Cfr. AZ Orden XXX-C, folios 1279-1326. Cabe la misma precisión realizada para el régimen subsidiado en este año en cuanto al número de expedientes tomados para la muestra.

<sup>251</sup> Este fue el primer motivo de tutelas en salud en el régimen contributivo seguida de solicitud de atención integral con 734 solicitudes.

<sup>252</sup> Numerales 18 y 19 del acápite de las consideraciones de esta providencia.

<sup>253</sup> Independientemente de su fuente de financiación.

<sup>254</sup> Contados a partir de la notificación del auto 411 de 2015.

<sup>255</sup> Cfr. AZ Orden XIX-L, folios 5663- 5664.

cumplimiento a lo dispuesto por la Corte, afirmación que sustentó en los reportes trimestrales elaborados.

Al consolidar la información de los datos validados en los diferentes trimestres se observa lo siguiente:

Tabla núm. 19.

<b>Marco de la Resolución 1683 de 2015 (régimen contributivo-régimen subsidiado)</b>			
<b>Periodo</b>	<b>Total de registro enviados</b>	<b>Total registro validados exitosamente</b>	<b>%Participación</b>
IV trimestre 2015	89.230	86.382	96.74 %
I trimestre 2016	111.132	108.203	97.36%
II trimestre 2016	134.100	106.925	79.73%
III trimestre 2016	137.629	135.426	98.40%
IV trimestre 2016	128.748	125.063	97.14%
I trimestre 2017	124.267	119.141	95.88%
II trimestre 2017	23.495	22.989	97.84%

Tabla núm. 20.

<b>Marco de la Resolución 2064 de 2017 (régimen subsidiado)</b>			
<b>Periodo</b>	<b>Total de registro enviados</b>	<b>Total registro validados exitosamente</b>	<b>%Participación</b>
III trimestre 2017	16.999	13.381	78.72%
IV trimestre 2017	17.526	16.427	93.73%
I trimestre 2018	21.911	18.995	86.69%
II trimestre 2018	24.609	21.763	88,44%
III trimestre 2018	22.323	16.961	75,98%

50. En relación con este punto Así Vamos en Salud expuso<sup>256</sup> que el Ministerio ha determinado un mecanismo de doble validación para verificar que la estructura de los datos corresponda con lo establecido en la normatividad y la calidad del contenido reportado.

51. Al analizar la información de las anteriores tablas, se observa que en el marco de la Resolución 1683 de 2015, en el segundo trimestre de 2016 se presentó una

<sup>256</sup> El 5 de febrero de 2018. Cfr. AZ Orden XIX-M, folio 5814.

disminución notable en la revisión de los datos, sin embargo, a partir del trimestre siguiente y hasta el segundo trimestre de 2017 se había superado la meta fijada en el auto 411 de 2015, toda vez que el porcentaje de validación era superior al 95% en el régimen contributivo y subsidiado.

Por lo anterior, en principio se podría decir que en relación con la directriz bajo estudio se presentaron avances; sin embargo, a partir del tercer trimestre de 2017, al no existir una normatividad que regule el registro de negaciones en el régimen contributivo, no es posible hacer la validación de datos, lo que significa el incumplimiento de la orden impartida en el auto 411 de 2015 y un retroceso debido a que en el segundo trimestre de 2017<sup>257</sup> la validación en este régimen había alcanzado un porcentaje de 97,84%, es decir, que superaba la meta establecida.

En cuanto al régimen subsidiado, observa la Sala que si bien, con posterioridad al auto 411 de 2015 se adoptaron medidas, al expedirse la Resolución 2064 de 2017, en lugar de obtener avances, presentó un retroceso en la validación de datos, toda vez que en el tercer trimestre de ese año el porcentaje solo alcanzó el 78,72%, que significó una disminución considerable en comparación con los cuatro trimestres anteriores en los cuales superaba el 95,0%.

52. Por consiguiente la Sala concluye que en el régimen contributivo al no existir un registro de negaciones, se ha dejado de efectuar la verificación de los datos registrados y en consecuencia incumplido el mandato relacionado con este asunto, impartido en el auto 411 de 2015.

Con respecto al régimen subsidiado, la Sala encuentra que si bien se expidió una nueva reglamentación para el registro, a partir del momento en que esta entró en vigencia no solo se disminuyó el porcentaje de revisión de datos, sino que en la actualidad no se está cumpliendo con el porcentaje dispuesto en el auto 411 de 2015, dado que el informe correspondiente al tercer trimestre de 2018 presentó como resultado la validación del 75,98% de los datos.

En atención a lo anterior, se ordenará al Ministerio de Salud que efectúe las actuaciones necesarias con el fin de que en el término de seis (6) meses el porcentaje de validación de datos supere el 95%, y este sea mantenido en el tiempo.

### **Garantizar que las EPS reporten los servicios negados al Ministerio de Salud y Protección social**

53. El auto 411 de 2015 consideró que no bastaba con que un gran número de EPS presentara los registros dentro del plazo establecido para ello, sino que era necesario que la totalidad de ellas lo hicieran, más aun atendiendo al tiempo transcurrido y al tipo de obligación impuesta, que estimó, no ofrece mayor dificultad para su acatamiento. De este modo, instó al rector de la política pública

---

<sup>257</sup> En vigencia de la Resolución 1683 de 2015.



para que adelantara acciones efectivas con el fin de lograr que la totalidad de las entidades obligadas a reportar lo hicieran<sup>258</sup>.

54. En relación con este asunto, la Sala observó que en los informes presentados trimestralmente, el Ministerio manifestó que había adoptado diferentes estrategias para lograr el reporte total de las EPS y EOC, entre las que enunció las siguientes:

(i) La Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones del Ministerio realizó mesas de trabajo con la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo para considerar estrategias con el fin de mejorar la oportunidad y calidad de los datos remitidos por las EPS, concluyendo que era indispensable crear un mecanismo para la recepción de la información cumpliendo con lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011<sup>259</sup> y sanciones por el no envío de la misma.

(ii) Expidió la Resolución 1683 de 2015 con el fin de que las EPS y las EOC remitieran los documentos a través de la plataforma PISIS del SISPRO, solucionando el problema de recepción y oportunidad de la entrega.

(iii) En el marco de la Resolución 1683 de 2015 puso a disposición de la Superintendencia de Salud y la Defensoría del Pueblo un acceso al FTP<sup>260</sup> del Ministerio donde reposa la documentación remitida por las EPS, con el fin de que las tres entidades tengan el mismo archivo y cantidad de registros.

(iv) Realizó capacitación a las EPS sobre el diligenciamiento del anexo técnico de la Resolución 1683 de 2015 y puso a disposición de ellas una mesa de ayuda con el fin de brindar el soporte necesario para el envío.

(v) En el informe trimestral enviado a los entes de control reportó las entidades que no cumplieron con la obligación de efectuar el registro de negaciones para que adoptaran las medidas de su competencia; y,

(vi) En el régimen subsidiado expidió la Resolución 2064 de 2017 en virtud de la cual el reporte se hace a través de la plataforma PISIS, del Sistema de Información SISPRO y brindó soporte , y asistencia técnica a las EPS través de una mesa ayuda.

55. En cuanto a la presentación del informe de negaciones por parte de las entidades obligadas, la cartera de salud allegó los datos que se consolidan a continuación:

Tabla núm. 21.

---

<sup>258</sup> En el numeral 10.3 de las consideraciones del auto 411 de 2015 le ordenó al MSPS establecer las causas de la reticencia de las EPS en la entrega de los registros de negaciones y adoptar medidas a corto plazo, para que en el término de seis meses se pudiera lograr que el 100% de las entidades habilitadas entregaran los datos correspondientes.

<sup>259</sup> Artículos 112, 113, 114 y 116 de la Ley 1438 de 2011.

<sup>260</sup> Corresponde a la sigla en inglés de Protocolo de Transferencia de Archivos.

Consolidado de entidades reportantes según cada informe trimestral presentado por el Ministerio de Salud con posterioridad al tercer trimestre de 2015								
Año	Trimestre	Me s	E.H. <sup>261</sup> RS	E.R <sup>262</sup> RS	E. no R. <sup>263</sup> RS	E.H. RC	E.R. RC	E. no R. RC
2015	IV	Oct.	32	27	5	16	16	0
		Nov	32	26	6	16	14	2
		Dic.	32	29	3	16	15	1
2016	I	Ene	31	24	7	15	15	0
		Feb.	31	27	4	15	13	2
		Mar	31	29	2	15	13	2
	II	Abr	31	28	3	15	14	1
		Ma.	31	28	3	15	14	1
		Jun.	31	28	3	15	14	1
	III	Jul.	31	31	0	15	15	0
		Ago	31	28	2	15	14	1
		Sep.	31	31	0	15	14	1
	IV	Oct.	31	28	3	15	15	0
		Nov	31	30	1	15	15	0
		Dic.	31	30	1	15	14	1
2017	I	Ene	32	25	7	16	11	5
		Feb.	32	27	5	16	15	1
		Mar	32	27	5	16	15	1
	II	Abr	32	29	3	16	15	1
		Ma.	32	31	1	16	15	1
		Jun.	32	30	2	16	14	2
	III	Jul.	41	37	4	En este periodo, no se ha enviado información pertinente al registro de negaciones, en virtud de la expedición de la Resolución 3951 de 2016.		
		Ago	41	36	5			
		Sep.	41	37	4			
	IV	Oct.	41	39	2			
		Nov	41	39	2			
		Dic.	41	36	5			
2018	I	Ene	41	39	2			
		Feb.	41	39	2			
		Ma.	41	37	4			
	II	Abr	41	37	4			

<sup>261</sup> Entidades habilitadas.

<sup>262</sup> Entidades reportantes.

<sup>263</sup> Entidades no reportantes.

	Ma.	41	37	4
	Jun.	41	39	2
III	Jul	40	38	2
	Ag	40	37	3
	Sep.	40	38	2

56. Teniendo en cuenta lo anterior, este Tribunal hizo un estudio de cada uno de los reportes presentados por la cartera de salud y evidenció los resultados consolidados en la siguiente tabla:

Tabla núm. 22.

Año	Trimestre	Mes	Porcentaje de reportes régimen subsidiado	Porcentaje de reportes régimen contributivo
2015	IV	Octubre	84,3 %	100%
		Noviembre	81,2 %	87,5 %
		Diciembre	90,6 %	93,7%
2016	I	Enero	77,4 %	100%
		Febrero	87,1 %	86,6%
		Marzo	93,5%	86,6%
	II	Abril	90,3%	93,3%
		Mayo	90,3%	93,3%
		Junio	90,3%	93,3%
	III	Julio	100 %	100%
		Agosto	90,3%	93,3%
		Septiembre	100%	93,3%
	IV	Octubre	90,3%	100%
		Noviembre	96,7%	100%
		Diciembre	96,7%	93,3%
2017	I	Enero	78,1%	68,7%
		Febrero	84,3%	93,7%
		Marzo	84,3%	93,7%
	II	Abril	90,6%	93,7%
		Mayo	96,8%	93,7%
		Junio	93,7%	87,5%
	III	Julio	90,2%	No se puede determinar porque a partir de la Resolución 3951 de 2016 no existe registro de negaciones.
		Agosto	87,8%	
		Septiembre	90,2%	
	IV	Octubre	95,1%	
		Noviembre	95,1%	
		Diciembre	87,8%	
2018	I	Enero	95,1%	
		Febrero	95,1%	
		Marzo	90,2%	
	II	Abril	90,2%	
		Mayo	90,2%	

	Junio	95,1%
III	Julio	95%
	Agosto	93%
	Septiembre	95%

En lo concerniente al régimen subsidiado en el periodo comprendido entre octubre de 2015 y septiembre de 2018, se constata que solo en los meses de julio y septiembre de 2016 el total de las entidades que debían presentar el registro de negaciones cumplieron con su obligación.

En lo relacionado con el régimen contributivo se observa que el Ministerio de Salud presentó informe respecto de servicios negados por partes de las EPS y EOC hasta el segundo trimestre de 2017. Al hacer una revisión de las negaciones reportadas hasta el periodo mencionado se observa que dichas entidades no acataron a cabalidad con tal obligación debido a que de 21 meses reportados solo en 5 de ellos se tuvo como porcentaje de cumplimiento el 100%.

57. En virtud de lo expuesto, la Sala Especial concluye que en la actualidad se repite el fenómeno detectado en el auto 411 de 2015, sin que sea posible apreciar un avance en la observancia de esta directriz, porque, si bien, se presenta un acatamiento por parte de más del 70% de las entidades habilitadas, también se advierte que hay EPS que no obedecen tal deber, situación que no ocurre de manera aislada o esporádica, si no que ha sido recurrente y reiterada en el tiempo.

A lo anterior se agrega que del acervo probatorio, no se evidencia que el Ministerio de Salud haya determinado las causas de la reticencia de las EPS de enviar el respectivo registro.

Sobre este particular, estima la Corte que las acciones tomadas por el Ministerio de Salud mencionadas en el numeral 54<sup>264</sup> no han sido suficientes para que las entidades cumplan con la obligación de efectuar en tiempo el reporte de negaciones, sin desconocer que implementó un mecanismo sistematizado a través de la plataforma Pisis del sistema Sispro; que a partir de la entrada en vigencia de la Resolución 2064 de 2017 ha sido más sencillo y menos demorado realizar el registro, en comparación con la base datos que se manejaba cuando estaba en vigencia la Resolución 1683 de 2015<sup>265</sup>, y que dispuso de una mesa de ayuda para las EPS.

Por las anteriores razones esta Corporación considera injustificado que a diez años de proferida la sentencia T-760 de 2008 todavía no exista cumplimiento total por parte de las EPS de la obligación de reportar los tratamientos y procedimientos

<sup>264</sup> (i) Mesas de trabajado realizadas por la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones del Ministerio; (ii) expedición de las resoluciones 1683 de 2015 y 2064 de 2017 con el fin de que las EPS remitan los documentos a través de la plataforma PISIS, del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO) solucionando el problema de recepción y oportunidad de la entrega; (iii) soporte y asistencia técnica a través de una mesa ayuda; (iv) reporte a los entes de control las entidades que no cumplieron con efectuar el registro de negaciones.

<sup>265</sup> Tal como lo señaló Acemi .Cfr. AZ orden XIX M, folio 5865.

negados, así como que no se hayan implementado estrategias efectivas y eficaces para lograr ese cometido.

Adicionalmente se evidencia un retroceso en el régimen contributivo, debido a que desde julio de 2017 las EPS no reportan las negaciones como consecuencia de la derogatoria de registro de servicios negados en el RC.

58. Por las razones expuestas se instará al Ministerio de Salud para que establezca las causas de la reticencia de la EPS y adopte medidas eficientes adicionales a las mencionadas en el numeral 54 de este acápite, con el fin de lograr en forma efectiva, que el 100 % de las entidades habilitadas, tanto del régimen subsidiado como del contributivo, realicen el reporte de negaciones. En los informes trimestrales deberá incluir las razones por las cuales las EPS no hacen el reporte e indicar mecanismos implementados para que lo hagan, y los resultados obtenidos con estos.

### **Reportar a la Procuraduría General, la Contraloría General, la Defensoría del Pueblo y la Corte Constitucional las tecnologías de salud negadas**

59. La Corte dispuso remitir a la Procuraduría General, la Contraloría General, la Defensoría del Pueblo y a este Tribunal, un informe que consolide los registros de negaciones<sup>266</sup> enviados por las entidades obligadas, dentro de los quince días hábiles siguientes a la terminación del respectivo trimestre. El documento debe contener las EPS que efectúan el respectivo registro; el total de negaciones del trimestre, discriminadas por régimen; los servicios de salud formulados por el médico tratante no autorizados por el CTC, o por la EPS sin haber sido enviados al comité; un análisis cualitativo y cuantitativo de las negaciones en el que se determine el aumento o disminución respecto del trimestre anterior y del mismo periodo en el año antecedente y; las soluciones tendientes a disminuir el número de tecnologías no autorizadas a los usuarios<sup>267</sup>.

Igualmente ordenó a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio reportar a estas entidades las actuaciones iniciadas con ocasión a los resultados de los registros de negación de servicios.

60. El Ministerio de Salud mediante escrito de 3 de agosto de 2018 manifestó que ha observado esta obligación y relacionó los números de radicados remitidos a la Procuraduría, Defensoría, Contraloría y a esta Corporación, no obstante en la información allegada no se aprecian las fechas de los oficios, ni el día de la entrega efectiva a las entidades destinatarias.

Sobre este asunto, el perito voluntario Así Vamos en Salud expresó<sup>268</sup> que a través de la Dirección de Operación del Aseguramiento en Salud, el Ministerio elaboró los reportes trimestrales con base en la estructura requerida por la Sala Especial

---

<sup>266</sup> (i) Los servicios ordenados por el médico tratante a sus usuarios, negados por las EPS y no tramitados ante el CTC; y, (ii) las tecnologías en salud ordenadas por el médico tratante y negadas por el CTC.

<sup>267</sup> Numerales (i) al (vi) del acápite 10.7 de las consideraciones del auto 411 de 2015.

<sup>268</sup> El 5 de febrero de 2018. Cfr. AZ Orden XIX, folio 5815.

de Seguimiento. Por su parte, la Defensoría del Pueblo<sup>269</sup> señaló que no se ha cumplido lo dispuesto en el numeral 10.13 de las consideraciones del auto 411 de 2015 referente a comunicarle a esa entidad trimestralmente “*las actuaciones iniciadas con ocasión de los resultados de los informes de negación de servicios.*”

61. Ahora bien, de la información allegada a la Sala Especial de Seguimiento, se observa que desde que fue proferido el auto 411 de 2015 el MSPS ha entregado los informes trimestrales hasta el tercer trimestre de 2018, en los que consolidó los registros efectuados por las EPS.

En los documentos remitidos desde el cuatro trimestre de 2015 hasta el segundo trimestre de 2017 halla esta Corporación que el Ministerio reportaba el número de entidades habilitadas tanto del régimen contributivo como del subsidiado y la cantidad de EPS que habían presentado el informe.

Igualmente, indicaba el total de servicios negados en el trimestre, clasificado por régimen y por el concepto de negación NEG y NTR, señalando el porcentaje de participación.

Del mismo modo, señalaba los conceptos de negación de servicios por NTR y por NEG, tanto del régimen subsidiado como del contributivo, expresando los motivos, el total y el porcentaje.

A lo anterior se agrega que realizó los análisis cualitativos y cuantitativos en donde puntualizaba la tendencia de aumento y disminución respecto de los trimestres anteriores y del mismo periodo de los años inmediatamente anteriores, tanto en el RC como en el RS. Sin embargo, los informes trimestrales presentados a partir del III periodo de 2017 solo contaban con la información del régimen subsidiado.

Por otro lado, evidencia este Tribunal que la cartera de salud no señaló las soluciones eficaces para disminuir la cantidad de tecnologías no autorizadas a los usuarios del sistema, ni tampoco hizo pronunciamiento sobre las actuaciones iniciadas en virtud de los resultados de los informes de negación de servicios.

62. Ahora bien, en relación con el término en que el Ministerio de Salud allegó los documentos respectivos a la Sala de Seguimiento, se observa que no cumplió con el plazo estipulado, esto es, presentarlos dentro de los quince (15) días hábiles a la terminación del respectivo trimestre, como se denota en el cuadro a continuación:

Tabla núm. 23.

<b>Envío de reportes trimestrales a la Corte Constitucional</b>					
<b>Periodo</b>	<b>Fecha en que debía entregars e el reporte</b>	<b>Fecha de radicado en la secretaría de la Corte</b>	<b>Periodo</b>	<b>Fecha en que debía entregars e el reporte</b>	<b>Fecha de radicado en la secretaría de la Corte</b>

<sup>269</sup> El 1 de agosto de 2018 Cfr. Orden XIX, AZ M, folio 5943.

IV trimestre 2015	25/01/2016	26/02/2016	II trimestre 2017	25/07/2017	25/08/2017
I trimestre 2016	21/04/2016	20/05/2016	III trimestre 2017	23/10/2017	23/11/2017
II trimestre 2016	21/07/2016	19/08/2016	IV trimestre 2017	23/01/2018	22/02/2018
III trimestre 2016	24/10/2016	23/11/2016	I trimestre 2018	20/04/2018	18/05/2018
IV trimestre 2016	23/01/2017	15/02/2017	II trimestre 2018	24/07/2018	21/08/2018
I trimestre 2017	25/04/2017	19/05/2017	III Trimestre de 2018	22/10/2018	14/12/2018

63. En lo atinente al envío de esta información a la Procuraduría, Contraloría y Defensoría no existe prueba dentro del expediente que demuestre que efectivamente a las entidades relacionadas se les entregó esta información. Toda vez que como se dijo en forma precedente, el Ministerio afirmó que remitió los reportes y suministró los radicados de los oficios a través de los cuales los envió, sin que exista evidencia de ello en el expediente.

64. En este orden de ideas y como quiera que no se ha dado cabal cumplimiento a esta directriz la Sala instará al Ministerio de Salud para que remita a la Procuraduría, la Contraloría, la Defensoría y a esta Corporación la información de registro servicios negados tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado bajo los parámetros establecidos en el acápite 10.7 de la parte considerativa del auto 411 de 2015; adicionalmente las constancias de entrega del referido informe a las demás entidades.

### **Publicar en diferentes medios de comunicación y la página web del Ministerio el reporte consolidado de servicios negados**

65. El auto 411 de 2015 dispuso que el Ministerio debe publicar los resultados del registro de negaciones en un lenguaje de fácil comprensión e indicar: (i) las EPS que no reportaron; (ii) las actuaciones correctivas iniciadas; (iii) los resultados de esas acciones; (iv) las 10 tecnologías en salud<sup>270</sup> más negadas durante el respectivo semestre<sup>271</sup> y, (v) la disminución o aumento de negaciones en cada periodo por EPS y por entidad territorial.

66. En relación con esta directriz el Ministerio de Salud<sup>272</sup> señaló que en su página web<sup>273</sup> puso a disposición de la ciudadanía y de los entes de control los informes trimestrales elaborados en el marco del auto 411 de 2015.

<sup>270</sup> POS y no POS.

<sup>271</sup> Con respecto a este punto indicó en caso de tecnologías no POS se debía justificar por qué éstas no estaban incluidas en el plan de beneficios y si lo eran tenían que señalar las sanciones impuestas a los aseguradores.

<sup>272</sup> Escrito de 19 de diciembre de 2016. Cfr. AZ XIX L, folio 5666.

<sup>273</sup> [www.minsalud.gov.co/proteccion-social/regimensubsubsidado/Paginas/sentencia-760-.aspx](http://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/regimensubsubsidado/Paginas/sentencia-760-.aspx)

67. Al analizar el cumplimiento de este mandato la Corte observa que el Ministerio ha publicado periódicamente en su página web<sup>274</sup> los registros de servicios negados correspondientes a los dos últimos trimestres de 2015, los cuatro trimestres de 2016 y 2017 y los tres primeros trimestres del 2018; y su contenido incluyen las entidades reportantes, el total de negaciones del periodo, los servicios no autorizados por la EPS, los negados por el CTC, el análisis cuantitativo y cualitativo de la información reportada, y el listado de entidades promotoras de salud que no allegaron la información respectiva. Sin embargo, en los informes en cuestión, no se indicaron las acciones correctivas iniciadas, así como tampoco los resultados de dichas actuaciones, a pesar de haber sido exigido en el auto de valoración.

Además se observa que desde el tercer trimestre de 2017 no se remite información relacionada con servicios negados en el régimen contributivo, tal como se expresó al analizar el cumplimiento de la directriz referente a presentación de los reportes a esta Corporación.

Finalmente, la Sala considera oportuno resaltar que las publicaciones en la página web aludida no se limitan a los informes de servicios negados, sino que dicho espacio también ha sido utilizado para poner a disposición la normatividad aplicable y un “Abece” sobre la misma. No obstante, es preciso señalar que para evitar confundir a los usuarios, la información que se publique debe permanecer actualizada con la normatividad vigente.

68. En consecuencia, se ordenará al ente ministerial que en cumplimiento de lo dispuesto en el auto 411 de 2015, en adelante incluya en el contenido de los informes que publica en la página web las acciones correctivas iniciadas y los resultados de dichas actuaciones, así como los servicios negados en el régimen contributivo.

### **Gestión de audiencia pública televisada**

69. En el numeral 10.9 de las consideraciones del auto 411 de 2015 esta Corporación ordenó al Ministerio de Salud que gestionara una audiencia pública televisada en un lugar establecido por los pacientes de alto costo, en la que los representantes legales de las EPS que habían incurrido en negaciones de servicios POS presentaron excusas públicas por dichas irregularidades.

70. La Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 2008 y por una Reforma Estructural al Sistema de Salud precisó<sup>275</sup> que no se cumplió con dicha exigencia toda vez que a la audiencia solo concurrieron dos EPS, sin que el Ministerio de Salud y la Superintendencia tomaran medidas adicionales. Por su parte, Acemi resaltó<sup>276</sup> que el Ministerio atendió los parámetros señalados por la Corte para realizar la audiencia pública televisada. Por su parte Así Vamos en Salud<sup>277</sup> expresó que a través de oficio de fecha 19/05/2016 el Ministerio de Salud

---

<sup>274</sup> Consultada el 6 de marzo de 2019.

<sup>275</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folio 5824.

<sup>276</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folio 5862.

<sup>277</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folio 5814.



comunicó que gestionó todo lo necesario para la realización de esta actividad, por lo que consideró que el MSPS acató la directriz.

71. Al hacer un estudio de las acciones adelantadas respecto de esta decisión es importante remitirse al oficio de 20 de mayo de 2016 proferido por el Ministerio de Salud<sup>278</sup> donde puntualizó que la audiencia pública televisada tuvo lugar el 29 de abril de 2016 a las 2: 00 pm en los estudios de RTVC en la ciudad de Bogotá, y que a ella asistieron 102 ciudadanos que formaban parte de las EPS, gremios de las EPS, asociaciones de pacientes, periodistas, entidades públicas. En dicha diligencia presentaron excusas públicas en vivo los representantes legales de Cafesalud, Comfacundi, Convida, Emdisalud, Caprecom, Saludvida, y 31 EPS lo hicieron en pregrabado.

En el escrito se anexó el video de la audiencia pública en el que se pudo observar que las EPS intervinieron<sup>279</sup> en orden teniendo en cuenta la proporción de las negaciones. Así, presentaron excusas en forma inicial las que en una alta escala incurrieron en negaciones de servicios seguidas por las que lo hicieron en menor medida<sup>280</sup>. En la audiencia algunos representantes legales se excusaron por la no prestación en forma oportuna de servicios POS, sin embargo, otros aprovecharon para justificarse y señalar que no vulneraron el derecho a la salud, sin que hubieren extendido las disculpas de acuerdo a lo ordenado.

Se avizoró que los representantes de los pacientes no estuvieron conformes con la forma como se excusaron las EPS, tal como se observa en la intervención de la Hna. María Inés Delgado de Pacientes Colombia que señaló:

*“las EPS que pidieron las excusas fueron muy pocas, esto se convirtió en un acto de alabanza a las EPS pero no un acto verdadero de querer reparar a los pacientes como nosotros lo considerábamos conveniente; (...) algo que nos llamó mucho la atención es que nadie vino convencido que había cometido un error, vinieron solamente a cumplir una orden de la Corte, (...), yo creo que no quedamos muy contentos con esta audiencia, puesto que no nos parece que vinieran alabarse a decir que no han negado servicios, cuando nosotros vemos en los pacientes de alto costo el sufrimiento (...) sinceramente nosotros no quedamos satisfechos de lo que se ha hecho el día de hoy”<sup>281</sup>,*

En el mismo sentido se pronunció Néstor Álvarez Lara representante de la Asociación de Pacientes de Alto Costo que expresó que en su parecer *“no todas las EPS cumplieron el mandato judicial de pedir excusas”* y agradeció *“el valor de aquellas de haber solicitado las excusas a los pacientes”*.<sup>282</sup>

<sup>278</sup> Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5230-5270.

<sup>279</sup> La mayoría a través de pregrabado salvo la EPS Convida, Caprecom, Cafesalud, Emdisalud, Saludvida.

<sup>280</sup> Primero intervino Coomeva quien reportó el mayor número de negaciones y después la Nueva EPS, Salud Total, Sanitas, Comparta EPS, Capital Salud EPS, Mutual ser EPS, Aliansalud EPS, Compensar, Cafam eps, Famisanar EPS, Cruz Blanca EPS, Comfacundi, Cajacopi, Mallamas, Comfama, Cafesalud Ecoopsos EPS, Comfaguajira, Asmeb salud Eps, Comfenalco Valle, Comfaboy EPS, Emssanar EPS, la EPS Convida, Colsubsidio, Capresocca, Comfacor, EPS Sura, Emdisalud, Caprecom en liquidación, Dusakawi EPS, Asociación Indígena del Cauca EPS, Savia Salud EPS, Saludvida, S.O.S. EPS, Comfamiliar Nariño y Coosalud EPS.

<sup>281</sup> Minuto 1:05:52 a 1:10:00.

<sup>282</sup> Minuto 1:13:07 a 1:15:59.

72. Teniendo en cuenta los elementos de juicio expuestos con anterioridad, lo primero que encuentra la Sala, es que el Ministerio adoptó medidas conducentes para llevar a cabo la audiencia respectiva, en la que se observa participaron las EPS que habían negado servicios incluidos en el plan de beneficios.

Sin embargo, al hacer un análisis del material probatorio allegado, estima que en relación con esta orden no se presentó un verdadero acto de excusas públicas, toda vez que, si bien, algunos de los representantes legales extendieron disculpas por negar servicios POS, otros utilizaron la oportunidad para justificarse y resaltar la bondades de las EPS a la cuales representan, evidenciándose un descontento por parte de los voceros de los pacientes.

### **Recuperación de los dineros pagados sin justa causa a las EPS que hayan negado servicios incluidos en el POS**

73. El auto 411 de 2015<sup>283</sup> señaló que *“se dispondrá que el Ejecutivo adopte las acciones pertinentes para: (...) ii) conseguir la devolución del dinero pagado sin justa causa, es decir, lo correspondiente a la prima pagada por usuario durante el mes en que haya sufrido esta barrera”*<sup>284</sup>, en el periodo comprendido entre abril de 2012 a marzo de 2015. Este mandato tuvo como fin, preservar el principio de moralidad administrativa, así como la ejecución en forma debida de los recursos públicos y desincentivar la negación de servicios POS, toda vez que en esa oportunidad la Sala verificó que en dicho periodo se negaron más de 50.000 solicitudes cuyas tecnologías en salud estaban incluidas en el POS<sup>285</sup>, lo que la llevó a considerar que si los dineros de la UPC no eran utilizados para sufragar los servicios POS, tendrían un destino incierto.

74. Al analizar la información allegada al expediente de seguimiento en relación con el cumplimiento de esta orden, encuentra la Sala que Así Vamos en Salud expresó que los informes allegados por el Ministerio no daban cuenta de procesos de devolución de dinero pagado sin justa causa a las EPS que hayan negado servicios incluidos en el POS; por su parte, la Contraloría General de manera taxativa manifestó que *“El MSPS no estableció los valores pagados a las EPS sin justa causa por los servicios POS Negados”*.

75. Sobre este particular, el Ministerio en oficio de 3 de agosto de 2018, es decir más de dos años después de proferido el auto de valoración, indicó que la directriz no había sido cumplida debido a la imposibilidad de determinar el costo individual de los servicios y tecnologías y, descontarlo a las EPS, afirmación que tuvo como fundamento el concepto técnico emitido por esa misma entidad en el que expresamente puntualizó:

---

<sup>283</sup> Numeral 8.3.5. y 10.5 de las consideraciones.

<sup>284</sup> Párrafo quinto del numeral 8.3.5. de las consideraciones del auto 411 de 2015.

<sup>285</sup> Cifra que se calificó como significativa y, sobre la cual consideró debían *“impactar en las decisiones del regulador que ha observado pasivamente cómo la proporción ha crecido año tras año”* (Numeral 8.3.5 de las consideraciones del auto 411 de 2015).

*“ (L)a unidad de Pago por Capitación (UPC) se reconoce por afiliado a cada una de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y responde a ajustadores de riesgo relacionados con la edad, el sexo y la ubicación geográfica del individuo (...).- El cálculo de esta prima se realiza con base en un pool de riesgo global sin ningún tipo de segmentación o diferenciación por tecnología o servicio, nivel atención, nivel de complejidad, entidad territorial o entidad aseguradora (...).- Dado lo anterior, esta información no permite determinar el costo individual de cada tecnología que hace parte del Plan de Beneficios con cargo a la UPC, como presupuesto para un posible descuento, máxime si se tiene en cuenta que el valor per cápita calculado no responde a la sumatoria valores de posibles tecnologías a demandar por cada usuario durante la vigencia, sino a un ejercicio de inferencia actuarial y estadística global de la siniestralidad de toda la población afiliada (...).”* (Se resalta).

76. En relación con este asunto, le asiste razón al rector de la política pública en salud al señalar que la UPC se reconoce a las EPS por cada afiliado y se calcula sobre un riesgo global, sin tener en cuenta ninguna diferenciación por tecnología, nivel de atención o complejidad; sin embargo, es preciso señalar que lo realmente ordenado, no fue el reintegro del valor pagado en la UPC por el servicio negado, si no la devolución del dinero correspondiente a la prima pagada por usuario durante el mes en que tuvo lugar la barrera.

Ahora bien, frente a los cuestionamientos sobre la posibilidad de calcular el valor a reintegrar, debe tenerse en cuenta que el artículo 182 de la Ley 100 de 1993 indica que: *“Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el plan de salud obligatorio para cada afiliado, el sistema general de seguridad social en salud reconocerá a cada entidad promotora de salud un valor per cápita, que se denominará unidad de pago por capitación, UPC.”*, prima esta cuyo valor es fijado anualmente por el Ministerio de Salud<sup>286</sup> y liquidado o compensado a cada EPS en periodos mensuales, en atención a lo dispuesto en los artículos 2.6.4.3.2.2.<sup>287</sup> y 2.6.4.3.1.1.1<sup>288</sup> del Decreto 780 de 2016 adicionados por el artículo 2º del Decreto 2265 de 2017.

---

<sup>286</sup> Numeral 34 del artículo 2 del Decreto-Ley 4107 de 2011, adicionado por el artículo 2º del Decreto 2562 de 2012.

<sup>287</sup> El cual se refiere al régimen subsidiado y señala: *“Liquidación Mensual de Afiliados (LMA). La LMA es el instrumento jurídico y técnico mediante el cual la ADRES reconoce mensualmente en forma proporcional la UPC-S por los afiliados al régimen subsidiado a cada entidad territorial y EPS, con base en la identificación y novedades de los beneficiarios del régimen que deben realizar las entidades territoriales conforme a las competencias legales, las fuentes de financiación y el valor de la UPC-S que determina el Ministerio de Salud y Protección Social.”*

<sup>288</sup> El mismo hace alusión al régimen contributivo y dispone que: *“Se entiende por compensación el proceso mediante el cual la ADRES determina y reconoce la Unidad de Pago por Capitación (UPC), los recursos para el pago de las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes y los recursos para financiar las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, de los afiliados al régimen contributivo conforme con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, por cada período al que pertenece el pago de la cotización recaudada y conciliada entre el mecanismo de recaudo y la base de datos de afiliación al SGSSS.*

*El resultado de la compensación será: i) el monto a apropiar por la EPS o EOC, ii) el valor a girar a la ADRES por parte de la EPS o EOC en el caso de superávit y iii) el valor a girar por la ADRES a la EPS o EOC, en el caso de déficit.”*

Cabe agregar, que la normatividad del SGSSS contempla varias disposiciones que consagran la posibilidad de la devolución del valor pagado por la UPC, entre las que se pueden mencionar el artículo 2.6.4.5.3<sup>289</sup> del Decreto 780 de 2016 adicionado por el artículo 2° del Decreto 2265 de 2017, relacionado con el reintegro de recursos por efecto de la afiliación múltiple; y el artículo 2.1.9.2<sup>290</sup> de mismo, el cual dispuso que las EPS no tendrán derecho a la UPC correspondiente a los periodos de mora cuando se niegue la prestación del servicio, pese a que el trabajador demostró el descuento de la cotización; y, finalmente, el artículo 2.1.8.5<sup>291</sup> ibídem, referente a la devolución de la UPC cuando la EPS hubiere realizado la compensación de un cotizante fallecido, entre otros.

Por estas razones reitera la Sala, que jurídica y materialmente es factible dar cumplimiento a la directriz impartida; por lo tanto, la desatención por parte del Ministerio no está fundada en razones válidas, sino en una interpretación errada de la decisión, como se pudo denotar en los párrafos anteriores.

Además, llama la atención de esta Corporación que los argumentos sobre la imposibilidad de acatar el mandato solo fueron expuestos en el mes de agosto del año anterior y no en los informes presentados con posterioridad a la expedición del auto 411 de 2015 en los cuales no se observa mención alguna sobre este asunto<sup>292</sup>, lo que a juicio de esta Sala representa la falta de disposición del rector de la política pública en Salud para dar cumplimiento a esta directriz.

Por lo expuesto la Corte concluye que este mandato fue desatendido por el Ministerio de Salud, sin justificación. En consecuencia, se le requerirá para que dé cumplimiento al mismo.

Ahora, si bien es cierto que la orden dada en el auto 411 de 2015, estaba circunscrita a las negaciones de servicios contenidas en los informes correspondientes al periodo de abril de 2012 a marzo de 2015, al analizar la reportada en el registro de la negación de tecnologías POS y PBS UPC, entre los años 2016 y 2018, la Sala evidencia que continua presentándose la situación que dio lugar a la misma respecto de un número considerable de medicamentos y procedimientos, como se evidencia a continuación:

#### Tabla núm. 24.

---

<sup>289</sup> El cual dispone *“En el evento que un afiliado a alguno de los regímenes exceptuados o especiales se haya afiliado simultáneamente a una Entidad Promotora de Salud -EPS, la ADRES deberá solicitar a la respectiva EPS el reintegro de los recursos que por concepto de UPC se le hubieren reconocido por dicho afiliado durante el tiempo de la afiliación múltiple, en los términos establecidos en el artículo 2.1.13.6 del presente Decreto.”*

<sup>290</sup> Artículo 72 del Decreto 2353 de 2015 compilado por el Decreto 780 de 2016, el cual reza: *“Cuando una EPS, a pesar de que el trabajador le haya acreditado que su empleador le practicó el descuento del aporte a salud, niegue la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios al trabajador cotizante y su núcleo familiar que se encuentre con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, no tendrá derecho a recibir las UPC correspondientes a los periodos de mora”*.

<sup>291</sup> Artículo 70 del Decreto 2353 de 2015 compilado por el Decreto 780 de 2016 el cual establece lo siguiente *“(…)- Cuando una entidad promotora de salud, EPS, haya compensado por un afiliado cotizante fallecido o su grupo familiar, deberá proceder a la devolución de las UPC así compensadas, en el período siguiente de compensación que corresponda a aquel en que se verificó la información sobre el fallecimiento”*.

<sup>292</sup> Como se observa en los informes trimestrales y especialmente el del 19 de diciembre de 2016 presentado por la cartera de salud alusivo al cumplimiento de la orden décima novena y del auto 411 de 2015.

<b>Año</b>	<b>Servicios POS y PBS UPC negados en el régimen subsidiado (NEG+NTR)</b>	<b>Servicios POS y PBS UPC negados en el régimen contributivos (NEG+NTR)</b>	<b>Total</b>
2016	5246	34.629	39.875
2017	4585	5646	10.231
2018	2444	No se tiene reporte	2444
			<b>52.550</b>

Frente a la cifra consolidada en el cuadro anterior, se denota que en algo menos de tres años las negaciones de servicios PBS han superado a las estudiadas en el auto 411 de 2015, con el agravante de que a partir del tercer trimestre de 2017 no se han presentado reportes en el RC.

Así las cosas, es necesario que las entidades gubernamentales implementen acciones al respecto y no continúen con una actitud permisiva y pasiva frente al panorama presentado, esto es, la negación de servicios POS y PBS cubiertos por la UPC<sup>293</sup>; lo anterior, teniendo en cuenta que el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015 dispone que los recursos públicos que financian la salud tienen destinación específica y no pueden ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

En este orden de ideas, tomando en consideración el fin del mandato de recuperación de dinero y los hechos evidenciados a raíz de los informes alegados durante los años 2016 a 2018, la Corte considera necesario que la orden impartida en el auto 411 de 2015 se extienda a todos los casos con posterioridad a abril de 2015 en los que se negaren servicios POS y PBS UPC, conforme a la información contenida en el registro de negaciones.

79. En consecuencia se requerirá al Ministerio de Salud para que obtenga la devolución del dinero correspondiente a la prima pagada por usuario, esto es, la UPC, correspondiente al mes en que haya sufrido la barrera en la prestación servicios POS en el periodo establecido en el auto 411 de 2015; así como también de aquellas negaciones de servicios POS o PBS financiadas por la UPC, de conformidad con la información contenida en el registro de negaciones a partir de abril de 2015. Los informes trimestrales enviados a esta Corporación deberán en adelante incluir las medidas adoptadas al respecto y los resultados obtenidos.

#### **Actuaciones efectuadas en relación con los reportes de servicios negados**

80. Al revisar los registros emitidos en el marco de la Resolución 2064 de 2017, se encontraron los siguientes datos relacionados con los motivos de negación NTR y NEG en el régimen subsidiado:

Tabla núm. 25.

<sup>293</sup> Situación que ocurre continuamente y se ha intensificado con en el transcurso de los años.

Motivo de Negación NTR	III Trimestre 2017		IV Trimestre 2017		I Trimestre 2018		II Trimestre 2018		III Trimestre 2018	
	Tot al grl	% part	Tot al grl	% part	Tot al grl	% part	Tot al grl	% Part	Tot al grl	% part
El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC.	221	8,80 %	386	10,08 %	552	13,24 %	552	13,24 %	447	10,80 %
Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definidas en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).	194	7,73 %	380	9,92 %	226	5,42 %	226	5,42 %	226	5,46 %
Tiene tutela que cubre el servicio solicitado.	20	0,80 %	95	2,48 %	212	5,09 %	212	5,09 %	187	4,52 %
Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.	2	0,08 %	3	0,08 %	2	0,05 %	2	0,05 %	-	-
Inconsistencias de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013).	787	31,35 %	131	34,21 %	1.473	35,34 %	1.473	35,34 %	139	33,74 %
Servicio duplicado y/o ya tramitado (art. 9 Parágrafo 1 y 2 Resolución 5395 de 2013).	251	10,00 %	423	11,04 %	544	13,05 %	544	13,05 %	567	13,70 %

Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya.	334	13,31 %	546	14,25 %	738	17,71 %	738	17,71 %	931	22,49 %
La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.	701	27,93 %	687	17,93 %	421	10,10 %	421	10,10 %	383	9,25 %

Tabla núm. 26.

Motivo de Negación NEG	III Trimestre 2017		IV Trimestre 2017		I Trimestre 2018		II Trimestre 2018		III Trimestre 2018	
	Tot al Grl	% part	Tot al grl	% part	Tot al grl	% part	Tot al grl	% Part	Tot al grl	% Part
El servicio solicitado es cobertura del POS.	292	2,69 %	281	2,23 %	433	2,92 %	443	2,92 %	242	1,89 %
Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).	1.141	10,50 %	1.106	8,78 %	2049	13,82 %	2.049	13,82 %	1402	10,94 %
No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país.	915	8,42 %	1.140	9,05 %	1136	7,66 %	1.136	7,66 %	1576	12,29 %
La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe	1.745	16,05 %	2.122	16,85 %	1.947	13,13 %	1.947	13,13 %	2149	16,76 %

descripción de agotamiento de alternativas POS.											
No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	1.1 13	10, 24 %	1.78 9	14, 20 %	2.26 5	15, 28 %	2.26 5	15, 28 %	2.69 5	21, 02 %	
No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	1.2 43	11, 43 %	1.26 2	10, 02 %	977	6,5 9 %	977	6,5 9 %	764	5,9 6 %	
El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud.	329	3,0 3 %	418	3,3 2 %	270	1,8 2 %	270	1,8 2 %	371	2,8 9 %	
Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.	114	1,0 5 %	98	0,7 8 %	93	0,6 3 %	93	0,6 3 %	90	0,7 0 %	
Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013).	1.8 79	17, 28 %	2.58 9	20, 55 %	2.88 1	19, 43 %	2.88 1	19, 43 %	2.15 2	16, 78 %	
Servicio duplicado y/o ya tramitado (art 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013).	847	7,7 9 %	761	6,0 4 %	875	5,9 0 %	875	5,9 0 %	513	4,0 0 %	
Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya.	1.1 75	10, 81 %	1.03 0	8,1 8 %	1.89 6	12, 79 %	1.89 6	12, 79 %	851	6,6 4 %	



La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.	5	0,0 5 %	En este periodo no se registró este motivo de negación	5	0,0 3 %	5	0,0 3 %	16	0,1 2 %
Sin registro.	73	0,6 7 %	En estos periodos no se registró estos motivos de negación.						

81. En relación con el concepto de negación de servicios ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC se observa que la causal *“Inconsistencias de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013)”*, es la primera razón de negación de servicios por NTR cuyos porcentajes en relación con los demás motivos oscilan entre el 31,35% y 35,34%, siendo la segunda *“Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016<sup>294</sup> y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya”* con un porcentaje que fluctúa entre el 13,31% y 17,71%.

82. Al estudiar estas causales se halla que el mayor motivo de negación obedece a temas administrativos y de soportes, sin que se avizore ninguna actuación por parte del Ministerio de Salud tendiente a reducirla, dado que las mismas no obedecen necesariamente al hecho de que el paciente no tenga derecho al servicio o tecnología de salud, sino al lleno de requisitos formales, que por lo general escapan al usuario.

83. Ahora bien, es preciso indicar que la labor del Ministerio no debe estar limitada a recibir datos, sino que como responsable de la política pública, le corresponde tomar medidas conducentes para garantizar un acceso efectivo de los derechos de la salud de los usuarios; razón por la cual al no evidenciarse acciones tendientes a superar las barreras administrativas, la Sala concluye que ha sido pasivo frente a los resultados de la medición de servicios denegados.

84. En este orden de ideas, como quiera que la finalidad de contar con un registro de negación de servicios es conocer por qué las EPS no están suministrando las

<sup>294</sup> El artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 señala: *“La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los siguientes datos cuando estos apliquen: 1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica. 2. Lugar y fecha de la prescripción. 3. Nombre del paciente y documento de identificación. 4. Número de la historia clínica. 5. Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro). 6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). 7. Concentración y forma farmacéutica. 8. Vía de administración. 9. Dosis y frecuencia de administración. 10. Período de duración del tratamiento. 11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras. 12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor. 13. Vigencia de la prescripción. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.”*

tecnologías prescritas por el médico tratante, y que con base en esa información se adopten las medidas adecuadas con el fin de evitar la vulneración de los derechos a los pacientes, considera la Sala que el Ministerio no está dando cumplimiento a lo dispuesto en la providencia de valoración de 2015.

### *Superintendencia Nacional de Salud*

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

86. Sobre este asunto, Así Vamos en Salud señaló que en el informe presentado en octubre de 2017 la Superintendencia relacionó tanto las investigaciones realizadas como los procesos sancionatorios adelantados en el periodo comprendido de enero de 2016 a junio de 2017. Igualmente indicó que efectuó investigaciones contra EPS por la negación de servicios e incumplimiento de reportar tales tecnologías.

Por su parte Acemi expresó que en virtud de las visitas anuales efectuadas por la Superintendencia Nacional de Salud en la cual audita el cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008 se verifica el cumplimiento de las órdenes impartidas a esta entidad.

87. Es importante resaltar que la Supersalud ha presentado escritos con los que pretende demostrar que está cumpliendo con lo ordenado en el auto 411 de 2015<sup>295</sup>. Sin embargo, al analizar cada uno de los documentos se percata la Sala que los mismos hacen alusión a las investigaciones realizadas por la negación de servicios, pero no dan cuenta de diligencias iniciadas con respecto a las EPS que no presentaron los reportes o no lo han hecho oportunamente.

Además, existe prueba de varias entidades que desatendieron de manera sistemática la obligación referenciada, sin que de la documentación presentada por la Superintendencia de Nacional de Salud<sup>296</sup> se pueda deducir la iniciación de procesos sancionatorios o investigaciones por este motivo, estando obligada a ello<sup>297</sup>.

---

<sup>295</sup> 25 de enero de 2016 (Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5050-5056), 26 de octubre de 2017 (Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5785-5811), 19 de febrero de 2018 (Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5828- 5848) y 8 de agosto de 2018 (Cfr. AZ auto transversal)

<sup>296</sup> 25 de enero de 2016 (Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5050-5056), 26 de octubre de 2017 (Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5785-5811), 19 de febrero de 2018 (Cfr. AZ Orden XIX-M, folios 5828- 5848) y 8 de agosto de 2018.

<sup>297</sup> El artículo 116 de la Ley 1438 de 2011 contempla la posibilidad de imponer sanciones por la no provisión de información, toda vez que señala: “Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios), serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación. En el caso de los entes

88. Por consiguiente, la Corte estima necesario que la Superintendencia reporte trimestralmente las acciones adoptadas frente a las EPS que omiten la obligación de remitir los registros de los servicios negados, así como las que adelante a aquellas que nieguen o dilaten el suministro de tecnologías en salud cubiertas por el PBS.

#### *A otras autoridades*

89. Como precisó la Sala<sup>298</sup>, en el auto 411 de 2015 se ordenó trasladar a la Fiscalía, la Procuraduría y la Contraloría, los registros remitidos por el Ministerio<sup>299</sup> y la Superintendencia<sup>300</sup>, con el fin de que aquellas entidades, conforme a sus competencias, iniciaran las investigaciones correspondientes<sup>301</sup>. Y allegaran un informe sobre las mismas dentro del mes siguiente al recibo de la comunicación.

En atención a esta directriz, advierte la Corte lo siguiente:

(i) La Fiscalía mediante documento de 22 de octubre de 2015 acotó que la investigación le correspondió a la Fiscalía 201 seccional, adscrita a la Unidad de Delitos contra la Administración Pública, sin embargo en su respuesta, ni en documento posterior se pronunció acerca del estado de las pesquisas por presuntas conductas punibles en las que hayan podido incurrir los representantes legales de las aseguradoras como consecuencia de la negación de servicios POS.

(ii) La Contraloría radicó oficio el 9 de octubre de 2015 manifestando que dispuso efectuar una actuación especial para el cumplimiento de la orden, no obstante, esta entidad no ha señalado si se investigó el presunto detrimento patrimonial sufrido con ocasión del pago de la UPC a EPS que negaron servicios incluidos en el POS, los costos incurridos en la Rama Judicial como consecuencia de la interposición de acciones de tutela tendientes a obtener la prestación de servicios incluidos en plan de beneficios; así como tampoco, el estado de las investigaciones.

(iii) Por su parte la Procuraduría el 4 de noviembre de 2015 precisó que recibió los documentos correspondientes; sin embargo, no se informó a la Sala sobre la iniciación de actuaciones por presuntas infracciones disciplinarias ni el estado de las mismas.

---

*territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia.”; el numeral 10.14 del acápite de las consideraciones del auto 411 de 2015 ordenó a la Superintendencia iniciar las diligencias correspondientes contra las EPS que no han reportado o no lo han hecho oportunamente, igualmente que aplicara las sanciones previstas en la Ley 1438 de 2011.*

<sup>298</sup> En el numeral 11 de los antecedentes del presente auto.

<sup>299</sup> Desde el segundo trimestre de 2012 a 2015.

<sup>300</sup> De 15 de enero de 2010 y 5 de mayo de 2014.

<sup>301</sup> Debiendo la Fiscalía y Procuraduría “indagar sobre posibles infracciones penales, disciplinarias y/o fiscales en que hayan podido incurrir los representantes legales de las aseguradoras que han negado servicios POS”. (Párrafo 2º, núm. 1018 de las consideraciones del auto 411 de 2015). Y la Contraloría iniciar “las indagaciones o los procesos de responsabilidad fiscal pertinentes en los que se investigue el presunto detrimento patrimonial sufrido a causa de: i) el pago de la UPC a entidades promotoras de salud que negaron servicios incluidos en el POS a sus usuarios y; ii) los costos incurridos en la Rama Judicial como consecuencia de la serie de acciones de tutela interpuestas para reclamar prestaciones cubiertas por el plan de beneficios”.

Conforme lo expuesto, si bien está demostrado que a las entidades mencionadas se les efectuó el respectivo traslado, también lo es que no hay prueba dentro del expediente acerca de si estos organismos adoptaron medidas dirigidas a iniciar investigaciones por la negación de servicios POS. Por lo tanto al no existir evidencia de la adopción de medidas al respecto se tiene por incumplida esta orden.

90. Por lo anterior, se requerirá a la Fiscalía, la Contraloría y la Procuraduría para que remitan un informe pormenorizado acerca de las indagaciones realizadas y las sanciones impuestas en virtud de la orden impartida en el auto 411 de 2015.

### **Valoración de la orden décima novena**

91. Respecto al cumplimiento de la directriz décima novena encontró la Sala que luego de proferido el auto 411 de 2015 el Ministerio de salud adoptó medidas tendientes a dar cumplimiento a sus disposiciones en el régimen subsidiado, a través de la expedición de las resoluciones 2064 de 2017 y 1486 de 2018, que tenían como propósito establecer el procedimiento para el reporte de información de los servicios y tecnologías no autorizadas; sin embargo, al analizarlas, y evaluar sus resultados se observa que el registro creado presenta falencias en el formato diseñado para remitir los reportes, y la inexistencia de un sistema de alerta. Además, en la actualidad no hay una herramienta que permita determinar los servicios que fueron autorizados y no han sido suministrados.

Por otro lado, la Sala Especial evidenció que el Ministerio de Salud no adoptó medidas tendientes a la creación de un registro de negaciones en el régimen contributivo, desconociendo lo dispuesto en el auto 411 de 2015, y por el contrario eliminó el que existía, motivo por el cual desde hace más de un año no se tiene información de los servicios no autorizados en este régimen.

En este orden de ideas, sorprende a la Sala que existiendo un mandato vigente emitido en la sentencia T-760 de 2008 y un auto de valoración que calificó esa orden como baja, el Ministerio desconozca el mismo, bajo el argumento, que en la actualidad no existen negaciones de servicios en este régimen, cuando las acciones de tutela y lo expresado por entidades como la Defensoría del Pueblo dan cuenta de lo contrario.

92. En lo que respecta a la redefinición de las causales de negación contenidas en el reporte, avizora la Corte, que en el régimen subsidiado se agregaron nuevos motivos de negación que corresponden a las verdaderas razones por las que las EPS niegan el suministro de medicamentos y procedimientos a sus pacientes, lo que permite mayor precisión en la información del registro. No obstante, la Sala considera inconveniente la eliminación de la causal “*otros motivos*” conforme a lo expuesto en los numerales 38 y 40 de las consideraciones de la presente providencia.

93. En relación con la obligación de disminuir las causales “*otros motivos*” y “servicio es cobertura Pos”<sup>302</sup>, encuentra la Sala que con respecto a la primera, en la actualidad no es posible realizar la medición toda vez que en el régimen subsidiado fue suprimida esta opción y en el contributivo no existe registro.

En lo atinente a la causal el “servicio es cobertura Pos”<sup>303</sup>, si bien en el RS se expidió la nueva resolución y se tienen los datos relativos a la negación de esas tecnologías, no se cumplió con la meta establecida en el auto 411 de 2015, dado que al término de un año de expedida la normatividad no se llegó al 0,01%. Adicionalmente, concluye la Sala al no existir un registro de servicios negados en el régimen contributivo, tampoco se adoptaron acciones tendientes a disminuirlas.

A lo anterior se debe agregar, que en ambos regímenes se evidenció que las acciones de tutela para acceder a los servicios incluidos en el plan de beneficios sigue siendo una de las primeras razones para su interposición<sup>304</sup>.

94. En lo atinente a la entrega de reportes este Tribunal verificó un retroceso en el régimen contributivo, toda vez que desde julio de 2017 las EPS no reportan negaciones; en lo que respecta con el régimen subsidiado, se observó que a pesar del tiempo transcurrido desde la expedición de la sentencia, aún no se cuenta con la información del 100% de las entidades habilitadas, debido a que varias de estas no cumplen con su obligación de reportar; situación frente a la cual el Ministerio no ha implementado estrategias efectivas y eficaces para obtener la totalidad de los datos.

95. Frente a la remisión de información la Sala evidenció que el Ministerio consolidó los reportes de registros negados atendiendo los parámetros dispuestos en el auto 411 de 2015; empero, concluyó que el rector de la política pública en salud no adoptó medidas efectivas para disminuir los servicios no autorizados por las EPS. Por otra parte halló la Corte que no se ha cumplido con el término establecido para enviar los reportes.

96. En relación con la publicación del reporte consolidado de servicios negados en los diferentes medios de comunicación y la página web del Ministerio, si bien en esta última se encuentran los informes trimestrales, en ellos no se indicaron las acciones correctivas iniciadas, así como tampoco los resultados de dichas actuaciones.

97. En cuanto a la validación de datos la Sala observó que al no existir un registro en el régimen contributivo a partir del tercer trimestre de 2017 no se cumple con esta obligación, y en el régimen subsidiado, con posterioridad a la entrada en vigencia de la Resolución 2064 de 2017 se disminuyó el porcentaje de revisión de datos, que a la fecha se encuentra en 75,98%, incumpliendo de esta forma la meta establecida en el auto 411 de 2015.

---

<sup>302</sup> Hoy PBS.

<sup>303</sup> Ib.

<sup>304</sup> Tal como se indicó en los numerales 44 y 45 de las consideraciones del presente auto.

98. Sobre la recuperación de dineros se evidenció que el Ministerio no acató esa directriz, aduciendo como fundamento la imposibilidad de hacerlo, como consecuencia de una interpretación errada de la orden, frente a lo cual la Sala no encuentra justificación, debido a que este mandato es jurídico y materialmente posible de cumplir.

99. Por lo expuesto, la Corte concluye que en lugar de avanzar en el propósito de identificar los principales motivos por los cuales las diferentes EPS niegan los servicios y tecnologías en salud y en virtud de ello adoptar las medidas necesarias para disminuir las no autorizaciones, se evidencia un retroceso respecto del régimen contributivo, al haberse eliminado el registro y de esta forma el control que este generaba en las EPS.

Por consiguiente, al no existir el reporte de negaciones se le dificulta a los organismos de control hacer las investigaciones e impartir las sanciones contra las entidades que no autoricen o dilaten el suministro de tecnologías en salud; igualmente, al no contar con esta información tampoco se pueden tomar las medidas necesarias, efectivas y eficientes para que los usuarios del sistema accedan en forma oportuna a los servicios; se desconoce en forma flagrante la directriz décima novena de la sentencia T-760 de 2008 y su finalidad<sup>305</sup>.

100. Por otra parte cabe resaltar, que si bien la cartera de salud profirió un nuevo registro de negaciones para el régimen subsidiado, adoptando diferentes medidas tendientes a cumplir las órdenes impartidas en el auto 411 de 2015, la Corte sigue evidenciando negación y demora en la entrega de servicios incluidos en el plan de beneficios, sin que, como se dijo con anterioridad, el Ministerio haya implementado acciones eficaces para solucionar esta problemática, por consiguiente, si bien se han adoptado medidas conducentes, no existen avances reales que permitan la superación de la falla estructural que dio lugar a emitir la orden décimo novena.

101. Conforme a lo anterior, la Corte considera que en relación con la orden décima novena de la sentencia T- 760 de 2008 persiste el **nivel de cumplimiento bajo**.

### **Directrices a impartir**

102. Teniendo en cuenta el nivel de cumplimiento declarado respecto de la orden bajo estudio y, con el propósito de avanzar en su superación, se impartirán las siguientes órdenes:

#### *103.1 Ministerio de Salud y Protección Social*

(i) Emitir en el término máximo de dos meses una nueva normativa que regule el registro de negaciones<sup>306</sup>, en los regímenes contributivo y subsidiado, que permita

---

<sup>305</sup> Evitar que se rechace o demore la prestación de los servicios médicos que se encontraban incluidos en el entonces Pos, hoy PBS.

<sup>306</sup> La cual además de atender los presupuestos establecidos en el numeral 10.1 de las consideraciones del auto 411 de 2015, debe estar consonancia con la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 y el actual plan de beneficios.

generar información acerca de la negación de los servicios cubiertos por el plan de beneficios<sup>307</sup>, así como de aquellos que a pesar de haber sido autorizados no son suministrados en forma oportuna. Este instrumento tendrá que arrojar datos precisos, claros y confiables; deberá ser alimentado mediante una plataforma de ingreso web, con usuario y contraseña privada y entrar en funcionamiento en un término máximo de tres meses contados a partir de la expedición de la normatividad.

El nuevo reporte deberá incluir la causal “*otros motivos*”, y establecer como obligatorio el registro del fundamento de la no autorización. Así mismo, adecuar los motivos de negación al nuevo plan de beneficios y actualizarlos periódicamente, con base en el análisis previo de las razones más frecuentes señaladas por las entidades reportantes.

Con el propósito de contar nuevamente con la información de los servicios negados en el régimen contributivo<sup>308</sup> y, hasta tanto no entre en vigencia la regulación a la que hacen referencia los dos párrafos anteriores, de manera provisional e inmediata se aplicará al mismo la reglamentación del registro contenida en la Resolución 2064 de 2017, modificada por la 1486 de 2018.

(ii) Adoptar las medidas necesarias para disminuir en forma considerable el porcentaje de negaciones y dilaciones correspondientes a las siguientes causales hasta la consecución de los indicadores de resultado que se señalan a continuación:

Tabla 27

<b>Motivo</b>	<b>Tiempo límite<sup>309</sup></b>	<b>Porcentaje máximo</b>
Otros motivos	1 año	10 %
	2 años	5%
	3 años	2 %
Servicio es PBS (PBS UPC y PBS no UPC)	1 año	0,001 % (1 en 1.000 casos)
	2 años	0,00 %

(iii) Efectuar las actuaciones necesarias con el fin que en el término de seis (6) meses el porcentaje de validación de datos supere el 95%, y este sea mantenido en el tiempo.

(iv) Establecer las causas de la reticencia de la EPS que dan lugar a la no presentación del reporte y adoptar medidas eficientes, con el fin de lograr en forma efectiva, que el 100 % de las entidades habilitadas, tanto del régimen subsidiado como del contributivo, remitan la información sobre los servicios negados y no prestados en forma oportuna. En los informes trimestrales deberá incluir las razones por las cuales las EPS no hacen el reporte, indicar mecanismos implementados para que lo hagan, y los resultados obtenidos con estos.

<sup>307</sup> Independientemente de si se encuentra catalogado como de protección individual o colectiva.

<sup>308</sup> Con fundamento en lo expuesto en los numerales 33, 34, 46 y 99 de la parte considerativa de esta providencia.

<sup>309</sup> Contados a partir del nuevo registro de negaciones.

(v) Remitir a la Procuraduría, la Contraloría, la Defensoría y a esta Corporación la información de registro servicios negados y no prestados en forma oportuna en los regímenes contributivos subsidiado bajo los parámetros establecidos en el acápite 10.7 de la parte considerativa del auto 411 de 2015 y en el presente auto. Adicionalmente las constancias de entrega del referido informe a las demás entidades, deberán ser allegadas a la Sala Especial dentro de los 5 días siguientes a ella.

(vi) Incluir en el contenido de los informes que publica en la página web las acciones correctivas iniciadas tendientes a disminuir el número de tecnologías no autorizadas a los usuarios y los resultados de dichas actuaciones.

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

(viii) Con base en los resultados del análisis de los reportes de servicios, procedimientos y medicamentos negados y/o no prestados oportunamente adoptar acciones y medidas conducentes tendientes a desestimular la negación y demora en la prestación de tecnologías en salud incluidas en el PBS.

### 103.2 *Superintendencia Nacional de Salud*

(i) Informar las acciones adoptadas hasta el momento en relación con las EPS que desde el tercer trimestre de 2015 omitieron la obligación de reportar servicios negados.

(ii) Informar trimestralmente las acciones adoptadas frente a las EPS que omitan la obligación de reportar los servicios negados, así como las adelantadas a aquellas que niegan o dilatan el suministro de tecnologías en salud cubiertas por el PBS.

### 103.3 *Otras autoridades*

La Fiscalía General de la Nación, la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República presentarán un reporte en el que indiquen el estado actual de las investigaciones iniciadas en virtud de lo ordenado en los numerales noveno y décimo de la parte resolutive del auto 411 de 2015; lo anterior en el término máximo de un mes contado a partir del día siguiente a la notificación de la presente providencia<sup>310</sup>.

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

---

<sup>310</sup> Con fundamento en los numerales 89 y 90 de las consideraciones de esta providencia.



### III. RESUELVE

**PRIMERO.** Declarar el nivel de **cumplimiento bajo** de la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008, por los motivos expuestos en la parte considerativa de esta providencia.

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

a. Emita dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del presente auto, una nueva normativa que regule el registro de negaciones<sup>311</sup> en los regímenes contributivo y subsidiado, la cual permita generar información acerca de la negación de los servicios cubiertos por el plan de beneficios<sup>312</sup>, así como de aquellos que a pesar de haber sido autorizados no son suministrados en forma oportuna. Este instrumento tendrá que arrojar datos precisos, claros y confiables; deberá ser alimentado mediante una plataforma de ingreso web, con usuario y contraseña privada y entrar en funcionamiento en un término máximo de tres meses contados a partir de la expedición de la normatividad.

El nuevo reporte deberá incluir la causal “*otros motivos*”, y establecer como obligatorio el registro del fundamento de la no autorización. Así mismo, adecuar los motivos de negación al actual plan de beneficios y actualizarlos periódicamente, con base en el análisis previo de las razones más frecuentes señaladas por las entidades reportantes.

b. Aplique de manera provisional e inmediata, al régimen contributivo, la reglamentación del registro contenida en la Resolución 2064 de 2017, modificada por la 1486 de 2018, hasta tanto no entre en vigencia la regulación a la que hace referencia el numeral anterior.

c. Adopte las medidas necesarias para disminuir en forma considerable el porcentaje de negaciones y dilaciones correspondientes a las causales “*otros motivos*” y servicios PBS independientemente de su forma de financiación en los términos establecidos en el numeral (ii) del 103.1 de las consideraciones de esta providencia.

d. Efectúe las actuaciones necesarias con el fin que en el término de seis (6) meses el porcentaje de validación de datos supere el 95%, y este sea mantenido en el tiempo.

e. Establezca las causas de la reticencia de la EPS que dan lugar a la no presentación del reporte y adoptar medidas eficientes, con el fin de lograr en forma efectiva, que el 100 % de las entidades habilitadas, tanto del régimen subsidiado como del contributivo, remitan la información sobre los servicios negados y no prestados en forma oportuna. En los informes trimestrales deberá incluir las

---

<sup>311</sup> La cual además de atender los presupuestos establecidos en el numeral 10.1 de las consideraciones del auto 411 de 2015, debe estar consonancia con la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 y el actual plan de beneficios.

<sup>312</sup> Independientemente de si se encuentra catalogada como de protección individual o colectiva.

razones por las cuales las EPS no hacen el reporte, indicar mecanismos implementados para que lo hagan, y los resultados obtenidos con estos.

f. Remita a la Procuraduría, la Contraloría, la Defensoría y a esta Corporación, la información de registro servicios negados en los regímenes contributivo y subsidiado, bajo los parámetros establecidos en el acápite 10.7 de la parte considerativa del auto 411 de 2015 y en el presente auto. Adicionalmente allegar a esta corporación las constancias de entrega del referido informe a las demás entidades, dentro de los 5 días siguientes a ésta.

g. Incluya en el contenido de los informes que publica en la página web las acciones correctivas iniciadas tendientes a disminuir el número de tecnologías no autorizadas a los usuarios y los resultados de dichas actuaciones.

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

i. Adopte acciones y medidas conducentes tendientes a desestimular la negación y demora en la prestación de tecnologías en salud incluidas en el PBS.

**TERCERO.** Ordenar a la Superintendencia Nacional de Salud que:

a. Informe dentro de los siguientes treinta (30) días de comunicado el presente auto las acciones adoptadas en relación con las EPS que desde el tercer trimestre de 2015 han omitido la obligación de reportar servicios negados.

b. Informe trimestralmente las acciones adoptadas frente a las EPS que omitan la obligación de reportar los servicios negados, así como las adelantadas a aquellas que niegan o dilatan el suministro de tecnologías en salud cubiertas por el PBS. El primer informe deberá ser presentado dentro de los 15 días hábiles siguientes a la finalización del primer trimestre transcurrido con posterioridad a la comunicación del presente auto.

**CUARTO.** Solicitar a la Fiscalía General de la Nación, la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República que presenten un informe en el que indiquen el estado actual de las investigaciones iniciadas en virtud de lo ordenado en los numerales noveno y décimo de la parte resolutive del auto 411 de 2015 y las sanciones impuestas según el caso, en el término máximo de un mes contado a partir de la comunicación de esta providencia.

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

Notifíquese, publíquese y cúmplase.

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS  
Magistrado Ponente

ALEJANDRO LINARES CANTILLO  
Magistrado  
*Con salvamento parcial de voto*

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO  
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ  
Secretaria General