

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



## CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

### AUTO

**Referencia:** Seguimiento al cumplimiento de la orden vigésima tercera de la Sentencia T-760 de 2008.

Asunto: Recaudo de material probatorio.

**Magistrado Sustanciador:**  
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D. C., cinco (5) de junio de dos mil trece (2013).

El suscrito Magistrado, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, dicta el presente auto, con base en los siguientes

### I. ANTECEDENTES

1. En la Sentencia T-760 de 2008 se profirieron una serie de decisiones dirigidas a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de que adoptaran las medidas necesarias para corregir las fallas de regulación identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados en dicha providencia.

2. Del estudio de tales asuntos, se evidenciaron diversos problemas generales que contextualizan, identifican y concretan las fallas que dan origen al conjunto de mandatos de naturaleza o tendencia correctiva. Particularmente, respecto al ordinal vigésimo tercero, la Corte dispuso:

*“Vigésimo tercero.- Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente tanto los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud (contributivo o subsidiado), diferente a un medicamento, como los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando estas sean ordenados por el médico tratante.*”

*Hasta tanto éste trámite interno de las EPS no sea regulado de manera definitiva, se ordena al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud –y mientras este es creado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud– que adopten las medidas necesarias para garantizar que se ordene a las entidades promotoras de salud, EPS, extender las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de la entidad la aprobación de un medicamento no incluido en el POS, a las solicitudes de aprobación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, distintos a medicamentos, tales como actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando éstos sean ordenados por el médico tratante, teniendo en cuenta los parámetros fijados por la Corte Constitucional. Esta orden deberá ser cumplida dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la presente sentencia. (...)*

3. El 28 de agosto de 2008, el Ministerio de Salud y Protección Social (antes Ministerio de la Protección Social) allegó copia de la Resolución 3099 del mismo año, a través de la cual reglamentó los Comités Técnico–Científicos -CTC- y estableció el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga- por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, autorizados por el CTC y por fallos de tutela. Indicó además, que con la expedición de dicho acto administrativo dio cumplimiento al ordinal vigésimo tercero de la sentencia.

4. El 13 de marzo de 2009, el citado Ministerio envió informe de cumplimiento del ordinal vigésimo tercero, en el que manifestó que con anterioridad a la notificación de la Sentencia T-760 de 2008 había proferido la Resolución 3099 de 2008, en la que se reguló el tema analizado en la orden mencionada, con el propósito de permitir recobros al FOSYGA con ocasión de prestaciones aprobadas por el CTC, distintas a medicamentos.

Igualmente, precisó que se presentó un incremento de los casos analizados a través de CTC, respecto de los fallos de tutela en los cuales no se dio trámite ante el mencionado organismo y señaló la necesidad de encontrar mecanismos más adecuados para regular el trámite que debe adelantar el médico tratante ante la EPS respecto de las solicitudes de prestaciones no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS-.

5. El 13 de julio de 2009, la Sala requirió a la Comisión de Regulación en Salud-CRES- o al Consejo de Seguridad Social en Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud para que relacionaran las gestiones que hasta ese momento habían adelantado para efectuar el cumplimiento de la orden vigésima tercera, indicando por lo menos, qué infraestructura humana, organizativa y de material habían dispuesto para el efecto, con el objetivo de evaluar y garantizar el cumplimiento de la misma orden.

6. El 31 de julio de 2009, el Ministerio de Salud y la Comisión de Regulación en Salud informaron que la CRES no disponía de infraestructura humana, ni de material alguno para el ejercicio de sus competencias; así mismo manifestaron

que en consideración al tiempo transcurrido entre la entrada en funcionamiento (4 de junio de 2009<sup>1</sup>) y la fecha del requerimiento de la Sala, (13 de julio del mismo año), no era posible valorar ni informar acerca del progreso y los resultados del ordinal vigésimo tercero.

7. El 8 de junio de 2010, la Sala profirió el Auto 106 a través del cual ordenó a los Comités Técnico Científicos de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Defensoría del pueblo y al Ministerio de Salud y Protección Social que resolvieran una serie de interrogantes orientados a: *i)* contar con información más precisa sobre el funcionamiento de dichos Comités, *ii)* conocer las gestiones gubernamentales de inspección, vigilancia y control sobre éstos y *iii)* identificar las actuaciones de las mencionadas entidades estatales respecto del cumplimiento de la orden vigésima tercera.

7.1. El 7 de julio de 2010, el Ministerio de la Protección Social remitió la Resolución 548 de 2010<sup>2</sup>.

7.2. Por su parte, el 15 de julio de 2010, la Superintendencia Nacional de Salud expresó que las EPS existentes en Colombia son 81, de las cuales 22 integran el Régimen Contributivo, 12 el Régimen Subsidiado, 21 las Cajas de Compensación Familiar, 2 las EPS adaptadas, 8 las Empresas Solidarias, 6 las EPS indígenas y 10 los Regímenes Especiales. Especificó además que para verificar el correcto funcionamiento de los Comités Técnico Científicos del país, requirió a las mencionadas entidades información en la cual definieran y establecieran los mecanismos que permitieran la evaluación de calidad de los CTC.

7.3. En ese sentido, las EPS del Régimen Contributivo<sup>3</sup> indicaron que las medidas adoptadas no han sido suficientemente efectivas y eficaces dado que las mismas implican un cambio cultural y logístico en todos los actores del sistema. Así mismo, precisaron que las solicitudes negadas tienen como causa, por ejemplo tratándose de *“medicamentos y/o servicios médicos y prestaciones de salud, ser prescritas sin haberse agotado las posibilidades técnicas, tecnológicas y manuales y guías adoptados en el SGSSS, y no existir riesgo inminente para la vida y salud del paciente.”*

---

<sup>1</sup> Resolución 4805 de 2009 *“Por la cual se modifica el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, Subcuentas de Compensación, Solidaridad y ECAT, vigencia fiscal 2009”*.

<sup>2</sup> Con este acto administrativo se reglamentaron los Comités Técnico-Científicos, se estableció el procedimiento de radicación, reconocimiento y pago de recobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga– y se dictaron otras disposiciones aplicables durante el período de transición de que trata el artículo 19 del Decreto Legislativo 128 de 2010, que fue declarado inexecutable mediante la Sentencia C-258 de 2010.

<sup>3</sup> Las EPS del régimen contributivo que respondieron al Auto 106 del 8 de junio de 2010 fueron: Golden Group EPS, Compensar EPS, EPS Sanitas, Salud Vida EPS, Coomeva EPS, Red Salud EPS, Nueva EPS, Salud Cóndor EPS, EPS Servicio Occidental de Salud S.O.S. S.A, Famisanar EPS, Fondo de Pasivo Social Ferrocarriles de Colombia, EPS Comfenalco Antioquia y Valle del Cauca, Colsubsidio, Aliansalud EPS, Salud Total, Seguro Social, Salud Vida EPS, Humanavivir S.A. EPS, Cruz Blanca EPS, Saludcoop EPS y Cafesalud EPS.

7.4. Por su parte, las EPS del Régimen Subsidiado<sup>4</sup> manifestaron que las medidas adoptadas en razón de la orden en comento, no han sido efectivas, ya que no existe un listado de insumos y dispositivos médicos que permita identificar con claridad la cobertura, ni las sanciones por el incorrecto diligenciamiento de la información requerida para el trámite por el Comité Técnico Científico.

7.5. Igualmente, las EPS indígenas<sup>5</sup>, indicaron que las acciones adelantadas en cumplimiento de la sentencia no son totalmente eficientes, toda vez que no se han previsto claramente las fuentes que financiaran los costos.

7.6. En su respuesta, las EPS prepagadas<sup>6</sup>, precisaron que el CTC es el mecanismo con el que cuentan los usuarios del Plan Obligatorio de Salud para acceder a los servicios médicos que no hacen parte de dicho plan, en tal sentido, las prestaciones ordenadas con ocasión de una acción de tutela fallada en contra de las citadas compañías son con cargo al respectivo contrato sin que haya la posibilidad de su recobro al Fosyga. Por ello, puntualizó, que las mencionadas entidades tienen entre sus finalidades autorizar servicios médicos no cubiertos por el POS.

8. El 19 de enero de 2011, fue proferida la Ley 1438, que en su artículo 27<sup>7</sup> estableció que la Superintendencia Nacional de Salud tendrá una Junta Técnico Científica de Pares-JTCP-, para emitir concepto sobre la prestación ordenada por médico tratante no prevista en el Plan de Beneficios, negada o aceptada por el CTC de la Entidad Promotora de Salud. Dicha figura debería ser conformada en un plazo no mayor a seis (6) meses.

9. Aunado a lo anterior, dicho precepto fue modificado por el artículo 116 del Decreto Ley 019 de 2012, en el sentido de que el suministro de servicios No POS, requeridos con necesidad y ordenados por el médico tratante, deberá ser

---

<sup>4</sup> Las EPS del régimen subsidiado que respondieron al Auto 106 del 8 de junio de 2010 fueron: Famisalud, Comfanorte EPS-S, Comfamiliar, Comfenalco Santander, Comfaca, Comfenalco Tolima, Emsanar, Caprecom, Cajasan, Capresoca, Comfaguajira, Comfacor, Comfama, Comfaboy, Comfaoriente, Comfasucre, Empresas Públicas de Medellín, Comfenalco Quindío, Mutual SER, EPS-S Ambuq ESS, Asmet Salud, Convinda, Coosalud, Ecoopsos, Comfamiliar Camacol, Comfenalco Antioquia, Comfamiliar Huila, Unicajas Comfacundi, Caja de Compensación Familiar de Barrancabermeja CAFABA, Calisalud, Comfamiliar Cartagena, EMDI Salud, Cafam, Comfachoco.

<sup>5</sup> Las EPS indígenas que respondieron al Auto 106 del 8 de junio de 2010 fueron: Mallamas, Asociación Indígena del Cauca, Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y la Guajira, Anas Wayuu EPSI., Pijaos Salud, Dusakawi, Manexca.

<sup>6</sup> Las EPS prepagadas que respondieron al Auto 106 del 8 de junio de 2010 fueron: Grupo SSI, Transmédica, Coomeva, Emermédica, SER S.A., Colsanitas, Medisanitas, AMI S.A., EMI S.A., Colmédica, Colpatria.

<sup>7</sup> En la Sentencia C-936 de 2011, la Corte Constitucional declaró la exequibilidad condicionada del artículo 27 de la Ley 1438 en el entendido de que "(i) en los casos en los que el médico tratante indique que existe una urgencia en los términos señalados en la consideración 2.8.2.3., el suministro de los servicios y/o medicamentos excluidos de los planes de beneficios –expresamente o no- no deberá supeditarse ni a la aprobación del Comité Técnico Científico de la respectiva EPS, ni al de la Junta Técnico Científica de Pares de la Superintendencia Nacional de Salud, por las razones expuestas en esta providencia; (ii) en los demás casos, es decir cuando no existe urgencia ni el CTC autorizó la prestación, si no se cumple el término perentorio de siete días previsto por la disposición censurada para que la JTCP emita su concepto, el servicio debe prestarse de manera inmediata por la EPS; y (iii) la revisión de la Junta no suspende las autorizaciones de los comités de servicios no previstos en los planes de beneficios, de forma que las EPS deben suministrarlos de forma inmediata."

sometida por la Entidad Promotora de Salud al Comité Técnico Científico o a la Junta Técnico-Científica de Pares de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo que determine el reglamento.

De igual forma señaló que tanto los CTC como las JTCP se pronunciarán sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad y la pertinencia de la provisión de servicios extraordinarios, en un plazo no mayor a siete (7) días calendario desde la solicitud completa del concepto, que se establecerá por el reglamento y de acuerdo con las condiciones médicas del paciente.

10. El 29 de marzo de 2012, mediante Auto 066, se ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social, que adoptara las medidas necesarias tendientes a notificarle a todas las EPS del país, que cuando se requiera con urgencia un servicio de salud no incluido en el POS, deberán autorizarlo de manera inmediata y sin que medie trámite ante ningún organismo, como el Comité Técnico Científico (CTC) o la Junta Técnico-Científica de Pares (JTCP).

En atención a dicho mandato, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Circular 019 de 2012 en la que reiteró a las Entidades Promotoras de Salud – EPS-, Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud-IPS-, Entidades Obligadas a Compensar-EOC- y Entidades Territoriales el deber que les asiste a las EPS e IPS de prestar en casos de urgencia un servicio o procedimiento de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud sin que medie trámite ante ningún organismo como el CTC o la JTCP.

11. El 19 de junio de 2012, a través del Auto 133A, este Tribunal requirió a los grupos de apoyo de la Sala de Seguimiento para que absolvieran algunos interrogantes relacionados con las distintas órdenes contenidas en la sentencia. En particular se les inquirió sobre: *i)* ¿si la Circular 019 de mayo de 2012 era suficiente para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de quienes requieren con urgencia la prestación de un servicio de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud que haya sido ordenado por el médico tratante? y, *ii)* ¿qué otras medidas deberían haberse adoptado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de quienes requieren con urgencia servicios de salud no POS?

11.1. En respuesta a dichos cuestionamientos, la Universidad Nacional explicó que con la actualización del POS se ampliaron las alternativas de medicamentos para patologías ya cubiertas, pero no se incluyeron remedios para patologías nuevas como es el caso de las enfermedades huérfanas que siguen sin ninguna opción.

Además, aclaró que las medicinas no incluidas en el nuevo POS se podían solicitar al CTC quienes después de una rigurosa evaluación, decidían su pertinencia en la indicación solicitada.

11.2. Por su parte, Así vamos en Salud manifestó que la Circular 019 tiene elementos claros y definitivos para la comprensión de la norma como lo son recordar a las EPS sobre los servicios que se requieran con necesidad, la definición de urgencias, la claridad en el término de excepciones, la autonomía otorgada al médico tratante frente a la prescripción de tratamiento alguno y el énfasis cuando se hace referencia a la “*celeridad que el caso lo requiera, de manera inmediata*”, no obstante manifestó que la misma no es suficiente para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de quienes requieran con urgencia servicios No POS.

11.3. Igualmente, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, resaltó que la norma en comento es una buena medida siempre y cuando sea debidamente acatada y que la posterior presentación al CTC no se convierta en una forma de castigo a la actuación del médico tratante.

11.4. Por su lado, ASOCAJAS y ACEMI precisaron que ni las EPS ni los CTC cuentan con herramientas que permitan verificar la capacidad de pago del individuo y su grupo familiar frente al servicio solicitado, lo que lleva a autorizar servicios a personas que podrían sufragarlos directamente o que cuentan con coberturas complementarias, por lo que consideraron que debe definirse una instancia técnica que sea la competente para autorizar estos servicios de salud, que sea independiente de cualquiera de los agentes que participan en el sistema y que cuenten con la capacidad y legitimidad para determinar en que casos se acepta la recomendación del médico tratante.

12. Posteriormente, en el Auto 198 de 2012, la Sala dispuso que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud informaran a la Superintendencia de Salud y a la Defensoría del Pueblo, sobre las medidas adoptadas para garantizar el cumplimiento de la Circular 019 de 2012, así como las sanciones impuestas por la no observancia de la mencionada normatividad. Igualmente ordenó a dichas entidades que informaran a la Corte si las acciones adelantadas por el Ministerio de Salud y la CRES eran suficientes para garantizar el cumplimiento de la orden vigésima tercera de la sentencia objeto de seguimiento.

12.1. El 18 de septiembre de 2012, la Comisión de Regulación en Salud indicó que no era competente para adoptar medidas relacionadas con el cumplimiento del citado acto administrativo.

En cuanto a las potestades sancionatorias, señaló que ni en la legislación ni en la jurisprudencia obran facultades de ese orden, por lo que su gestión con referencia a dichas actividades se limitan a poner en conocimiento de la Superintendencia de Salud, las situaciones que llegare a detectar como destinatario de los informes de negación de servicios, o a través de los observatorios que implementa para hacer seguimiento a sus medidas regulatorias.

12.2. Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social manifestó que en el marco normativo vigente, la Superintendencia de Salud es la encargada de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control para garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en la Circular 019 de 2012. De ahí que no haya adoptado medidas en ese sentido. Por último, puntualizó que emplazaría a dicha entidad para que presentara el informe solicitado por la Sala.

12.3. El 2 de octubre del mismo año, la Superintendencia Nacional de Salud allegó copia del requerimiento realizado al Ministerio de Salud y Protección Social en el que solicitó la información, que con destino a esa entidad debía remitirse, conforme a lo señalado en el Auto 198 de 2012.

12.4. La Defensoría del Pueblo, en escrito radicado el 10 de octubre de 2012, manifestó que vencido el término para la presentación de la información requerida en el Auto 198 del mismo año, únicamente recibió respuesta por parte de la Comisión de Regulación en Salud, razón por la cual realizó una nueva solicitud al Ministerio de Salud y Protección Social, sin que a esa fecha hubiese obtenido algún pronunciamiento por parte de la mencionada entidad.

13. El 8 de noviembre de la misma anualidad, dicho organismo de control presentó un escrito de cumplimiento general de la Sentencia T-760/08, específicamente sobre la orden vigésima tercera adujo que el único avance que advierte es la expedición de la Circular 019 de 2012 como consecuencia de las determinaciones tomadas por la Corte en el Auto 066 de 2012. Finalmente, reiteró que para esa fecha no había recibido el informe a cargo del Ministerio.

14. El Gobierno Nacional suprimió la CRES, mediante el Decreto 2560 de 10 de diciembre de 2012<sup>8</sup>, en el que se ordenó su liquidación y el traslado de sus funciones al Ministerio de Salud y Protección Social.

## II. CONSIDERACIONES

**Necesidad que el Ministerio de Salud y Protección Social informe de qué manera con la regulación proferida por esa entidad e incorporada al expediente de seguimiento, se cumplió la orden vigésima tercera de la Sentencia T-760 de 2008**

1. En la sentencia cuyo cumplimiento se supervisa, esta Corporación señaló que es deber del Estado asegurar el acceso a los servicios de salud, libre de trámites y procedimientos administrativos engorrosos e innecesarios, razón por la cual se debía establecer un sistema que garantizara la prestación con calidad, oportunidad, continuidad y suficiencia del servicio de salud.

---

<sup>8</sup> Cfr. Diario Oficial 48640 del 10 de diciembre de 2012.

A partir de esta premisa se cuestionó sobre si *¿el Estado desconoce el derecho a la salud de las personas que requieren con necesidad un servicio de salud, diferente a medicamentos, al no haber fijado y regulado un procedimiento mediante el cual la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio garantice el acceso efectivo al mismo?*<sup>9</sup>

Respecto a este problema jurídico la Corte Constitucional, en la citada sentencia, determinó que *“la ausencia de regulación clara que permita hacer efectivos los derechos de los usuarios cuando requieren un servicio de salud, diferente a un medicamento, no incluido en el POS, es una de las razones por las cuales la tutela se ha convertido en el mecanismo generalizado para acceder a servicios de salud no incluidos en el POS ordenados por el médico tratante, e incluso muchas veces a medicamentos cuando el médico tratante no presenta la solicitud ante el Comité Técnico Científico.”*<sup>10</sup>

Como consecuencia, en su momento, se ordenó a la Comisión de Regulación en Salud que regulara el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la EPS autorizara directamente: *i)* los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud (contributivo o subsidiado), diferentes al suministro de un medicamento y *ii)* como los medicamentos y demás insumos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, de tal forma que se respetara el principio de integralidad.

2. Debe precisarse que en consideración a que el Ministerio de Salud y Protección Social asumió las funciones transferidas por la CRES, de conformidad el Decreto 2560 de 10 de diciembre de 2012<sup>11</sup> y dado que ya transcurrió el término previsto en el artículo 21<sup>12</sup> *ibídem*, corresponde a ese ente rector del Sector Administrativo de Salud y Protección Social responder por el cumplimiento de la primera parte del ordinal vigésimo tercero de la Sentencia T-760 de 2008, originalmente a cargo de la CRES en Liquidación.

3. Como quedó reseñado en los antecedentes de esa providencia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido algunas regulaciones relacionadas con el mandato vigésimo tercero de la Sentencia T-760 de 2008, tales como la Resolución 3099 de 2008, que reglamentó los Comités Técnico Científicos<sup>13</sup> y la Circular 019 de 2012, mediante la cual recordó a las IPS y EPS su obligación de adelantar y aceptar el trámite del CTC en casos de urgencia manifiesta.

---

<sup>9</sup> Sentencia T-760 de 1998. Consideración jurídica 2.2.4.

<sup>10</sup> *Ibídem*.

<sup>11</sup> Cfr. Artículos 1° y 20.

<sup>12</sup> El precepto en cita dispone: *“Entrega de archivos. Los archivos de la Comisión de Regulación en Salud en Liquidación se entregarán, de conformidad con las normas y directrices del Archivo General de la Nación, al Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de un (1) mes contado a partir de la entrada en vigencia del presente decreto.”*

<sup>13</sup> Artículos 1° a 8.

Empero, del análisis de esa normativa no se evidencia la manera en que se acató lo ordenado en el citado mandato vigésimo tercero, concretamente, la primera parte de dicha orden, en el sentido de regular el trámite directo que debe adelantar el médico tratante ante la EPS para que ésta autorice directamente servicios de salud no incluidos en el POS, diferente a un medicamento, así como las actividades, medicamentos y procedimientos explícitamente excluidos del plan de beneficios, cuando éstos sean ordenados por el médico tratante.

Por lo anterior, es indispensable que el Ministerio de Salud y Protección Social informe la manera como se cumplió la orden vigésima tercera, en aras de que la Corte Constitucional cuente con mayores elementos de juicio sobre el acatamiento de ese mandato y el impacto que la regulación, que se hubiere expedido, ha tenido para el goce efectivo del derecho a la salud de los pacientes.

4. En consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá presentar un informe en el que responda, uno a uno, los siguientes interrogantes:

4.1. ¿Qué regulación y/o medidas concretas y específicas ha adoptado para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante con el objetivo de que la EPS autorice directamente los servicios de salud no incluidos<sup>14</sup> y excluidos<sup>15</sup> del POS y que se requieran con necesidad<sup>16</sup>?

4.2. ¿De qué manera dichas regulaciones han incidido para que el trámite ante el CTC no se convierta en una barrera de acceso a los servicios de salud que se requieren con necesidad?

5. Aunado a lo anterior, respecto al funcionamiento de la Junta Técnico Científica de Pares y de la Circular 019 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá indicar:

5.1. ¿Qué regulación y/o medidas concretas y específicas ha adoptado para reglar el funcionamiento de la JTCP?

5.2. ¿Cuáles han sido los avances obtenidos con la expedición de la Circular 019 de 2012, referente a la prestación de servicios de salud no incluidos en el POS requeridos con urgencia? Este informe comprenderá el periodo mayo de 2012 a marzo de 2013.

6. En consideración a las competencias de inspección, vigilancia y control<sup>17</sup> sobre las entidades que integran el sector de la salud, atribuidas a la Superintendencia Nacional de Salud y con la finalidad de conocer los avances del cumplimiento desde que fue proferida la orden vigésima tercera, así como su estado actual de acatamiento, se dispondrá que dicha entidad presente un informe estadístico del periodo septiembre de 2008 a marzo de 2013, sobre *i*) las quejas recibidas, *ii*) las

---

<sup>14</sup> Salvo medicamentos.

<sup>15</sup> Acuerdo 029 de 2011 “*Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud*”, artículo 49.

<sup>16</sup> Cfr. Consideración jurídica 4.4.3.2.2 de la Sentencia T-760 de 2008.

<sup>17</sup> Decreto 1018 de 2007 “*Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*”, artículo 6, numeral 13.

investigaciones administrativas adelantadas y *iii*) las sanciones impuestas, en los casos en que las Empresas Promotoras de Salud o las Instituciones Prestadoras del Servicio no hayan cumplido las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con la orden vigésima tercera de la Sentencia T-760 de 2008 o hayan negado servicios No POS que se hayan requerido con necesidad por los usuarios del sistema de salud.

7. De otra parte, de la revisión del expediente se constata que las entidades gubernamentales presentaron los informes ordenados mediante los autos 106 de 2010 y 66 de 2012.

Empero, lo mismo no puede predicarse respecto de lo solicitado en el Auto 198 de 2012, puesto que el Ministerio de Salud y Protección Social ni la Superintendencia Nacional de Salud cumplieron con lo previsto en dicha providencia.

En efecto, el ente ministerial debía suministrar los datos requeridos por la Superintendencia Nacional de Salud, para que ese organismo, a su vez, presentara el informe ordenado por esta Sala Especial, lo cual no acaeció en ninguno de los dos casos. Igualmente, según lo relató la Defensoría del Pueblo, a pesar de las solicitudes telefónicas y escritas, el Ministerio no ha entregado el reporte pedido en el marco del Auto 198 de 2012.

Por consiguiente, se requerirá al Ministerio de Salud y Protección Social para que, con copia a esta Corporación, dé respuesta a la Defensoría del Pueblo, con la finalidad de que ese órgano de control se pronuncie sobre los avances alcanzados, en desarrollo de la orden vigésima tercera de la citada sentencia. Lo mismo se dispondrá respecto de la Superintendencia Nacional de Salud que no ha remitido a esta Corporación el informe ordenado en el ordinal segundo<sup>18</sup> del citado auto.

En merito de lo expuesto,

### **III. RESUELVE**

**PRIMERO.-** Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social, que, dentro del término máximo de cinco (5) días, contados a partir de la notificación de este auto, envíe a esta Corporación el informe a que hace referencia los numerales 4 y 5 de la parte considerativa de la presente providencia.

---

<sup>18</sup> En dicho auto se dispuso: “*SEGUNDO: REQUERIR a la Defensoría del Pueblo y a la Superintendencia Nacional de Salud para que, dentro del término máximo de veinte (20) días hábiles contados a partir de la notificación de esta providencia, envíen un informe a ésta Corporación en el que señalen si las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud son suficientes para garantizar el cumplimiento de la orden vigésima tercera de la sentencia T-760 de 2008*”.

**SEGUNDO.**-Ordenar a la Superintendencia Nacional de Salud que, dentro del término máximo de diez (10) días, contados a partir de la notificación de esta providencia, presente el informe señalado en el núm. 6 de la parte considerativa de este auto.

**TERCERO.**-Requerir al Ministerio de Salud y Protección Social para que, dentro del término máximo de tres (3) días, contados a partir de la notificación de esta providencia, acredite la entrega del informe señalado en el Auto 198 de 2012 a la Defensoría del Pueblo y envíe, en el mismo plazo, copia de la constancia de radicación a esta Sala de Seguimiento.

**CUARTO.**-Requerir a la Superintendencia Nacional de Salud para que, dentro del término máximo de tres (3) días, contados a partir de la notificación de esta providencia, radique el informe que le fue ordenado en el ordinal segundo del Auto 198 de 2012.

**QUINTO.**-Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones correspondientes, remitiendo copia integral de este proveído.

Cúmplase,

**JORGE IVÁN PALACIO PALACIO**  
**Magistrado**

**MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ**  
**Secretaria General**