

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL

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

Asunto: Solicitud de información.

Magistrado Sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D. C., once (11) de marzo de dos mil veinte (2020)

El Magistrado Sustanciador, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente auto, con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación emitió diferentes órdenes con la finalidad de que las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud¹ adoptaran las medidas necesarias para corregir las fallas estructurales identificadas al interior del mismo con ocasión del análisis de los casos concretos acumulados en esa providencia.

2. La Corte advirtió que la desigualdad entre las coberturas de ambos regímenes vulneraba el derecho a la salud de los afiliados al régimen subsidiado², especialmente en el caso de los niños, por lo cual, en el numeral vigésimo primero de la citada providencia ordenó a la Comisión de Regulación en Salud³:

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

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

¹ SGSSS.

² En adelante RS.

³ En adelante CRES.

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

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

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

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

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

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

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

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

5. En el auto 261 de 2012⁵ la Sala concluyó que había sido expedida la normatividad que unificó los planes de beneficios para toda la población⁶, sin embargo, identificó que (i) no se adoptaron medidas para racionalizar el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios; (ii) no se evidenciaron acciones dirigidas a prevenir la evasión y elusión de aportes en salud; (iii) no se observaron acciones tendientes a facilitar el tránsito entre regímenes; y (iv) no se acreditó la participación activa de los afiliados y la comunidad médica en la ejecución del programa y cronograma fijados para unificar el entonces POS. Por esta razón decretó el cumplimiento parcial del ordinal vigésimo segundo y ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social y a la entonces CRES que, en el término de seis meses diera cumplimiento a algunos requerimientos de la orden vigésimo segunda⁷.

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

7. Principalmente, analizó las razones invocadas por el regulador para mantener un valor de la UPC-S inferior al fijado para el régimen contributivo⁸, y las consideró *“controvertibles, especialmente por cuanto la deficiencia en las fuentes de datos ha sido denunciada en reiteradas ocasiones por organismos del SGSSS, entre ellos por la misma CRES”*.

8. Observó la ausencia de justificaciones y/o soportes técnicos o de cualquier orden, para aceptar a la luz de la Constitución la fijación de una UPC diferencial entre ambos regímenes, especialmente cuando por un menor valor se pretende la prestación del mismo catálogo de servicios y en condiciones idénticas de equidad, oportunidad y calidad. En consecuencia, ordenó en los citados autos⁹ elaborar *“la metodología apropiada para establecer la suficiencia de la UPC-C y de la*

⁵ Mandato vigésimo segundo.

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

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

⁸ En adelante RC.

⁹ Al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la Comisión de Regulación en Salud y al Departamento Nacional de Planeación. Cfr. numeral tercero del auto 261 de 2012 y segundo del auto 262 de la misma anualidad.

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

9. Posteriormente la Sala profirió el auto 411 de 2016 mediante el cual declaró el cumplimiento alto de los mandatos específicos impartidos en el numeral segundo del auto 261 de 2012¹⁰ con fundamento en que el ente ministerial adoptó numerosas medidas conducentes a cumplir con el objetivo de lo dispuesto por esta Corporación, no obstante, evidenció que aún persistían algunos aspectos que precisaban ser solucionados y consideró necesario suspender el seguimiento por parte de la Corte y que la continuación de la verificación de la política pública a la que se circunscribe este mandato fuera entregada a la Procuraduría General de la Nación¹¹.

10. De igual manera se pronunció sobre las órdenes conjuntas impartidas en los numerales tercero y cuarto del auto 261 de 2012, y segundo y tercero del auto 262 de 2012¹² y declaró el cumplimiento medio al concluir que el sistema de

¹⁰ Las órdenes son las siguientes: “SEGUNDO. ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud que, en el término de seis (6) meses, dé cumplimiento a los siguientes requerimientos de la orden vigésimo segunda: 1. Adelante las investigaciones tendientes a evidenciar con qué frecuencia se requiere en nuestro país llevar a cabo los diferentes estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc. 2. Actualice los estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc. 3. Establezca medidas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios de salud, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas y sin que se impida el acceso a servicios de salud requeridos. 4. Reglamente las medidas adoptadas para prevenir y evitar la evasión y elusión en el pago de la cotización obligatoria en salud, especialmente las contenidas en las leyes 1393 de 2010, 1438 y 1450 de 2011. 5. Adopte medidas (a priori) para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen en el SGSSS. 6. Adopte medidas que faciliten el tránsito entre regímenes, para aquellas personas que así lo requieran por la variación de sus ingresos económicos. Para acreditar el cumplimiento de estos presupuestos, deberán remitir un informe bimensual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación, con copia a esta Sala Especial de Seguimiento, en el que se evidencie el avance en cada uno de estos aspectos. El primero de dichos informes deberá allegarse antes del 1 de diciembre de 2012.”

¹¹ Para que en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales verificara que el Ministerio de Salud y Protección Social:“(i) [continuara] adelantando las investigaciones [...] para determinar la frecuencia que se requiere para la realización de los estudios y encuestas establecidos en la Agenda Programática Nacional de estudios Poblacionales en Salud; (ii) [continuara] actualizando los estudios y encuestas de conformidad con lo establecido en la Agenda Programática Nacional de estudios Poblacionales en Salud; (iii) [reglamentara] las disposiciones concernientes para definir los mecanismos idóneos dirigidos a controlar el adecuado y racional uso de los servicios y tecnologías en salud; (iv) [continuara] adoptando las medidas normativas y de fiscalización, necesarias para prevenir y evitar la elusión y evasión del pago en la cotización obligatoria de salud, así como para estimular que quienes tienen capacidad económica efectivamente coticen al sistema; [y] (v) [reglamentara] las disposiciones concernientes para contrarrestar las barreras administrativas u obstáculos que puedan llegar a presentarse en el tránsito entre regímenes.”

¹² Las órdenes conjuntas son: 1. ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la Comisión de Regulación en Salud y al Departamento Nacional de Planeación, que elaboren la metodología apropiada para establecer la suficiencia de la UPC-C y de la UPC-S, que debe fundarse en estudios que demuestren contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado podrán prestarse eficiente y oportunamente por las EPS-S en las mismas condiciones de calidad que las EPS contributivas, garantizando el equilibrio financiero para tales entidades. Así mismo deberán diseñar un sistema de información que permita lograr un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el SGSSS. 2. DISPONER que hasta tanto se dé cumplimiento al numeral anterior, deberá entenderse que, a partir de la fecha de expedición de esta providencia, el valor de la UPC-S será igual al establecido para la UPC del régimen contributivo.

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

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

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

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

13. Por lo descrito, en el numeral quinto de la parte resolutive ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social:

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

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

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

¹³ Cfr. Pág 96 del auto 411 de 2016.

¹⁴ Cfr. Pág 103 del auto 411 de 2016.

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

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

14. De igual forma, ordenó a la Contraloría General de la República¹⁵ y a la Superintendencia Nacional de Salud¹⁶ iniciar las investigaciones en relación con algunos puntos.

II. CONSIDERACIONES

1. Atendiendo a lo expuesto y a que subsisten los problemas evidenciados en la sentencia T-760 de 2008, la Sala estima pertinente, previo a expedir la próxima valoración de las órdenes vigésimo primera y segunda, profundizar en algunos componentes de la política pública relacionados con dichos mandatos, particularmente en lo atinente a la suficiencia de la UPC.

2. Por lo anterior y atendiendo a lo dispuesto en el auto 411 de 2016, se hace necesario solicitar a algunas autoridades gubernamentales que respondan los interrogantes que se plantean a continuación y remitan datos consolidados y breves sobre las vigencias 2017, 2018 y 2019.

2.1. Al Ministerio de Salud y Protección Social se le pedirá que indique:

(i) Atendiendo a que la principal fuente de información para determinar la suficiencia de la UPC proviene de las mismas EPS, pero estas no reportan de manera completa o de forma eficiente, explique ¿qué medidas han sido adoptadas para remediar esta dificultad y qué resultados se han obtenido con las mismas?

(ii) ¿Qué acciones desplegó como ente regulador para consolidar un adecuado sistema de información en el sector salud y solucionar las deficiencias del mismo? Explique:

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

¹⁶ Orden Séptima.

a) Si con ellas contribuyó a mejorar la calidad de los datos reportados por las EPS del régimen subsidiado, de qué manera y si logró que su recolección, transferencia y difusión fuera efectiva y representativa en la definición de la UPC.

b) De qué manera se tuvieron en cuenta las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades reales de la población, al interior del sistema de información; y

c) Si dio solución a la deficiencia de los datos provenientes de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del régimen subsidiado, atendiendo a lo expuesto en la parte considerativa del auto 411 de 2016¹⁷. Explique su respuesta.

(iii) ¿Qué medidas y acciones adoptó para lograr que el porcentaje de equiparación de la UPC aumentara a la meta establecida del 95 % señalada por el Gobierno? Exponga las razones por las cuales a la fecha se mantiene una UPC diferenciada en ambos regímenes ¿en la actualidad qué factores imposibilitan su igualación?

(iv) Atendiendo a que la prueba piloto implementada en la Resolución 5968 de 2014 se desarrolló inicialmente en las ciudades principales, mediante auto 411 de 2016 esta Sala planteó en relación con las deficiencias que se presentaban en las poblaciones con menos habitantes y que se encuentran ubicadas en zonas dispersas¹⁸, que esta debería centrarse en dichas áreas. De conformidad con lo expuesto, indique qué resultados arrojó y qué acciones y medidas ha implementado para corregir los inconvenientes que tuvieron lugar.¹⁹

¹⁷ En relación con este tema en el auto 411 de 2016 se explicó, entre otras cosas, que en la “sesión técnica celebrada los días 13 y 16 de mayo de 2016 la cartera de salud expuso que no contaba con datos confiables del régimen subsidiado”. Cfr. numeral 7.1.3.5 de la referida providencia. También se concluyó que: “Sobre el sistema de información: la información reportada por las EPS del régimen subsidiado no es representativa, en tanto no supera las mallas de validación de calidad, razón por la cual para definir la UPC de ese régimen se toma la información del régimen contributivo; gran parte de la población del régimen subsidiado se encuentra en zonas rurales o dispersas en las que existe un difícil acceso a los servicios de salud, lo que claramente conllevaría a una menor frecuencia de uso, por lo que no se estarían considerando las barreras de acceso a los servicios de salud ni las necesidades reales de la población; no hay información suficiente que demuestre que sí hay una buena o mala utilización del 60 % de la UPC-S que debe ser transferida a la red pública; mientras se implementa el sistema transaccional el Ministerio va a seguir fijando la UPC con la información de una mínima cantidad de EPS del régimen subsidiado que supera la malla de validación de la información; la prueba piloto de 2015 se está desarrollando en ciudades principales, donde no se encuentra la mayoría de la población del régimen subsidiado que es a la que se pretende incentivar”.

¹⁸ En el auto se estableció que si la medida pretendía incentivar el envío de información por parte de EPS-S, ello “debería hacerse en zonas dispersas con poblaciones de menos de 200 mil habitantes, que según señaló el Ministerio, es donde se encuentra la mayoría de la población de ese régimen”.

¹⁹ En el auto 411 de 2016 la Sala señaló: “De igual forma, a pesar de que el Ministerio acepta en repetidas oportunidades que existe una falencia en el reporte de la información de las EPS del régimen subsidiado, no explica qué medidas ha adoptado para solucionarlo. La única justificación expresada para ello es que siendo el SGSSS descentralizado, las EPS como parte de su gestión tienen que incorporar procesos asociados a la debida gestión de cartera y acuerdos que permitan avanzar en procesos más expeditos en la entrega de información de prestadores de servicios de salud.”

(v) ¿Qué acciones ha desplegado para garantizar en cada etapa de actualización del PBS, que la UPC en ambos regímenes alcanzará el nivel de suficiencia necesario para financiar el mismo, es decir, que cubrirá todos los servicios y tecnologías en salud que no se encuentren expresamente exceptuados? ¿Qué acciones ha desplegado para procurar el acceso a estos para lograr el más alto nivel de salud posible?

(vi) ¿Qué fases del procedimiento para fijar la sostenibilidad financiera del nuevo plan de beneficios han sido agotadas? A este respecto deben precisarse los resultados de los estudios fiscales, de suficiencia y de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC que haya efectuado.

(vii) ¿Qué estudios se efectuaron para fijar los recursos de la Unidad de Pago por Capitación para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para la vigencia 2020 establecidos en la Resolución 3513 de 2019?; ¿qué cambios se adoptaron respecto de los actos administrativos proferidos en el pasado?

(viii) Atendiendo a lo planteado en la pregunta que precede, indique si dicha información y los referidos estudios permiten presupuestar una UPC suficiente, a pesar de tratarse de una diferenciada. Explique su respuesta. De igual manera, exponga cómo se logra que los servicios de salud del PBS unificado sean prestados de manera eficiente y oportuna a los usuarios de ambos regímenes.

(ix) ¿Ha efectuado estudios para establecer la viabilidad de pagar un único valor, parecido a lo que hoy se conoce como UPC y con el cual se cubra la prestación de todos los servicios y tecnologías en salud en ambos regímenes, excepto los excluidos? Al responder, indique si es posible unir los recursos destinados al pago de la UPC y los que se financian mediante los techos o presupuesto máximo. Explique su respuesta.

(x) Atendiendo a que el Estado debe garantizar la prestación de todos los servicios y tecnologías en salud PBS, y que parte de estos se cubren con la UPC y otra parte con los presupuestos máximos o techos, explique si los dineros que cubrirán los servicios y tecnologías PBS NO UPC serán suficientes y cómo puede garantizar ello.

2.2. A la Contraloría General de la República, se le solicitará que responda en relación con las investigaciones que mediante auto 411 de 2016 se le ordenó iniciar:

(i) Qué resultados obtuvo por cada vigencia respecto de la destinación adecuada por parte de las EPS a los recursos del sistema de salud;

(ii) Si se presenta un nexo causal entre el detrimento patrimonial de las EPS y el valor de la prima asignada a cada una de esas entidades, con el fin de determinar si el primero es consecuencia de la insuficiencia de la UPC.

(iii) Indique qué porcentaje de la UPC no se ejecuta.

2.3. A la Superintendencia Nacional de Salud se le solicitará que indique los resultados obtenidos con ocasión de las investigaciones que esta Sala le ordenó iniciar mediante auto 411 de 2016 y los resultados obtenidos en relación con:

(i) si existió una incidencia negativa en la prestación de los servicios de salud por la liquidación de las EPS que salieron del sistema en los años 2014, 2015 y 2016 y las consecuencias que ello eventualmente generaría en la definición de la UPC; y

3. si se presenta un nexo causal entre el detrimento patrimonial de las EPS y el valor de la prima asignada a cada una de esas entidades, con el fin de determinar si el primero es consecuencia de la insuficiencia de la UPC.

4. Finalmente se solicitará a todas las autoridades referidas que enuncien la normatividad, documentos y estudios que consideren respaldan la información remitida en cumplimiento de este auto. De igual forma, se les pedirá que el citado informe y las respuestas a los interrogantes planteados tengan como sustento fáctico datos claros, precisos, consolidados y pertinentes en relación con la orden que se analiza. La información deberá remitirse tanto en físico como en digital al correo despacho05@corteconstitucional.gov.co.

En mérito de lo expuesto,

III. RESUELVE:

Primero. -ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social para que, dentro del término máximo de diez (10) días calendario que serán improrrogables, contados a partir de la comunicación de este auto, responda de forma precisa a los interrogantes planteados en el numeral 2.1. de la parte motiva de esta providencia.

Segundo. -ORDENAR a la Contraloría General de la República para que, dentro del término máximo de diez (10) días calendario que serán improrrogables, contados a partir de la comunicación de este auto, responda de forma precisa a los interrogantes planteados en el numeral 2.2. de la parte motiva de esta providencia.

Tercero. -ORDENAR a la Superintendencia Nacional de Salud para que, dentro del término máximo de diez (10) días calendario que serán improrrogables, contados a partir de la comunicación de este auto, responda de forma precisa a los interrogantes planteados en el numeral 2.3. de la parte motiva de esta providencia.

Cuarto. – SOLICITAR a todas las autoridades referidas que enuncien la normatividad, documentos y estudios que consideren respaldan la información remitida en cumplimiento de este auto. De igual forma, que el citado informe y

las respuestas a los interrogantes planteados tengan como sustento fáctico datos claros, precisos, consolidados y pertinentes en relación con la orden que se analiza. Remitir la información tanto en físico como en digital al correo despacho05@corteconstitucional.gov.co.

Quinto. - PROCEDA la Secretaría General de esta Corporación a comunicar esta decisión, adjuntando copia de la misma.

Comuníquese y cúmplase,

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado Sustanciador

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General