

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

AUTO 996 de 2023

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

Asunto: Suficiencia de la UPC y de los presupuestos máximos.

Magistrado Sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D. C., veintiséis (26) de mayo de dos mil veintitrés (2023).

La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 designada por la Sala Plena de la Corte Constitucional, para llevar a cabo la verificación del cumplimiento de las órdenes generales impartidas en la misma, integrada por los magistrados Alejandro Linares Cantillo, Antonio José Lizarazo Ocampo y José Fernando Reyes Cuartas, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente auto con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación emitió diferentes órdenes con la finalidad de que las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud¹ adoptaran las medidas necesarias para corregir las fallas estructurales identificadas 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 subsidiado², por lo cual, en el numeral vigésimo primero ordenó a la Comisión de Regulación en Salud³ unificar los planes de beneficios para los niños y niñas de ambos regímenes, teniendo en cuenta los ajustes a la UPC subsidiada para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura, y para la unificación gradual y sostenible de los planes de los mayores de edad, en el ordinal vigésimo segundo dispuso que la Comisión adoptara un programa y un cronograma para alcanzar dicho fin, atendiendo a algunos parámetros.
3. Posteriormente se profirieron los autos 261 y 262 de 2012 en los que se decretó cumplimiento parcial de la orden 22 y el incumplimiento parcial de la 21, respectivamente. En el primero se concluyó que se expidió la normatividad que unificó los planes; sin embargo, identificó falencias y dispuso que el Ministerio de Salud y Protección Social⁴ y la entonces CRES, dentro de seis meses, cumplieran algunos requerimientos del mandato.

¹ En adelante también SGSSS.

² En adelante también RS.

³ En adelante también CRES.

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

4. Como en las órdenes se dispuso que la ampliación de la cobertura fuera sostenible, la Sala ajustó su alcance con la finalidad de que se equiparara la UPC en ambos regímenes, pues no evidenció justificadas las razones para mantenerla diferenciada, menos si se pretendía ofrecer los mismos servicios, y ordenó elaborar una metodología para establecer su suficiencia con fundamento en estudios garantizando el equilibrio financiero y diseñar un sistema de información para controlar los escenarios en que se desenvuelve el SGSSS.

5. Luego el auto 411 de 2016 declaró el cumplimiento alto de los mandatos específicos del numeral segundo del auto 261 y suspendió el seguimiento por parte de la Corte para que la verificación de la política pública a la que se circunscriben fuera entregada a la Procuraduría⁵. Frente a las órdenes conjuntas de los numerales tercero y cuarto del auto 261, y segundo y tercero del auto 262 declaró el cumplimiento medio al concluir que el sistema de información no contaba con datos sólidos y confiables⁶.

6. Por lo descrito, en el numeral quinto de la parte resolutive ordenó al Ministerio, entre otras, implementar medidas para solucionar las deficiencias del sistema de información⁷, para equiparar en un 95% la UPC del RS con la del RC y para que la UPC sea suficiente en ambos regímenes. De igual forma, a la Contraloría General de la República⁸ y a la Superintendencia Nacional de Salud⁹ iniciar investigaciones en relación con algunas situaciones y la suficiencia de la prima en ambos regímenes.

7. Revisada la documentación allegada, a través del auto de valoración 109 de 2021, la Sala encontró que (i) no se solucionaron las deficiencias del sistema de información¹⁰; (ii) el valor de la UPC del RS no se equiparó al 95% de aquel del RC¹¹; (iii) que la información disponible no permitía afirmar que se contaba con una UPC suficiente en ambos regímenes, por ser incompleta, no reportarse con oportunidad y estar desactualizada, entre otros factores; y (iv) los datos recolectados para calcular el valor de los techos de 2021 no se estudiaron en tiempo y por ello tan solo se calculó el monto para los primeros cuatro meses. Concluyó que la problemática que no permitía calcular el valor de la UPC-S con información propia del RS se seguía presentando, al no cumplir con los estándares de calidad requeridos ni superar las mallas de validación, convirtiéndola en no confiable. Por esto, reiteró la obligación del MSPS de cumplir con lo dispuesto en el auto 411 de 2016.

8. En consecuencia, determinó que el ente ministerial debería avanzar en la superación de esas falencias y garantizar tanto una UPC como unos techos suficientes, atendiendo al nuevo alcance de la orden, para financiar la prestación de los servicios y tecnologías en salud PBS, permitiendo el más alto nivel de salud posible sin sacrificar la prestación y la efectividad del derecho a la salud, so pretexto de la sostenibilidad financiera.

⁵ Ver numeral tercero de la resolutive.

⁶ Si bien evidenció que se adoptaron medidas, sus resultados no fueron suficientes para superar la falla estructural, dado que se seguían presentándose falencias en el reporte de información por parte de una de las fuentes principales.

⁷ 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.

⁸ En adelante CGR, Contraloría.

⁹ En adelante SNS, Supersalud.

¹⁰ (i) baja calidad de los datos reportados por las EPS del RS al punto que la misma no puede ser empleada en la definición de la UPC; (ii) que si bien los sistemas de información tienen en cuenta algunas barreras de acceso a los servicios y tecnologías en salud, no registran y actualizan con fidelidad las necesidades reales de la población y menos aún, evidencian que las mismas se estén superando; y (iii) que la data proveniente de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del RS es deficiente.

¹¹ La Sala reconoce que las medidas implementadas y reportadas por el ente ministerial han sido conducentes para aproximarse a la equiparación de la UPC en ambos regímenes en un 95%, no obstante, dicha entidad deberá alcanzar tal meta y seguir reduciendo en lo posible, la brecha existente entre estos valores, hasta tanto no se demuestre con información técnica y confiable en qué punto la Unidad de Pago por Capitación alcanzará la suficiencia en ambos regímenes.

9. A continuación, se expondrá brevemente la información recaudada con posterioridad a la última valoración¹².

10. Ministerio de Salud y Protección Social

13.1 La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - DPSAT señaló que, para fortalecer la infraestructura y dotación hospitalaria de la red pública, durante el 2021 el MSPS asignó recursos por valor de \$383.272.053.904, con la distribución por ET.¹³

13.2 En abril de 2021 el Ministerio expidió la Resolución 497 con el objetivo de modificar los criterios y progresividad del cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia a través de las cuales se demuestra la observancia de la capacidad técnico-administrativa, científica, y tecnológica de las responsables del aseguramiento en salud; así como el manual que desarrolla esos criterios y demás disposiciones sobre el Sistema de Gestión de Riesgo y la operación territorial, lo cual le permita ejercer a estas entidades sus funciones de aseguramiento¹⁴.

13.3 Respecto al acompañamiento a través de asistencias técnicas a las IPS públicas y EPS-S, dirigidas a mejorar la información básica que estas reportan y que sirve de piso para la toma de decisiones, con la intención de recolectar directamente los datos, puso de presente que en junio de 2021 se efectuó una retroalimentación sobre los procesos internos de manejo de información para optimizar la calidad de aquella recolectada durante la vigencia¹⁵. Con el propósito de enfatizar en el reporte y calidad de la información considerada para el cálculo de la UPC-S, en agosto de esa anualidad se reunió con los gremios de las EPS-S para aclarar inquietudes sobre el proceso de retroalimentación. Adicionalmente, se otorgó la posibilidad de revisar las inconsistencias reportadas y retroalimentar aquellas pendientes¹⁶.

13.4 El MSPS señaló que, gracias a esas asistencias técnicas y reuniones adelantadas, las justificaciones estuvieron acorde a los lineamientos emitidos y la calidad de la información mejoró, lo que permitió calcular la UPC-S con datos propios de este régimen¹⁷ y no con los del RC¹⁸. En la vigencia 2021 se brindó asistencia y acompañamiento permanente a las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas para el fortalecimiento de las capacidades técnicas en los procesos de diligenciamiento, revisión, validación, consolidación y análisis de la información de gestión de estas instituciones¹⁹. Gracias a las asistencias, el Ministerio logró obtener información de gestión técnica, administrativa y financiera trimestral y anual de la vigencia 2021 del 99,6% de las ESE.²⁰

13.5 Expuso que la solución tecnológica con la que cuenta, ha reducido los tiempos de cada proceso, al permitir realizar la recepción, validación y retroalimentación de la información enviada por las EPS de una manera integrada, óptima y segura, que garantiza no solo la calidad de aquella seleccionada para el estudio de suficiencia, sino también la confiabilidad y transparencia de los procesos para los actores involucrados. Enlistó como plataformas

¹² Para evitar repeticiones, el contenido de los informes y documentos allegados tanto por las autoridades encargadas como por los peritos constitucionales y grupos de apoyo se expone de manera breve, general y enunciativa en el acápite de antecedentes de esta valoración, y se profundiza en la parte considerativa únicamente de estar relacionado directamente con los mandatos en estudio.

¹³ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, pág. 14.

¹⁴ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, pág. Informó que según el artículo 7 de la resolución, la SNS establecería e implementaría un cronograma de verificación y evaluación de las condiciones de habilitación y permanencia, a partir de abril de 2021, de acuerdo con la progresividad consignada en el manual de verificación que se determinara previamente.

¹⁵ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, pág.

¹⁶ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, pág.

¹⁷ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, pág. 14.

¹⁸ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folio 8.

¹⁹ Conforme a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

²⁰ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 8.

disponibles para el procesamiento, PISIS y SIREPS²¹, y señaló algunos avances frente al sistema de información²².

13.6 En cuanto a las medidas implementadas²³ para incentivar el reporte oportuno de información en las entidades de naturaleza pública, resaltó que el artículo 2.5.3.8.2.5 del Decreto 780 de 2016²⁴ estipula dicha obligación²⁵ y la expedición de las resoluciones 510²⁶ y 1036 de 2022²⁷. en relación con la obtención de datos confiables.

13.7 Añadió que durante el 2020 el módulo de suministro de Mipres constituyó la fuente de datos para el seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo (PM), y que, en virtud de esto, los reportes de las EPS, EOC y los prestadores de servicios y proveedores aumentaron significativamente. Además, que se sostuvieron reuniones con las EPS a quienes recalcó la necesidad del reporte de información²⁸.

13.8 En relación con la emergencia sanitaria, indicó que se obtuvo reportes de información, con el fin de hacer un correcto seguimiento de la ocupación de la capacidad hospitalaria, entre otros. Así, desplegó actuaciones que contribuyeron al diseño de la política pública en salud en el marco de la pandemia. También, anotó que de acuerdo con los datos que aportan los actores del sector salud, el MSPS construye un análisis de situación de salud nacional²⁹, en el que describe el contexto socioeconómico³⁰, pero que es menester que las EPS construyan su propio informe y caractericen a la población afiliada³¹.

13.9 Por otro lado, mencionó que en la vigencia 2020, 26 de 27 EPS-S reportaron, con 328.047.428 registros, un valor de \$16.704.185.504.701, que representa una disminución del 5% en el total entregado en 2019³².

13.10 Paralelamente efectuó la comparación de la información reportada en el 2020 y 2021, y destacó respecto del primer año un decrecimiento del 8% en el total de registros entregados. Sin embargo, advirtió que esto se debió en gran medida a la disminución de las prestaciones de salud en el 2020 en razón a los confinamientos por la pandemia³³

13.11 Puntualizó que, si bien se apreciaba un aumento en el número de entidades que reportaron información con respecto al año anterior, la cantidad de registros y de valor disminuyó, frente a lo cual consideró que las EPS-S deben comprometerse a fortalecer este proceso de reporte en pro de que esta sea más representativa³⁴. Indicó que se presentaron dificultades en la definición de la UPC y la toma de decisiones sobre esta.³⁵

²¹ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022.

²² “1. Actualización de la normatividad de RIPS, 2. Facturación electrónica del sector salud. 3. Decreto 441 de 2022, el cual tiene por objeto regular algunos aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, celebrados entre dos o más personas naturales o jurídicas para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, en sus etapas precontractual, contractual y post contractual, establecer mecanismos de protección a los usuarios y regular aspectos relacionados con la facturación y pago de los servicios, y tecnologías en salud. 4. Sistema Integrado de Información Financiera y Asistencial (SIIFA).”

²³ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022.

²⁴ Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

²⁵ De la obligatoriedad del reporte de la información para acceder a programas de inversión de la Nación y de las entidades territoriales.

²⁶ Mediante la cual adoptó los campos de datos adicionales para la generación de la factura electrónica de venta en el sector salud.

²⁷ Por medio de la cual reglamentó el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud.

²⁸ Frente a esto destacó un incremento sobre la prescripción en 5,8% y en el número de personas con suministro efectivo en un 32%. Destacó que en el 2020 se fortaleció el uso de la plataforma en cuanto a prescripción y reporte de suministros para el RS (Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 74-75).

²⁹ ASIS.

³⁰ Además de la “dinámica demográfica, factores comportamentales, la morbilidad y mortalidad, identificación de desigualdades en salud, desagregados a nivel departamental. Este ASIS incluye una priorización de necesidades como insumo para la definición de la política sanitaria y los planes de salud.”

³¹ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 77-79.

³² Ver anexo 1.

³³ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 111-112. Ver anexo 2.

³⁴ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 82-83.

³⁵ “• Se evidencia que las EPS- S no fortalecieron sus procesos para construir la información requerida para el estudio de suficiencia de la UPC, dado que disminuyó el reporte en registros y valor. • En cuanto al proceso de retroalimentación, el reto continúa, apuntando a que la información sea cada vez más representativa. • En razón al confinamiento decretado como

13.12 A su vez, expuso las distintas dificultades que persistieron en lo atinente a la disponibilidad de información y al reporte. Destacó la poca asistencia técnica prestada a las EPS en razón del confinamiento decretado en el marco del Covid-19; las restricciones de reuniones presenciales que impidieron llevar a cabo el cronograma de visitas para entregar dicha asistencia; y la inaplicación de lo dispuesto en el artículo 18 de la Resolución 5313 de 2019 para la vigencia del 2021, pues la Comisión Asesora consideró que de hacerlo se desnivelaría la paridad de la prima entre ambos regímenes (95%) y ello podría limitar la cobertura del servicio a la salud.³⁶

13.13 Agregó que adelantó gestiones para superar tales dificultades, y destacó las siguientes: 1) continuar la programación de las asistencias técnicas a las EPS-S; 2) implementación de la factura electrónica en el sector salud; 3) actualización de las condiciones de reporte en los RIPS; 4) la evaluación de nuevas formas de cálculo para determinar la UPC, buscando identificar la variabilidad del gasto, considerando patologías o enfermedades en la población; y 5) la implementación y generación de la factura electrónica en el sector salud y la determinación de los datos que deben reportar los diferentes actores del SGSSS.³⁷

13.14 Explicó cómo el SGD³⁸ integra los datos provenientes de diferentes fuentes del sector y ofrece a los usuarios “la consulta de una visión única integrada de la información”. Añadió que el SGD cuenta con 53 fuentes integradas y que su contenido se dispone a través de servicios de información, tableros de control, cubos de información y del módulo geográfico del Sispro³⁹.

13.15 También se refirió a que las facultades sancionatorias se encuentran a cargo de la SNS, a quien el Ministerio notifica que algunas EPS incumplen con el reporte, para que adelante las investigaciones a que haya lugar.⁴⁰

13.16 Respecto de las medidas para alcanzar la unificación de las variables de información que manejan las EPS y unificar los sistemas de datos que emplea internamente la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – TIC, manifestó que durante el 2021 se trabajó con las dependencias del MSPS para mejorar la calidad de los datos relacionados con la afiliación, partiendo de la actualización permanente de la información de referencia de la identificación y supervivencia en la tabla de “evolución documento de identidad”; la depuración de la BDUA⁴¹; y la construcción y actualización de información de referencia para validar los datos de aportantes naturales y jurídicos.⁴² Anotó estar trabajando en la implementación de servicios en línea para la consulta de documentos de identidad reportados por la RNEC y Migración Colombia.

consecuencia de la pandemia por el Covid-19, así como a las medidas de seguridad sanitaria con las cuales, se pretende disminuir el contagio del virus, este Ministerio, durante el primer trimestre del 2020, exclusivamente realizó asistencia técnica in situ a las EPS indígenas. • Las medidas impuestas frente a la restricción de reuniones presenciales a lo largo de la vigencia 2020, no permitió llevar a cabo el cronograma de visitas para la asistencia técnica de las demás EPS – S. • Lo dispuesto en el artículo 18 de la Resolución 3513 de 2019 no fue aplicado para el cálculo del valor de la UPC de la vigencia 2021, en razón a que la citada Comisión Asesora, en sesión No. 27, realizada en noviembre del 2020, consideró que, de aplicarse dicha disposición, se desnivelaría la paridad de la prima de aseguramiento que existe entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado (95%), y que ello podría conllevar a la limitación del derecho a la salud.” Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 85.

³⁶ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 92.

³⁷ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 92-93.

³⁸ Sistema de Gestión de Datos (Bodega de Datos de SISPRO).

³⁹ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, págs. 9-13.

⁴⁰ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, pág. 13.

⁴¹ Precisó mejoras en el sistema de información para recaudar datos que permitan la clara identificación de los afiliados. Destacó la continuidad que se ha dado al proceso de actualización de información de referencia en la tabla “Evolución Documento de Identidad” y la depuración constante de la BDUA con el aval del Comité Técnico de la BDUA, así como una optimización en los procedimientos para la atención de casos en que se registran diferencias entre información de referencia de la identificación y los datos registrados en la BDUA.

⁴² Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 14.

13.17 Sobre la estandarización de datos y codificaciones, reportó que no es posible tener un estudio que pueda considerar todas las interacciones de información entre los actores y participantes de la regulación, administración, operación, financiamiento y de inspección, vigilancia y control. Así mismo mencionó la información que se recauda en ambos regímenes para ser considerada en los estudios de suficiencia y en los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la UPC.⁴³

13.18 En cuanto a las medidas ejecutadas para poder desagregar la información obtenida a partir de las tutelas en salud e identificar y agrupar con precisión cada uno de los impedimentos por los cuales el usuario acudió a dicho amparo, señaló que el Mipres efectúa el registro de aquellas relacionadas con recobros y que en el mes de abril de 2022 se inició la prueba piloto de la versión 3.0 con lo cual se esperaba tener la totalidad de tutelas que lleguen en referencia a pacientes del RS.⁴⁴

13.19 La Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud⁴⁵ aclaró respecto de las herramientas implementadas para que la calidad de los datos sobre atención se encuentre ligada a cada territorio y a la población, para tener utilidad como indicadores de acceso y servicio, y sobre los mecanismos para desagregar la información con el fin de que los datos recolectados no sean tan generales y permitan la implementación de medidas más precisas, que el sistema de información de los servicios prestados no es agregado, sino nominal, detallado y parametrizado, en el que se registran uno a uno.⁴⁶

13.20 Respecto a las medidas para que los sistemas de información recolecten datos completos, oportunos y de calidad, la TIC señaló⁴⁷ algunos mecanismos que disminuyen el riesgo de envío de información inconsistente, como transporte de archivos de forma segura, aplicativos en línea, asistencia técnica a los actores, disposición información por medios masivos, estandarización de codificaciones e integraciones con otras fuentes.

13.21 También puntualizó que, de este modo, los datos empleados para los estudios de UPC tienen el máximo nivel de desagregación, pues contienen las variables sociodemográficas a nivel de identificación de la persona, fecha de nacimiento, sexo, municipio de residencia y código de la EPS a la que está afiliado. De igual modo, contiene variables de los servicios prestados a nivel de código del servicio a cada usuario.⁴⁸

13.22 Expresó que se tomaron medidas en el 2020 y 2021 encaminadas a mejorar las deficiencias en la calidad de información suministrada por las EPS-S, con el fin de que fuera representativa para definir la UPC. Resaltó los avances obtenidos en este sistema para el reporte de datos considerados en el estudio de suficiencia, como la optimización en la solución tecnológica de mayor alcance, sobre la cual indicó que se efectuaron importantes ajustes al modelo alcanzando mejores tiempos de validación y la integración de las plataformas⁴⁹. Señaló un progreso en el sistema de reporte para EPS –SIREPS; la integración de las distintas fuentes de datos para la validación y retroalimentación de información a la solución tecnológica⁵⁰, ELT⁵¹; la mejora en la malla de validación; el procesamiento de datos y en la verificación de la cobertura de estos.⁵²

13.23 Destacó como “avances y logros frente a los sistemas de información y mejoramiento de la calidad de la información utilizada para calcular la UPC”⁵³, la

⁴³ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 17.

⁴⁴ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 29.

⁴⁵ En adelante la Dirección de Regulación.

⁴⁶ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 29.

⁴⁷ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022.

⁴⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 29.

⁴⁹ SIREPS y PISIS.

⁵⁰ En la cual mencionó las plataformas disponibles, siendo la PISIS y el SIREPS.

⁵¹ En sus siglas en inglés: Extract, Load, Transform.

⁵² Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 65-69.

⁵³ Frente a las cuales no se hará mayor mención en este apartado, porque previamente fueron analizados de una forma más amplia.

optimización y mejora de las funciones en la solución tecnológica -ELT, la cual permitió la sincronización con las plataformas PISIS y SIREPS, garantizando así la mayor calidad del dato y trazabilidad de la información. De igual manera manifestó que pese a los logros alcanzados, se mantienen los retos para avanzar en la recolección de estos datos para el estudio de suficiencia y los demás proyectos.⁵⁴

13.24 Relacionó el progreso obtenido en razón a la conformación de la “Tabla de Evolución de Documento de Identidad” y las auditorías y depuraciones que se han realizado en la BDUA⁵⁵. Frente a la primera de estas, durante la vigencia 2020 se continuó con la actualización de información de referencia de la identificación y supervivencia de la tabla, la cual actúa como insumo para la identificación en el SGSSS. En cuanto a las auditorías, resaltó que en el 2020 se dio continuidad al proceso de depuración de la base de datos, y que de igual forma estas también se han realizado para asociar las afiliaciones con certificado de nacido vivo y su correspondiente registro civil, aparte de haber trabajado en la actualización automática de la evolución del tipo de documento de identidad.⁵⁶

13.25 De igual forma, mencionó avances en la gestión de la información, frente a la cual explicó el proceso que permite dar uso a esta para aplicarse en la metodología de cálculo de la UPC⁵⁷; señalando que aquellos archivos que no cumplen estos requisitos se devuelven a las EPS para que presenten sus justificaciones.

13.26 Precisó mejoras en el sistema de información para recaudar datos que permitan la clara identificación de los afiliados. En primer lugar, destacó la continuidad que se ha dado al proceso de actualización de información de referencia en la tabla “Evolución Documento de Identidad” y la depuración constante de la BDUA con el aval del Comité Técnico de la Base de Datos Única de Afiliados. De igual forma en la construcción y actualización de información de referencia para validar los datos de aportantes naturales y jurídicos, la optimización en los procedimientos para la atención de casos en que se registran diferencias entre información de referencia de la identificación y los datos registrados en la BDUA,⁵⁸ y la implementación de la afiliación de oficio en el SAT.⁵⁹

13.27 Sobre esto último, advirtió la importancia de las actualizaciones adoptadas en el SAT⁶⁰ y destacó la implementación como documento válido para el migrante venezolano del PPT⁶¹ y de nuevas funcionalidades⁶² de acreditación y retiro de esta población.⁶³ Que debido a la afiliación de oficio incrementó considerablemente la cantidad de personas afiliadas al SGSSS a través de dicho instrumento; que en cerca de 1000 municipios las IPS realizaron afiliaciones de oficio y que en el año 2021⁶⁴ se apreció un aumento de estas⁶⁵.

13.28 En consideración a las negaciones de servicios de las EPS y los distintos argumentos que invocan para ello, señaló que en la Resolución 3539 de 2019 se estableció el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud reporten los servicios y tecnologías ordenados por el médico y que sean negados.⁶⁶ De igual modo, en relación a la optimización en el reporte de la negación de servicios anotó que se ha

⁵⁴ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 90-92.

⁵⁵ Base de Datos Única de Afiliados.

⁵⁶ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 73-74.

⁵⁷ Poblacionales y de prestación de servicios.

⁵⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 97-99. Estas actuaciones también fueron reportadas en el segundo semestre de 2021.

⁵⁹ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 123-124.

⁶⁰ Sistema de Afiliación Transaccional.

⁶¹ Permiso de Protección Temporal.

⁶² Sostuvo que se evidenció un crecimiento en el SAT de cerca del 19%, con relación al número de transacciones efectuadas, “*siendo el traslado de EPS la principal con cerca del 65%, seguida por la afiliación de oficio (18%) y la inclusión de beneficiarios (7%), novedades estas que le facilitan al ciudadano el acceso a los servicios de salud.*” Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 69-71.

⁶³ Estando esto de acuerdo con la Resolución 1178 de 2021 y el Decreto 064 de 2020.

⁶⁴ Con fecha de corte de septiembre de 2021.

⁶⁵ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 99-103.

⁶⁶ Modificando la Resolución 256 de 2016. Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022.

fortalecido el uso del Mipres en la prescripción y reporte de suministros para el RS. De igual forma, frente a la estandarización de datos y codificaciones, expresó que se desplegaron distintas acciones, a saber:⁶⁷

- “• Actualización permanente y/o creación de catálogos de variables transversales en el marco de MIPRES. Tipo de identificación; Procedimientos- CUPS; Medicamentos, Medicamentos Vitales No disponibles; Productos Nutricionales, Dispositivos Médicos, Servicios complementarios, Enfermedades Huérfanas, CIE- 10.
- Publicación de codificaciones para los sistemas de información del país en www.minsalud.gov.co.”⁶⁸

13.29 Por último⁶⁹, se refirió a las medidas adoptadas en punto de deficiencias del sistema de información, especialmente las relativas a la calidad de datos reportados en el RS para que esta sea representativa en la definición de la UPC. En lo referido a esto, resaltó nuevamente⁷⁰ la optimización que han tenido las soluciones tecnológicas en los últimos años y los procesos que se llevan a cabo para que esta información cumpla los estándares de calidad requeridos⁷¹. Mencionó que las frecuencias de uso que se utilizarán para los estudios y cálculo de la prima del 2023 partirán de la información reportada en el mes de mayo de 2022, la cual corresponde a servicios y tecnologías prestados en la vigencia 2021.⁷²

13.30 Manifestó que se realizaron gestiones en el primer semestre de 2022 para mejorar el SAT; citó el estudio que determinó cómo sería la implementación de la afiliación al RS mediante el mecanismo de contribución solidaria e indicó que, con el resultado del análisis y la expedición del Decreto 616 de 2022 se avanzaría en la puesta en producción de:

- “La modificación de la afiliación de oficio incluyendo la afiliación a Régimen Subsidiado mediante mecanismo de contribución solidaria, avance que se alcanzó a desarrollar, probar y poner en producción a partir de junio de 2022.
- El desarrollo de una nueva funcionalidad de afiliación individual por el rol del ciudadano que incluyera afiliación mediante el mecanismo de contribución solidaria.
- El ajuste a la funcionalidad de reinscripción (hoy llamada inscripción) incluyendo el mecanismo de contribución solidaria.
- Modificación a la Impresión de la transacción de Afiliación Oficio incluyendo texto cuando la afiliación de oficio corresponde al mecanismo de Contribución Solidaria.”⁷³

13.31 Expresó que durante los años 2021 y 2022 se implementó la funcionalidad de inicio de relación laboral, la cual salió en producción el 2 de mayo de 2022, para permitir a las empresas reportar esta novedad a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales y cajas de compensación familiar con una sola transacción. Añadió que se realizaron distintos ajustes como parte de la estabilización del aplicativo, así como otros que se encuentran radicados en la TIC para su eventual revisión y desarrollo.⁷⁴

13.32 En lo concerniente⁷⁵ a las mejoras en el sistema de información respecto de la prestación de los servicios de salud, indicó que se han obtenido avances, como:

(i) la automatización del proceso de carga de RIPS y el crecimiento de registros de estos por parte del RS; (ii) el informe periódico a la SNS del no reporte de los RIPS; (iii) la utilización de los datos del RIPS suministrados por las EPS, ARL, ET y demás para la construcción de algoritmos; (iv) la integración de los datos del RIPS reportados por las

⁶⁷ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 128-130.

⁶⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 107.

⁶⁹ Expuso el informe del primer semestre de la vigencia de 2022, frente al cual expresó distintos avances.

⁷⁰ De igual manera lo plasmó en el estudio de cumplimiento frente a la vigencia 2021.

⁷¹ En los cuales realiza la explicación de los procesos de gestión de la información, solicitud de la información y cómo posteriormente se procesará la misma a través de las distintas reglas de calidad que se encuentran dispuestas.

⁷² Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 119-123.

⁷³ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 124-125.

⁷⁴ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 125-126.

⁷⁵ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 126-128.

EAPB⁷⁶, y los reportados de atenciones a población migrante; (v) la mejora del número de EPS-S que reportan en el RIPS; (vi) la actualización en forma mensual de Minsalud digital; (vii) servicios en línea para verificación de información de sedes de IPS habilitadas en el REPS y de RETHUS⁷⁷; (viii) la disminución de las atenciones reportadas en el año 2020 asociada a temas de pandemia por Covid-19; (ix) utilización de los datos de RIPS suministrados por los actores del sector salud para la construcción de algoritmos para caracterizar y evaluar entidades territoriales; y (x) unificación de fuentes de información.⁷⁸

13.33 Por otro lado, respecto a las medidas para considerar dentro del sistema de información las necesidades reales de la población, enfatizó en la existencia del Análisis de Situación de Salud, como una metodología que permite explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio, con el que realiza la identificación de necesidades, ajustes e incorporación de datos que permita dar respuesta a los eventos ocurridos en el periodo de tiempo a tener en cuenta en la actualización del ASIS. Resaltó que para la vigencia 2022 se encuentran en el proceso de aislamiento de herramientas y actualización de datos para realizar la socialización de lineamientos y ejecución de asistencias técnicas a los territorios.⁷⁹

13.34 En lo referente a los obstáculos que impiden a las EPS/IPS realizar un mejor reporte sobre las frecuencias de uso, resaltó la existencia de mecanismos para el registro de datos en línea y en tiempo real (como PISIS y el SISPRO)⁸⁰. Indicó que la información que alimenta las bases de datos del SGSSS, contrario a lo expuesto por la Comisión de Seguimiento, es de calidad y confiable. Esto se da debido a que los datos registrados o remitidos por los actores del sector salud cuentan con validaciones tanto de estructura como de consistencia, los cuales se presumen ciertos⁸¹, y posteriormente se consolidan en el SISPRO.⁸²

13.35 En relación con el cálculo de la UPC la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud señaló que los indicadores elaborados corresponden a cada una de las calidades realizadas a la información, el resultado es el porcentaje de registros que cumplen con dichas calidades. Así, describió los procesos de consistencia, completitud y calidad que son base para el cálculo de la UPC, iniciando por el procesamiento de la calidad de la información.⁸³

13.36 Sobre la fijación del valor de la UPC para la vigencia 2021, indicó que esta fue definida a través de la Resolución 2503 de 2020, la cual incluyó ajustes de financiación para la implementación de la progresividad de las tecnologías en salud, estando basado este análisis en cinco estrategias.⁸⁴

13.37 Frente a lo anterior resaltó que “se han mantenido los esfuerzos para garantizar los recursos necesarios que den continuidad y sostenibilidad a la igualación del PBS-UPC, así como a la actualización y ampliación del mismo”. Precisó que el valor de la actualización

⁷⁶ Entidades Administradoras de Planes de Beneficio.

⁷⁷ Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

⁷⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 103-105.

⁷⁹ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 133-134.

⁸⁰ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, págs. 7-8.

⁸¹ De acuerdo con el artículo 83 de la Constitución Política.

⁸² Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, págs. 8-9.

⁸³ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 11.

⁸⁴ “1. Combinaciones a dosis fijas de los medicamentos para el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Para ello, el Ministerio de Salud y Protección Social realizó el Análisis de Impacto Presupuestal – AIP, teniendo como insumo el manual de elaboración de AIP, realizado por el IETS. 2. Actualización de AIP de procedimientos, los cuales, habían sido realizados en años anteriores por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. 3. Eficiencia transaccional aquellos medicamentos que en su recobro presentaban valores inferiores a 1.000 millones de pesos. 4. Actualización de los AIP realizados por IETS, referente a las formas farmacéuticas, con el fin de eliminar la condicionalidad que se presentaba en algunos medicamentos orales e inyectables por la forma farmacéutica. 5. Análisis de la información reportada por la aseguradora tanto del régimen contributivo, como del subsidiado, con el objeto de identificar aquellas tecnologías que por la aplicación del artículo 128 de la Resolución 5857 de 2018 es posible su financiación a través de recursos de la UPC.” Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 88.

de este PBS fue de \$109 mil millones y correspondió a la inclusión de 8.384 CUMS y 22 procedimientos.⁸⁵

13.38 Mencionó como dificultad frente a la fijación del valor de la UPC, la consecución de la información con calidad y oportunidad del RS, así como la abstención por parte de las EPS-S y las IPS-S para el reporte de los datos correspondiente a las actividades diferenciales propias de los pueblos indígenas que pueden ser financiadas a través de la UPC diferencial.⁸⁶

13.39 Indicó que una vez recibida la información de las EPS a través de la plataforma PISIS, se inicia el proceso de validación, consistente en aplicar las reglas de calidad orientadas a verificar el cumplimiento de las especificaciones establecidas para garantizar la calidad de los datos, y los que superan en primera instancia esta validación conforman la base de datos inicial.⁸⁷

13.40 Los registros que no cumplen con las exigencias de calidad configuran los archivos de retroalimentación por EPS, los cuales se disponen en archivos maestros (archivos planos) según el tipo de registro, para que cada aseguradora los descargue y envíe las respectivas justificaciones, en de los plazos establecidos y según los requerimientos definidos por el ente ministerial. Indicó que “una vez recibidas las justificaciones por parte de cada EPS, se realiza nuevamente la validación de los datos recibidos, para incorporar a la base final, aquellos registros que cumplan con la calidad especificada”⁸⁸.

13.41 Para el cálculo de la UPC del RS expuso que tomó la información de los servicios prestados desde el primero de enero al 31 de diciembre del 2020, encontrando que, de un total de 25 EPS-S, 24 reportaron datos, de las cuales 3 fueron liquidadas en esa vigencia; es decir que el 96% informó sobre la prestación de servicios. Ahora, en aras de lograr una mayor representatividad del régimen y con el fin de estimar la UPC el MSPS realizó un trabajo con los gremios, y se diseñó un indicador combinado el cual tiene en cuenta los criterios de (i) la población afiliada (20%), (ii) el número de municipios en los que hace presencia la EPS (10%) y (iii) un indicador de “cobertura valor (70%)”⁸⁹.

13.42 El ente ministerial manifestó que las actualizaciones del PBS en ambos regímenes logran garantizar que el valor establecido cubra las necesidades en salud de la población, debido a que para dichos cálculos emplea información que surte procesos de calidad y representatividad poblacional y cuenta con una metodología robusta alineada con las condiciones de la prestación de servicios y del aseguramiento en Colombia. Indicó que el diferencial de valor entre la UPC del RC y el RS está dado por las condiciones de operación de cada régimen y la población cubierta, y que no se tiene referencia de ningún estudio que determine que la diferencia entre las primas genere desigualdad de condiciones frente a la demanda de servicios.⁹⁰

13.43 Explicó que la información con la cual se calcula la UPC contiene la variable “ámbito de prestación del servicio” o “tecnología en salud” (ambulatorio, hospitalario, urgencias, domiciliario), lo cual hace posible clasificar las actividades por cada uno estos ámbitos. Adicionalmente, que el ente ministerial cuenta con datos diferentes a las fuentes con las que se calcula la UPC, con los que se miden las actividades de detección temprana y protección específica (Resolución 4504 de 2021 y Resolución 202 de 2021) para medir resultados en salud y calidad de los servicios prestados.⁹¹

⁸⁵ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 88-90. Ver anexo 3.

⁸⁶ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 90.

⁸⁷ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 11.

⁸⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 11.

⁸⁹ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 19.

⁹⁰ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 24.

⁹¹ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022.

13.44 El MSPS agregó que no se contempla dentro de las causales de negación la insuficiencia de la UPC ni otras de tipo financiero, por lo que no se puede predicar que los servicios de salud se estén negando por este tipo de causas.⁹²

13.45 Por otro lado, frente a la influencia de la actualización del PBS en consideración a la determinación del valor de la UPC, puntualizó que, tal y como se puede apreciar en los estudios de suficiencia, las actualizaciones tienen un proceso de cálculo de frecuencias de uso y análisis del impacto financiero, que además de ser actuarial hace que sean financieramente viables dentro de la prima. En su concepto, indicó que esto significa que dichas tecnologías se encuentran concebidas dentro de la UPC y por ende no se genera insuficiencia fiscal.⁹³

13.46 En lo atinente a la metodología empleada para definir el valor de la UPC y la cobertura en igualdad de condiciones de la demanda de servicios en salud, anotó que los métodos usados para establecer el importe de la prima en ambos regímenes logran garantizar que el valor establecido cubra las necesidades de la población, con cumplimiento de los principios de igualdad para todos los afiliados. Indicó que para este fin es de vital importancia el Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la UPC, el cual está conformado por tres partes independientes, siendo las siguientes: (i) la composición metodológica; (ii) la presentación del desarrollo y los resultados del estudio y (iii) el nuevo ajuste de riesgo por condiciones de salud y mecanismo de incentivos.⁹⁴

13.47 Paralelamente, hizo alusión al instrumento de solicitud de información para el cálculo de la UPC, el cual fue enviado en diciembre de 2019⁹⁵ con el fin de consolidar los datos sobre la prestación de servicios de salud suministrados por las EPS de ambos regímenes, y de esta manera obtener propuestas técnicas que sirvan de insumo para calcular el valor de la prima.⁹⁶ De igual forma expuso que se dio continuidad a la estrategia de asistencia técnica in situ a las EPS-S, se ejecutaron visitas a las sedes principales de algunas de estas y se adelantaron jornadas de capacitación para solventar dificultades en los procesos de reporte de información. Advirtió⁹⁷ que si bien esta asistencia se enfocó en las EPS-S, no obstó para que participaran algunas otras.

13.48 En lo atinente a la suficiencia de la UPC señaló que las EPS-S que fueron objeto de asistencia técnica en el periodo de informe actualmente cuentan con información clara sobre cómo registrar adecuadamente las tablas de referencia, “las validaciones que se realizan a partir de ellas, y el proceso de validación de medicamentos”, y por esto concluyó que, las entidades cuentan con los elementos suficientes para efectuar un buen ejercicio en el reporte.⁹⁸ También procedió a explicar en qué consistía la metodología de cálculo de dicha prima para la vigencia 2020. Resaltó que en cada una de las anualidades ha realizado los estudios que permitan establecer la suficiencia y los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo mencionado.⁹⁹ Indicó que el método usado parte esencialmente de un análisis actuarial de tarifas, cuyo objetivo es fijar un nivel de prima suficiente para cubrir las obligaciones en salud a cargo de una EPS.¹⁰⁰

⁹² Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022.

⁹³ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 60-61.

⁹⁴ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 61-62.

⁹⁵ Documento que se puede apreciar junto a las tablas de referencia en la página web del ente ministerial en el subsitio <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>.

⁹⁶ Frente a eso, indicó que se implementaron funciones en el ELT, las cuales permiten sincronizar los procesos con PISIS y SIREPS, para garantizar la calidad del dato y la trazabilidad de la información.

⁹⁷ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 79-82.

⁹⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 82.

⁹⁹ Estudios los cuales han sido publicados y pueden ser consultados en la página web del ente ministerial, a través del enlace: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>.

¹⁰⁰ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 85.

13.49 Precisó que, en el marco de la teoría de los seguros, el cálculo de la UPC se sujeta a la ecuación fundamental y el objetivo del análisis de tarifa es conseguir que esta sea balanceada y que con la prima se puedan cubrir los gastos y generar el nivel de utilidad esperado. Por tal motivo, se empleó el método de la razón de pérdida, el cual cuenta con distintos elementos actuariales¹⁰¹ que permiten la estimación de esta. De igual manera, indicó¹⁰² que en el estudio de suficiencia se tienen en cuenta “algunos tipos de ajustes a la información de los siniestros y que corresponde al trending, por una parte, se tiene el ajuste inflacionario, que llevó al costo de la atención a los precios esperados en el periodo de aplicación,” entre otros tipos de ajustes¹⁰³.

13.50 Por otro lado, destacó que, dentro de las acciones adelantadas para lograr el acceso a los servicios, los estudios de suficiencia y los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la UPC, analizaron la información de los regímenes independientemente y reconocieron las diferencias entre ellos. De estos afirmó que prevén la suficiencia de recursos que financian el mecanismo de protección colectiva, el cual está soportado en los principios de aseguramiento social. Adicionó que, el ente ministerial ha encaminado esfuerzos para que las EPS dispongan de herramientas como “modelos de atención, formas de contratación, conformación de redes de prestación de servicios de salud, establecimiento de guías o protocolos de manera conjunta con las instituciones prestadoras de servicios de salud, elementos todos ellos fundamentales para una adecuada gestión del riesgo en salud y que se constituyen en garantes de la suficiencia de la UPC.”¹⁰⁴

13.51 La Dirección de Regulación afirmó que las diferencias sociodemográficas, epidemiológicas y de operación son tenidas en cuenta al momento de realizar el estudio de suficiencia que se compone de tres partes; (i) la composición metodológica¹⁰⁵, (ii) el desarrollo y los resultados del estudio, independiente para ambos regímenes¹⁰⁶; y (iii) la parte que aborda el nuevo ajuste de riesgo por condiciones de salud y el mecanismo de incentivos que se está desarrollando desde el Ministerio, como estrategia para optimizar los factores predictivos.¹⁰⁷

13.52 Por esta misma línea, señaló que para los estudios de suficiencia se utilizan cuatro grupos de fuentes de datos: (i) poblacionales; (ii) servicios prestados –fuente EPS-; (iii) económicas; y (iv) prestación de tecnologías y servicios de salud financiados con presupuestos máximos, se contemplan 5 fuentes de información.¹⁰⁸

13.53 En lo atinente a la orden de garantizar la suficiencia necesaria para financiar el PBS y la solvencia de la UPC, esta entidad expuso que fue incluido un nuevo ajustador de riesgo por condiciones de salud y el mecanismo de incentivos que se está desarrollando como estrategia para optimizar los factores predictivos y avances, entre otros, que garanticen la suficiencia de la prima. A su vez, agregó que el estudio realizado verifica el equilibrio de

¹⁰¹ De los cuales enuncia: 1) la estimación de la población; 2) estimación de los siniestros; 3) estimación de las primas actuales; 4) prima pura; 5) prima comercial.

¹⁰² Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 85-87.

¹⁰³ También destacó el ajuste por procedimientos, medicamentos y dispositivos que no hacen parte de las tecnologías en salud y servicios con recursos de la UPC y el trending de frecuencias.

¹⁰⁴ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 87-88.

¹⁰⁵ En la cual se describen las fuentes de información, las variables, los procesos de validación de calidad de la información, el marco teórico y métodos utilizados desde la ciencia actuarial y todos los demás elementos que inciden en el cálculo de la prima de la UPC.

¹⁰⁶ Cumpliendo con los criterios de calidad para todas las estimaciones y analizando en profundidad el comportamiento poblacional y los principales índices demográficos, los perfiles epidemiológicos y de carga de enfermedad para el país, el uso y cobertura de los servicios de salud, el gasto, la frecuencia y la severidad por tipo de tecnología en la estructura del sistema y los distintos ajustes de riesgo.

¹⁰⁷ El informe explicó que los objetivos específicos del estudio son - “Caracterizar el comportamiento demográfico, de la población de los regímenes Contributivo y Subsidiado. - Realizar el estudio financiero de las EPS del régimen contributivo y subsidiado. - Estimar el impacto presupuestal de las nuevas tecnologías en salud que son incluidas para ser financiadas con la UPC. - Calcular y definir la indicación de incremento de la UPC estableciendo su valor y los ajustes de riesgo correspondientes para cada uno de los regímenes.” Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 21.

¹⁰⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 22.

los recursos disponibles para el aseguramiento en salud para cubrir la prestación de los servicios y tecnologías en relación con los cambios epidemiológicos.¹⁰⁹

13.54 En cuanto a los servicios y tecnologías en salud financiados con la UPC en la vigencia del 2022, refirió que “a través de la Resolución 2381 de 2021¹¹⁰ y su correspondiente estudio de suficiencia se incorporó lo dispuesto a la Resolución 2292 de 2021, entre otros, los servicios y tecnologías de salud que hasta la vigencia 2021 venían siendo financiados con recursos del presupuesto máximo.”

13.55 A su vez, indicó que esta estrategia pretende abarcar el mayor número de tecnologías susceptibles de migrar hacia la financiación con recursos de la UPC, propendiendo por una atención y gestión integral. Expuso cómo los medicamentos se pueden agrupar en principales órganos o sistemas y posteriormente se diseñaron atributos para seleccionar las tecnologías que estarían bajo análisis de ser financiadas a través de la UPC. Una vez realizado el estudio, concluyó que de un total de 1345 GR¹¹¹ analizados, 922 se consideraron como susceptibles de migrar.¹¹²

13.55. En cuanto a la suficiencia para financiar el PBS de forma que cubra todos los tratamientos y tecnologías en salud, expresó que se tomaron distintas medidas con tal fin; acciones realizadas con relación a los sistemas de información que permiten calcular y actualizar la prima con precisión, con lo que destacó la solución tecnológica implementada en los últimos años y los siguientes avances:

“5. Actualización de la normatividad de RIPS

6. Facturación electrónica del sector salud

7. Expedición del Decreto 441 de 2022, el cual tiene por objeto regular algunos aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, celebrados entre dos o más personas naturales o jurídicas para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, en sus etapas precontractual, contractual y post contractual, establecer mecanismos de protección a los usuarios y regular aspectos relacionados con la facturación y pago de los servicios, y tecnologías en salud.

8. Sistema Integrado de Información Financiera y Asistencial (SIIFA).”¹¹³

13.56 Sobre la suficiencia de la UPC frente a las actualizaciones del PBS, manifestó que tal y como se observa en los estudios de suficiencia, estas actualizaciones tienen un proceso de cálculo de frecuencias de uso y análisis de impacto financiero, lo que hace que sean económicamente viables dentro de la UPC, significando que no se genera insuficiencia de la prima.¹¹⁴

13.57 Por otro lado, el MSPS¹¹⁵ se refirió a una serie de documentos que le fueron remitidos¹¹⁶ con el fin de que se pronunciara respecto de estos. Ante lo expuesto por la CGR¹¹⁷, resaltó la importancia de las auditorías de cumplimiento y los seguimientos realizados permanentemente por la entidad;¹¹⁸ de otra parte, sobre al análisis contable efectuado con el fin de analizar la suficiencia de la UPC y su incidencia en el detrimento patrimonial, precisó que es necesario tener presentes distintos valores registrados en el ingreso, costo y gasto asociados a la UPC.

¹⁰⁹ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 113-114.

¹¹⁰ “Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2022 y se dictan otras disposiciones”.

¹¹¹ Grupos Relevantes.

¹¹² Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 114.

¹¹³ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 138.

¹¹⁴ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 139.

¹¹⁵ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, pág. 1.

¹¹⁶ Por medio de Oficio No. OPTC- 298/22.

¹¹⁷ En documento del 05 de julio de 2022 con radicado No.2022EE0115007.

¹¹⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, págs. 2-4.

13.58 Sobre el documento de la Defensoría del Pueblo¹¹⁹, precisó que el ente ministerial desarrolla análisis y estimaciones independientes para cada régimen, encontrando diferencias con base en las cuales se estudia la suficiencia de los recursos que deben entregarse a las entidades. Sobre la oportunidad y calidad de los datos empleados para calcular la UPC del RS, resaltó el esfuerzo del MSPS para contar con plataformas misionales de información para el reporte de los datos. Añadió que, respecto a la necesidad de que los sistemas continúen mejorando sus estructuras, el Ministerio tiene el propósito de establecer uno que permita mayor consolidación y reporte por parte de los actores involucrados, así como que los sistemas actuales sean interoperables.¹²⁰

13.59 El ente ministerial precisó, con relación a la información que reportan las EPS y su unificación, que se ha establecido la estandarización de datos en pro de que el reporte se haga de manera unificada y añadió que, aquellos se integran en la Bodega de Datos del SISPRO y a través de PISIS. Concluyó que el ente ministerial cuenta con los mecanismos necesarios para el suministro de la información.¹²¹

13.60 Con relación a lo expuesto por Acemi,¹²² frente a la suficiencia de la prima pura de riesgo, indicó que, si bien desde la vigencia de 2021 se han adelantado análisis para determinar nuevas variables de ajuste a la estimación de la UPC, ello no quiere decir que la metodología actual no busque determinar una UPC suficiente, con lo que expresó que la ecuación empleada resulta balanceada, como se demostró en el estudio de suficiencia.¹²³

13.61 En lo atinente a la selección de los procedimientos que migrarían a ser costeados por la UPC, manifestó que en principio se identificaron aquellos excluidos de la financiación, quedando 937 con posibilidad de incluirse en la prima. Explicó que una vez aplicados los criterios de selección para determinar si estos pasarían a ser financiados con recursos de la UPC, se concluyó que 654 migrarían a esta fuente de recursos.¹²⁴

13.62 Resaltó los siguientes avances: 1) la superación de obstáculos respecto a la información reportada por el RS¹²⁵; 2) la UPC se obtuvo de la información remitida a través de varias fuentes que permitieron establecer las necesidades específicas en términos de costos de servicios y tecnologías; 3) se trasladaron servicios de salud que venían siendo financiados por presupuestos máximos hacia la UPC; 4) se prevén a corto plazo la determinación de metas y resultados en salud con distribución equitativa de recursos; y 5) el flujo de información y equiparación de la prima pura del RS al RC.¹²⁶

13.63 Sobre el cálculo del presupuesto máximo (PM), manifestó que el principal indicador con el que se cuenta se refiere a los procesos de calidad del dato. Desde su creación, se han adelantado diferentes asistencias a las EPS y entidades adaptadas, en aras de mejorar la información que se reporta en el cierre del ciclo de suministro de Mipres. En estos ejercicios se comparte a cada EPS los datos que se consultan en dicho aplicativo, los cuales sirven para monitoreo y seguimiento, indicándole los filtros de calidad que tienen cada uno de los registros. Este proceso ha servido para que se evidencie una notable mejoría en la información que supera la calidad, llegando en el último corte de 2021 a tener un 98%.¹²⁷

13.64 Adicionalmente, se presenta el desglose por filtro de calidad, con el número de registros que no superan cada malla de validación. De 15.692.102 registros reportados con suministro en 2021, 257.350 no superaron el parámetro. Aclaró que cada grupo de calidad

¹¹⁹ En documento del 22 de julio de 2022 con radicado No.20220040702810141.

¹²⁰ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, págs. 4-5.

¹²¹ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, págs. 5-6.

¹²² En Documento del 02 de agosto de 2022.

¹²³ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, págs. 14-15.

¹²⁴ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 116-117.

¹²⁵ Frente a lo cual añadió que la UPC del RS fue calculada con información propia con un ajuste de 6.33% para la vigencia 2022.

¹²⁶ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 118-119.

¹²⁷ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 13.

se le corre a todos los registros, por tanto, no son excluyentes, así que no se pueden sumar los datos de la columna registros que no superan, debido a que cada uno de estos puede tener varios filtros de calidad.¹²⁸

13.65 Con relación a la reducción de los porcentajes de reajuste del PM explicó que Mipres es la herramienta de reporte y que en aras de mejorar la calidad y la complejidad de la información desarrolló ejercicios de monitoreo y seguimiento de esta, consistentes en reuniones virtuales o presenciales con cada EPS para explicar los procesos de calidad y comunicar las mejoras requeridas en el reporte. Señaló que estos ejercicios han permitido evidenciar un incremento del porcentaje de registros que superan los procesos de calidad en el sistema. Afirmó que sí “se cuenta con la información apropiada para todos los ejercicios de [PM], muestra de ello es que, con la información de 2021, de 15.6 millones de registros reportados, tan solo el 1,64% no supera la revisión de calidad”¹²⁹.

13.66 Anotó que para reducir los ajustes de los PM se han implementado varias acciones como: (i) la mejora de la calidad de la información reportada, (ii) la expedición de la Resolución 1139 de 2022 que eliminó la posibilidad de ajustar los techos y actualizó las disposiciones y reglas generales de estos, (iii) la adopción de la metodología de su cálculo para la vigencia 2022, en la cual se plantearon nuevos componentes que para garantizar que los recursos asignados no requieran ajustes,¹³⁰

13.67 (iv) la actualización de las disposiciones generales del presupuesto máximo;¹³¹ (v) una nueva clasificación de los grupos relevantes de los alimentos para propósito médico especial; (vi) detección de valores atípicos a través de Medcouple; (vii) actualización de los deltas de crecimiento de cantidades; (viii) una sola ponderación del modelo econométrico; (ix) nuevo ajustador del RS y (x) de medicamentos nuevos.¹³²

13.68 En cuanto a la mejora en la fórmula de cálculo de PM y los avances para que sea más exacta,¹³³ manifestó que esta continúa siendo la suma producto entre los valores y las cantidades, reportados en 2021 en cada registro, de cada EPS y grupo relevante. Adujo que se introdujeron nuevos elementos que mejoran el cómputo. De igual modo concluyó que se ha dado mayor holgura en las estimaciones, con una mejor fuente de información y nuevos elementos que permiten tener la tranquilidad sobre el cálculo del 2022.¹³⁴

13.69 Frente a la suficiencia del presupuesto máximo explicó que se han adelantado diferentes tipos de asistencias ante las EPS y entidades adaptadas para mejorar la información que se reporta en el cierre del ciclo de suministro de Mipres. Expresó que este proceso ha representado avances para que los datos superen los filtros de calidad, obteniendo en el último corte de 2021 un 98%.¹³⁵

13.70 Con relación a la necesidad de contar con información apropiada que permita reducir los porcentajes de reajuste del PM,¹³⁶ expresó que el ente ministerial desarrolló ejercicios de monitoreo y seguimiento a los datos, realizando reuniones con cada una de las EPS para explicar los procesos de calidad de la información e incrementar las mejoras requeridas en el reporte. Concluyó que los resultados obtenidos han sido notorios, tanto que el 98% de los reportes superan estos procesos, por lo que afirmó que sí se cuenta con la información apropiada para los ejercicios de establecer el presupuesto máximo. Añadió que la meta

¹²⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 13.

¹²⁹ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folio 24.

¹³⁰ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folio 26.

¹³¹ A través de la Resolución 1139 de 2022.

¹³² Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 62-63.

¹³³ En relación con la suficiencia de los presupuestos máximos.

¹³⁴ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 63.

¹³⁵ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 139.

¹³⁶ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 140-141.

fijada es reducir los ajustes de PM y que debido a ello se han implementado varias acciones.¹³⁷

13.71 En lo tocante a la suficiencia del PM, expresó que las metodologías adoptadas se han basado en la información de los recobros efectuados, y se han ido adaptando a aquella disponible, y que a hoy es superior frente a la de dos años atrás, lo cual ha mejorado con el reporte en Mipres, especialmente en el RS, por lo que concluyó que hoy se tienen datos que se desconocían antes del 2020.^{138.}

13.72 Sobre si las bases de datos que alimentan el SGSSS permiten identificar las barreras de acceso a los servicios de salud de la población la Dirección de Regulación manifestó que los reportes de las EPS corresponden a los servicios prestados, se identifica la persona, su residencia, la IPS y esto comporta la información base para que la UPC tenga ajustadores de riesgo por zona geográfica, los cuales conocen las dificultades geográficas de más de 350 municipios con alta ruralidad y dispersión.¹³⁹

13.73 En lo atinente a las medidas que ha diseñado para que los sistemas de información con que cuenta el SGSSS faciliten el análisis del comportamiento del acceso a los servicios de salud por parte de los afiliados, enunció el Sispro, que está conformado por centrales de información que recogen datos de prestadores de servicios, financiamiento, salud ambiental y gestión del conocimiento entre otros.¹⁴⁰ 13.72. Señaló además que, a la hora de realizar los estudios y encuestas poblacionales en salud, no ha sido ajeno a los inconvenientes descritos en la literatura científica¹⁴¹. En consecuencia, ha generado diferentes estrategias para:¹⁴²

(i) la superación del elevado costo del trabajo de campo, así no todas las encuestas se realizan paralelamente, es decir tienen periodicidades diferentes y ello permite gestionar los recursos para la puesta en marcha de cada fase de cada encuesta;

(ii) en cuanto a la duración del trabajo de campo, a través del equipo técnico el MSPS realiza un proceso de cálculo de rendimientos por encuestador, lo cual permite contar con datos reales, para establecer el tiempo que se requiere en el operativo de campo;

(iii) con relación a la demora en la grabación de los datos, el ente ministerial ha venido adoptando el uso de Dispositivos Móviles de Captura (DMC), el cual explica que permite capturar la información del encuestado, en línea y en tiempo real, dejando de lado la grabación de datos, digitación y digitalización;

(iv) sobre la dificultad que se presenta al momento de acceder a los domicilios de determinados grupos de población, se contempla la socialización y difusión a través de diferentes medios de comunicación (radio, prensa, redes sociales). Adicionalmente, se realiza un proceso de concertación con autoridades gubernamentales y líderes sociales, para garantizar la anuencia en el territorio del operativo de campo;

(v) finalmente, manifestó que “Es bien sabido que algunas (sic) estudios y encuestas poblacionales abordan temas sensibles para las personas, los cuales pueden tener mayores efectos reactivos en la persona entrevistadas. Para esto, el Minsalud desarrolla procesos de

¹³⁷ “i) la mejora de la calidad de la información reportada, ii) la expedición de la Resolución 1139 de 2022, mediante la cual se eliminó la posibilidad de ajuste al presupuesto máximo y se actualizaron las disposiciones y reglas generales del Presupuesto Máximo, y iii) la adopción de la metodología de cálculo del Presupuesto Máximo para la vigencia 2022, en la cual se plantean nuevos componentes que garantizan que los recursos asignados no requieran ajustes.”

¹³⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, págs. 15-17.

¹³⁹ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 22.

¹⁴⁰ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 32.

¹⁴¹ El MSPS indicó que hay inconvenientes que derivan de los estudios y encuestas poblacionales, y que la evidencia científica registra, entre ellos: los descritos por Francisco García y Col en su publicación “*El proceso de medición de la realidad social: La investigación a través de encuestas*”.

¹⁴² Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 32.

entrenamiento a los encuestadores, los cuales van acompañados de exámenes teóricos, prácticos, así como de la prueba piloto, para garantizar el abordaje adecuado de cada caso”.

13.74 Concluyó afirmando que:

“todos los estudios y encuestas poblacionales para la salud cumplen los parámetros establecidos en la Norma Técnica para Procesos Estadísticos del DANE (NTC PE 1000) y la Resolución 8430 de 1993, donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. De esta manera las encuestas son sometidas a un proceso de evaluación de la calidad estadística, por parte del DANE, siendo certificadas como estadísticas oficiales y promoviendo así la credibilidad, la confiabilidad y la transparencia en la producción de información estadística en salud”.

13.75 La Dirección de Regulación indicó que efectivamente entre el año 2020 y 2021 se ha reducido el registro de los ítems “no lo atendieron” y “mal servicio”, en un 20% en el primer caso y un 6% en el segundo.¹⁴³

13.76 Por otra parte, informó que los avances en el SAT han apuntado a desarrollar y producir estrategias que permitan disminuir las barreras para la afiliación y prestación de servicios en salud. Así por ejemplo, una persona no cuenta con su documento, pero aparece en las tablas de referencia (RNEC, Migración Colombia y listados censales) puede afiliarse a través de estas entidades. Indicó alguna “funcionalidades que se han implementado para disminuir barreras y aumentar cobertura”.¹⁴⁴

13.77 Sobre cómo se consideraron las barreras de acceso de carácter geográfico, socioeconómico, culturales, de tiempo y de precios monetarios en que incurrieron los ciudadanos para acceder a los servicios de salud en la definición de la UPC del 2022, anotó que en Colombia se reconoce una UPC adicional a la población afiliada a las EPS indígenas en la cual se tiene en cuenta las características socioculturales, demográficas y epidemiológicas. Agregó que las fuentes de datos para definir su valor no contienen variables culturales diferentes a las empleadas para establecer la diferencial para la población indígena afiliada a las EPS-I, ni de tiempo y ni de precios monetarios en que incurren los ciudadanos para acceder a los servicios de salud.¹⁴⁵

13.78 En relación con la cantidad de afiliados al RC y RS de cada EPS que solicitaron servicios de salud en el 2020 y 2021, el porcentaje atendido institucionalmente en cada mes, y los resultados que arroja la información recogida dentro del sistema de salud sobre las razones por las cuales no asistieron a recibir servicios a nivel institucional durante esos años, puso de presente como obstáculo, el Covid-19 y el aislamiento, lo que afectó las cifras reales. Además, que la información del 2021 no se encontraba disponible al momento de realizar este informe debido a que debe surtir procesos de retroalimentación frente a las

¹⁴³ De la causas por las que no se solicitó un servicio o no atendieron al usuario la Encuesta de Calidad de Vida 2020-2021, según cálculos DFS-MSPS, registró en “mal servicio o cita distanciada en el tiempo”, 24.176 en 2020 y 22.812 en 2021, con una variación de -6%. Por la causal “no lo atendieron” se registraron 9.828 en 2020 y 8.191 en el 2021, con una variación de -20%. Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 34.

¹⁴⁴ “• Afiliación de Oficio por la Entidad Territorial, quien puede realizar la afiliación de cualquier ciudadano colombiano y demás que estén en las fuentes de referencia • Afiliación de Oficio por la Institución Prestadora de Salud quien puede realizar la afiliación de cualquier ciudadano colombiano y migrante identificado con PEP, PPT y demás que estén en las fuentes de referencia en el momento que llegue a la prestación del servicio y se establezca que no tiene afiliación Activa en Salud • Afiliación de Oficio por la Entidad Territorial de migrantes con documento PPT, permitiendo realizar consulta y focalización para realizar afiliación. • Afiliación Individual por el Ciudadano cuando no ha estado afiliado al Sistema General de seguridad Social en Salud. • Inscripción por el ciudadano cuando está en estado terminado. • Afiliación por el ciudadano mediante inclusión al núcleo familiar • Afiliación al Régimen Contributivo como Independiente por el rol ciudadano mediante la funcionalidad de Adquisición de Condiciones para Cotizar • Continuidad en la afiliación a través de la funcionalidad de Movilidad descendente por el rol Ciudadano. • Afiliación en Salud por el rol de Empleador, cuando se realiza un Inicio de Relación Laboral.” Sobre las herramientas implementadas para disminuir las barreras de acceso a la salud de los afiliados indicó nuevamente que se eliminó el trámite de los Comité Técnicos y Científicos -CTC- y agilizó la entrega efectiva de los suministros a los pacientes bajo los preceptos de la autonomía médica. El sistema de información Mipres soporta tecnológica y operativamente los procesos establecidos en estas resoluciones y permite hacer la trazabilidad de la entrega efectiva de lo prescrito al paciente. Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 35.

¹⁴⁵ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022.

EPS. De igual modo invocó estas razones como inconveniente para no poder explicar con cifras si en los años 2020 y 2021 la frecuencia de usos fue menor en el RS que en el RC.¹⁴⁶

13.79 La Dirección de Regulación señaló que las frecuencias de uso que se utilizan para los estudios de UPC se calculan con la información reportada por las EPS de ambos regímenes que se realiza con cortes trimestrales y un acumulado anual.¹⁴⁷

13.80 Con respecto a la implementación del artículo 24 de la Ley 1751 de 2015 sobre el deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas o de baja densidad poblacional con medidas razonables, eficaces, progresivas y continuas, durante la vigencia de 2021 y el transcurso del año 2022, se avanzó en el diseño e implementación de lineamientos e instrumentos para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, bajo el enfoque de la gestión integral del riesgo, la atención primaria en salud y el enfoque diferencial (poblacional y territorial), así como acciones desde la prestación de servicios para la atención de la emergencia sanitaria por Covid-19.¹⁴⁸

13.81 Puso de presente que,¹⁴⁹ debido a las características del país, diversidad poblacional y geográfica con zonas con alta dispersión geográfica y alejadas, se ve limitado el acceso a los servicios de salud por parte de aquellos que residen en estas, con desigualdades entre zonas urbanas y rurales y dispersas. Expuso también los lineamientos e instrumentos dirigidos al fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.¹⁵⁰

13.82 Indicó que avanzó en el fortalecimiento y adecuación de la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de estrategias que reconocen la diversidad cultural, socioeconómica y geográfica, con el fin de mejorar la atención de la población de zonas rurales y dispersas. Resaltó el uso de la telesalud y la promoción que ha realizado para la resolución de problemas de acceso e integralidad, mejorando problemas de conectividad, y que en el marco del Covid-19, continuó la implementación de la reglamentación expedida para fortalecer la prestación de servicios de telemedicina.¹⁵¹

13.83 Frente al subsidio a la oferta, expresó que el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019¹⁵² modificó los criterios de distribución de los recursos del SGP¹⁵³; y en el Decreto 268 de 2020, en su artículo 2.4.2.6 se fijaron los criterios para la asignación del subcomponente de subsidio a la oferta, los cuales se distribuyen entre los departamentos, municipios certificados y distritos referidos en él, en donde se encuentren los “monopolios de servicios trazadores no sostenibles por venta de servicios”. Agregó que el MSPS definió para las vigencias 2020 a 2022 las empresas sociales de este tipo, y se consolidaron 985 municipios y áreas municipalizadas con presencia de monopolios de servicios trazadores.¹⁵⁴

13.84 Sobre los ingresos que reciben las EPS, diferenció el reconocimiento de la UPC entre regímenes, pues señaló que en el caso del RC se da a través del proceso de compensación y en el RS de la liquidación mensual de afiliados. Mencionó que fuera de la UPC reciben recursos por concepto de: cuenta de alto costo; presupuestos máximos; recobros ante la

¹⁴⁶ Indicó que “En todo caso se realizaron los cuadros comparativos solicitados con información de servicios y tecnologías en salud prestados o entregados a la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado de los años 2019 y 2020 de los cuales no se puede afirmar que las frecuencias del RS sean menores que las frecuencias del RC”. Folio 41 del documento 202211201544641 del MSPS.

¹⁴⁷ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022.

¹⁴⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022.

¹⁴⁹ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022.

¹⁵⁰ Política nacional de prestación de servicios de salud y atención primaria, política de hospital público, fortalecimiento de la atención primaria en salud, del prestador primario, Programa Territorial De Reorganización, Rediseño Y Modernización De Redes De Empresas Sociales Del Estado – PTRRM, redes integrales de prestadores de servicios de salud, rutas integrales de atención en salud, calidad de la atención en salud.

¹⁵¹ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folio 47.

¹⁵² Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.

¹⁵³ Estableciendo que estos recursos se destinarán y distribuirán de la siguiente forma: “(i) el 87% para el aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado; (ii) el 10% para salud pública y el 3% para el subsidio a la oferta.”

¹⁵⁴ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022.

Adres; recursos de promoción y prevención del RC; incapacidades de origen común por enfermedad general; licencias de maternidad y paternidad; pagos compartidos;¹⁵⁵ y planes de atención complementaria (PAC).¹⁵⁶

13.85 En cuanto a las mejoras en la consideración en los sistemas de información de las barreras de acceso y las necesidades reales de la población, el MSPS indicó que se obtuvieron distintos avances, como la implementación de Mipres y la obligatoriedad que tienen las EPS de informar oportuna y claramente el lugar donde realizan el suministro del servicio no financiado con la UPC. Del mismo modo, destacó los avances en el SIC¹⁵⁷, dentro de los cuales mencionó:

- “1) Se conformó la mesa de trabajo intrainstitucional para iniciar los ajustes al SIC, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- 2) Se publicaron en el Observatorio Nacional de Calidad los resultados de los indicadores de oportunidad de la atención en salud por parte de las IPS, del segundo y tercer trimestre de 2020.
- 3) Se ajustó y ejecutó la Encuesta de Percepción de los usuarios de la EPS para indagar sobre el acceso a los servicios de salud durante la pandemia.”¹⁵⁸

13.86 De igual manera, advirtió sobre la creación de un sistema de indicadores más dinámico para la medición de la oferta de servicios de salud, frente al cual adujo que se ha trabajado en los procesos de conformación y organización de las redes integrales de prestadores de servicios de salud y en las organizaciones funcionales de servicios de salud; el seguimiento a la operación de las ESE, y las iniciativas de inversión pública en infraestructura y dotación de control especial de oferta.

13.87 Sobre las medidas para solucionar la deficiencia de los datos provenientes de la frecuencia de uso del RS, aludió a la implementación de nuevos parámetros de calidad con el fin de validar la información relacionada con la prestación de servicios de salud, frente a la cual precisó que se implementó una nueva regla de validación¹⁵⁹, consistente en que el costo del servicio no permita la introducción del valor cero, buscando que la entidad reporte el precio acordado con la IPS, entre otras optimizaciones que tienen esta finalidad.¹⁶⁰ Frente a esta explicó que en el año 2021 se implementaron en el SIREPS: “1) el módulo de administración el cual permite la apertura y cierre de periodos de reporte automáticamente, habilitación de formato cobertura y generación de reportes; y 2) el módulo histórico, mediante el cual la entidad puede identificar el certificado del gasto, formato de cobertura y retro- alimentación del año anterior”¹⁶¹.

13.88 Sobre considerar dentro del sistema de información las barreras de acceso a los servicios y las necesidades reales de la población estimó que hubo avances. Destacó la creación del Mipres.¹⁶² Mencionó el progreso en el SIC y optimización de los métodos que permitieron considerar dentro del sistema de datos las necesidades en salud de la población, frente a la cual hizo alusión al ASIS y cómo a diciembre de 2021 se contaba con la publicación del 100% de los documentos de los 41 departamentos y distritos del país, así como los nacionales.¹⁶³

13.89 Resaltó que por primera vez la UPC del RS fue calculada con la información propia del régimen para la vigencia 2022 y que para el cálculo se tomaron datos de los servicios prestados del 1º de enero al 31 de diciembre de 2020, encontrando que de 25 EPS-S, 24

¹⁵⁵ Copagos y cuotas moderadoras.

¹⁵⁶ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folios 50-54-55.

¹⁵⁷ Sistema de Información para la Calidad.

¹⁵⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 77.

¹⁵⁹ La cual consiste en la verificación cruzada de la información.

¹⁶⁰ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 79.

¹⁶¹ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 109.

¹⁶² En virtud de la Resolución 3951 de 2016 modificada por la Resolución 1885 de 2018 para el RC y la Resolución 2348 de 2018 para el RS.

¹⁶³ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 108-109. Consulta a través de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/ASIS.aspx>.

realizaron un adecuado reporte de datos. De igual forma, que las 12 EPS-S seleccionadas, representaron a un 77,5% de la población afiliada y el 85,5% del gasto reportado.¹⁶⁴

13.90 En lo atinente a la equiparación de la UPC del RS con la del RC, y las razones por las cuales persiste la diferencia entre estas, precisó que la orden consistente en que valor asignado a la UPC del RS sea del orden del 95% en comparación con la del contributivo, se dio debido a que en ese momento no se contaba con información propia del régimen que permitiera calcularla independientemente. Por ello, en razón a que hoy la situación cambió y la UPC-S fue fijada con datos propios del régimen, consideró que no hay lugar a realizar la igualación ordenada.¹⁶⁵

13.91 Explicó que la metodología empleada para establecer la UPC en el 2022 respondió a la descomposición básica de una prima, y de ella se reconocen la pura y la comercial.¹⁶⁶ Agregó que el objetivo de la metodología es que resulte balanceada para que las primas sean suficientes para cubrir los costos y generar el nivel de utilidad esperado, y para ello debe ser prospectiva y garantizar un balance global de ecuación e individual en grupos de riesgo.¹⁶⁷

13.92 Que en la actualidad no hay lugar a efectuar la igualación de la prima, pues el incremento dependerá de las prestaciones de salud que demande el régimen. Reiteró que la información considerada para la fijación de la prima en el RS y RC es diferente y técnicamente no comparable.¹⁶⁸

13.93 En lo atinente a los estudios realizados para identificar qué causa origina que la información del RS sea deficiente y carezca de estándares de calidad exigidos, manifestó que durante las asistencias técnicas de los últimos 5 años a las EPS del RS, se han detectado inconvenientes en cada uno de los subsistemas que son fuente de información y se han realizado las recomendaciones para el mejoramiento continuo de dicho proceso, aparte de asistencias técnicas a las IPS que son la fuente primaria de la información de servicios y tecnologías en salud prestadas o entregadas a la población afiliada.¹⁶⁹

13.94 Acerca de qué porcentaje de calidad representó la información de la población afiliada al RS en el año 2020 y en el 2021, indicó que la Dirección de Regulación reiteró “que la información de las doce 12 [EPS-S] seleccionadas para el estudio y cálculo de la UPC del [RS] de la vigencia 2022, esto es, Mutual Ser, Capital Salud, Anaswayuu, Comfasucre, AMBUQ, Coosalud y Savia Salud, Comparta, Emssanar, Nueva EPS, Asmetsalud y AIC, representan el 77,5% de la población afiliada y el 85,5% del gasto reportado para el régimen”¹⁷⁰.

13.95 Respecto de las acciones desplegadas para explorar mecanismos de incentivos o de sanciones para que los aseguradores brinden información oportuna, homogénea y veraz señaló que en relación con los servicios y tecnologías financiados con el PM las EPS y entidades adaptadas han aumentado el registro de reportes en Mipres, en razón a que el seguimiento y monitoreo de estos se realiza frente a lo consignado en dicha plataforma, es decir, el no reporte o el bajo índice de este hace presumir que el presupuesto asignado ha sido suficiente y por tanto no daría lugar a ningún tipo de ajuste.¹⁷¹

¹⁶⁴ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 111-113.

¹⁶⁵ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folio 55.

¹⁶⁶ Documento del MSPS 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folios 55 a 57 y 136-137.

¹⁶⁷ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folios 55-57.

¹⁶⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 133-134.

¹⁶⁹ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 21.

¹⁷⁰ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 22.

¹⁷¹ Conforme a las disposiciones de la sustituidas Resoluciones 205 de 2020 y 586 de 2021. Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 24.

13.96 Así, la Dirección consideró que el tomar como referencia el reporte en Mipres, tanto para determinar un posible ajuste a los techos asignados, como para establecer el valor de este para toda una vigencia, constituye un incentivo para que las EPS generen mayor registro de información en el módulo de suministro de Mipres. El MSPS puso de presente que no es competente para imponer sanciones a las entidades que no brinden la información solicitada y que es la SNS quien investiga estas conductas, y con base en el material probatorio resuelve si impone sanciones por el no reporte.¹⁷²

13.97 Finalmente, sobre el cumplimiento de las órdenes 21 y 22, refirió¹⁷³ que, si bien fue requerido para presentar un informe consolidado en el que discriminara los avances por meses, dado a que el ejercicio de fijación de la UPC corresponde a una aplicación anual, advirtió que en el informe se usó dicha estructura de tiempo, frente a lo cual añadió que sobre el primer semestre de 2022, se presentó de manera independiente señalando las actividades realizadas durante el periodo, pero sin concluir mayor detalle sobre el ejercicio de cálculo de la prima.¹⁷⁴

14 Contraloría General de la República

14.1 Indicó que con ocasión la orden sexta del auto 411 de 2016, procedió a realizar distintas auditorías de cumplimiento y seguimientos a las EPS, con el fin de verificar que estas destinen de manera adecuada los recursos del sistema de salud, especialmente aquellos asignados por concepto de UPC. Comentó que hizo distinción entre las que se realizan en virtud de un control fiscal posterior y selectivo y las que son de carácter preventivo y concomitante. Expresó¹⁷⁵ que los resultados de las auditorías pueden ser consultados en su portal web,¹⁷⁶ aun cuando puntualizó que los seguimientos permanentes son de carácter reservado, de conformidad con el parágrafo 3 del artículo 58 del Decreto 403 de 2020.

14.2 Por otro lado, en cuanto a la orden de verificar si existe nexos causal entre el detrimento patrimonial de las EPS y el valor de la prima, indicó que en diciembre de 2021 “se consolidó el plan de trabajo de la Dirección de Estudios Sectoriales de la Contraloría Delegada para el Sector Salud enmarcado en el Plan de Vigilancia y Control Fiscal Macro (PVCMA) y el plan de acción institucional, en el cual se estableció la realización de 11 estudios sectoriales”, y que dentro de estos se incluyó el análisis de suficiencia de la UPC y su posible incidencia en un eventual detrimento patrimonial, el cual se desarrollará en el segundo semestre de 2022.¹⁷⁷

14.3 Por lo anterior, expuso como resultado preliminar y por ende no concluyente, por la diferencia entre los ingresos y costos de los códigos seleccionados se podría hablar de una suficiencia de la UPC; sin embargo, al incluir el tope máximo permitido de gastos de administración, sí se hallaron algunas EPS que tienen resultados negativos, lo cual puede deberse a una insuficiencia de la UPC. Pese a esto, manifestó que la entrega final del estudio está prevista inicialmente para el mes de noviembre de 2022, y con base en este se podrán obtener resultados confiables y precisos respecto a la suficiencia de la prima.¹⁷⁸

¹⁷² Resaltó que a partir de la vigencia de la Ley 1949 de 2019 el Congreso de la República le otorgó mayores facultades sancionatoria al ente de inspección, vigilancia y control del sector salud. Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folio 24.

¹⁷³ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 64.

¹⁷⁴ Si bien en el caso concreto se adjuntan informes de vigencias que ya fueron estudiados previamente por la Corte Constitucional, en pro de dejar en evidencia los avances de una forma completa, se tendrán en cuenta en el presente apartado.

¹⁷⁵ Contraloría General de la República, 05 de julio de 2022, págs. 1-7.

¹⁷⁶ https://www.contraloria.gov.co/es/resultados/proceso-auditor/auditorias-liberadas/-/document_library/wsvr/view/2969037?_com_liferay_document_library_web_portlet_DLPortlet_INSTANCE_wsvr_redirect=https%3A%2F%2Fwww.contraloria.gov.co%2Fes%2Fresultados%2Fproceso-auditor%2Fauditorias-liberadas%2F-%2Fdocument_library%2Fwsvr%2Fview%2F340384%3F_com_liferay_document_library_web_portlet_DLPortlet_INSTANCE_wsvr_redirect%3Dhttps%253A%252F%252Fwww.contraloria.gov.co%252Fes%252Fresultados%252Fproceso-auditor%252Fauditorias-liberadas%253Fp_p_id%253Dcom_liferay_document_library_web_portlet_DLPortlet_INSTANCE_wsvr%2526p_p_lifecycle%253D0%2526p_p_state%253Dnormal%2526p_p_mode%253Dview.

¹⁷⁷ Contraloría General de la República, 05 de julio de 2022. Folios 7-8.

¹⁷⁸ Contraloría General de la República, 05 de julio de 2022. Folios 9-10.

15 Procuraduría General de la Nación¹⁷⁹

15.1 Manifestó que remitió distintos oficios en los cuales solicitó algunos informes al MSPS y a la Superintendencia de Salud, con el fin de realizar el seguimiento y verificar el cumplimiento de las órdenes 21 y 22 de la sentencia T-760 de 2008 y el auto 411 de 2016. Expuso que petitionó al ente ministerial comunicar sobre cuáles han sido los procesos que han mejorado, materializado y aquellos pendientes por cumplir, y con base en ello resaltó las acciones y resultados reportados, refiriéndose a informes desde el año 2017 hasta el 2022¹⁸⁰, de una manera generalizada.

15.2 Por un lado, indicó que las acciones adelantadas en el primer semestre de 2022 y los avances reportados por parte de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación –TIC- han sido de vital importancia en el cumplimiento de las órdenes proferidas. Frente a esto, especificó que se ha evidenciado un crecimiento en el número de registro de los RIPS generados por los prestadores de salud, especialmente en el régimen subsidiado.

15.3 Por otra parte, expresó a manera de logro, que por primera vez la UPC del RS fue calculada con base en la información propia de este régimen, esto es, para la vigencia 2022. Indicó que para dicho cálculo se tomó la data de los servicios prestados del primero de enero al 31 de diciembre, y en este encontró que, de un total de 25 EPS-S, 24 realizaron el reporte necesario, lo que significa que el 96% de las EPS suministraron datos sobre la prestación de servicios.¹⁸¹

15.4 De igual manera, manifestó que, en aras de lograr una mayor representatividad del RS y con el fin de estimar la UPC, se realizó un trabajo con los distintos gremios, en el cual se diseñó un indicador combinado, que tuvo en cuenta los siguientes criterios: 1) la población afiliada (20%); 2) el número de municipios en los que hace presencia la EPS (10%) y 3) el indicador de cobertura valor (70%).¹⁸²

15.5 Respecto a los sistemas de información que permiten calcular y actualizar el valor de la UPC, indicó que la solución tecnológica implementada por el MSPS ha permitido reducir los tiempos en cada uno de los procesos, dado que permite realizar la recepción, validación y retroalimentación de los datos enviados por las EPS, dándose de manera integrada, óptima y segura. Expresó que con esto no solo se garantiza la calidad de los datos, sino la confiabilidad y transparencia de los procesos para todos los actores involucrados.¹⁸³

15.6 Adicionalmente, frente a la suficiencia de la UPC en relación con las actualizaciones del PBS, puntualizó que, tal y como se observó en los estudios de suficiencia, las actualizaciones tienen un proceso de cálculo de frecuencias de uso y análisis del impacto financiero, además de un cálculo actuarial que las hace viables dentro de esta. En su parecer, esto significa que dichas tecnologías se encuentran concebidas dentro de la UPC y por ende no generan insuficiencia de la prima.¹⁸⁴

15.7 Por último, con relación al informe rendido por la SNS, citó que se han iniciado 25 investigaciones administrativas sancionatorias por presuntos incumplimientos en el reporte de la *información*, a causa de requerimientos realizados con el fin de efectuar el seguimiento

¹⁷⁹ Mediante documento del 08 de agosto de 2022.

¹⁸¹ Procuraduría General de la Nación, 08 de agosto de 2022. Folios 29-30.

¹⁸² Procuraduría General de la Nación, 08 de agosto de 2022. Folio 30.

¹⁸³ Procuraduría General de la Nación, 08 de agosto de 2022. Folio 31.

¹⁸⁴ Procuraduría General de la Nación, 08 de agosto de 2022. Folios 31-32.

al saneamiento de las deudas por servicios y tecnologías en salud no financiados por la UPC del RS.¹⁸⁵

16 Superintendencia Nacional de Salud

16.1 En cuanto a la verificación sobre una incidencia negativa en la prestación de servicios por la liquidación de las EPS que salieron del sistema en los últimos tres años, indicó que lleva a cabo mesas en las que revisa el proceso de acuerdo con el relacionamiento de cada EPS con la red pública, y que, de no llegar a un acuerdo, se valida la disponibilidad de red para garantizar la continuidad con las IPS privadas. Añadió que, con el fin de analizar la incidencia en la materialización de servicios de salud, analiza y realiza seguimiento a las PQRD creadas y abiertas hasta la fecha de liquidación y/o retiro de la EPS.¹⁸⁶

16.2 Sobre la revocatoria de autorización de las EPS señaló que se debe realizar el traslado de usuarios¹⁸⁷ y la entidad receptora no podrá estar bajo una medida de vigilancia especial, por lo que se infiere que esta tiene una estructura organizacional sólida. Sin embargo, ha de tenerse en cuenta que esto ocurre sin previo aviso y tiene efectos que hacen necesario analizar de forma permanente los movimientos. Añadió que las IPS también pueden verse afectadas por las revocatorias y debido a ello ha realizado análisis respecto a los impactos en las relaciones contractuales y transaccionales de las EPS con las IPS.¹⁸⁸

16.3 Por otro lado, mencionó que la distribución que realiza el MSPS de los afiliados de las EPS liquidadas a las receptoras puede afectar los canales de atención, los costos, los contratos y la red de estas con el fin de atender los afiliados, lo cual tendrá impacto en la siniestralidad de las EPS, por lo que para evaluar el efecto en las EPS receptoras, se estimó un modelo “Panel de Vectores Autorregresivos”.¹⁸⁹

16.4 Explicó que el traslado de afiliados genera un periodo de distorsión alrededor de la prestación de los servicios de salud, siendo tal que las EPS receptoras deben generar los mecanismos de información para que los nuevos usuarios sepan a qué IPS acercarse, aparte de realizar una caracterización¹⁹⁰ de estos, por lo que la siniestralidad se ve afectada, conllevando a que estas EPS tengan dificultades para gestionar sus riesgos. Con el fin de analizar los efectos que tienen los traslados en la siniestralidad, la Supersalud requirió a 10 de las principales EPS receptoras, y encontró que esta es menor en los traslados que la presentada en los afiliados previos; y que la de trasladados voluntariamente es mayor que la de los trasladados forzosamente.¹⁹¹

16.5 En cuanto a la contratación y modalidad de pagos que deben establecer las EPS receptoras para asegurar la atención de afiliados asignados ante una revocatoria, indicó que estas deben evaluar si la red actual es suficiente para atender la demanda o deben ampliarla para garantizar la cobertura. Con el fin de conocer el comportamiento contractual de los prestadores de servicios de salud,¹⁹² se realizaron dos ejercicios; ¹⁹³ del primero se concluyó que en general las EPS tienen nuevos contratos y aumentaron sus vínculos con 50 proveedores de naturaleza jurídica pública; mientras que del segundo extrajo que las EPS

¹⁸⁵ Procuraduría General de la Nación, 08 de agosto de 2022. Folio 32.

¹⁸⁶ Documento SNS del 23 de agosto de 2022, con radicado 20221610201167471. Folios 3-4.

¹⁸⁷ Siendo el MSPS la entidad encargada de realizar la asignación de afiliados, y posterior a 90 días los usuarios podrán escoger de manera libre si desean trasladarse a cualquier otra EPS que opere en el municipio.

¹⁸⁸ Documento SNS del 23 de agosto de 2022, con radicado 20221610201167471. Folios 7-12.

¹⁸⁹ Documento SNS del 23 de agosto de 2022, con radicado 20221610201167471. Folio 12.

¹⁹⁰ Donde se reconoce la demografía de la población sujeto de traslado, la carga de morbilidad y la identificación sobre si son pacientes con enfermedades de alto costo.

¹⁹¹ Documento SNS del 23 de agosto de 2022, con radicado 20221610201167471. Folios 13-17.

¹⁹² PSS.

¹⁹³ El primero sobre si las EPS receptoras tenían una red de prestadores que permitiera prestar atención integral y oportuna, y en el segundo se identificaron las IPS que tenían relación contractual con las EPS con revocatoria y se analizó la modalidad de pago que tenían las IPS.

receptoras aumentaron sus relaciones contractuales con las IPS que tenían vínculos con una liquidada.¹⁹⁴

16.6 Frente a la rentabilidad de las IPS, precisó que se parte del hecho de que cerca del 18% de los PSS no tenían relación con una EPS receptora y se establecieron nuevas relaciones contractuales, por lo que su rentabilidad no tendría grandes afectaciones. Del análisis descriptivo realizado, puntualizó que las IPS se ven beneficiadas si tienen relaciones transaccionales con EPS que adoptan mejores prácticas y cuentan con el capital suficiente para responder con sus obligaciones, que el efecto global es levemente negativo en cartera y que no hay efecto en la causación.¹⁹⁵

16.7 La Supersalud resaltó a modo de conclusión: 1) en términos de siniestralidad, el traslado de afiliados tiene un impacto temporal de aproximadamente tres meses; 2) los traslados voluntarios afectan en mayor medida la siniestralidad de las EPS receptoras; 3) los pacientes con enfermedades de alto costo¹⁹⁶ trasladados forzosamente afectan la siniestralidad de las EPS receptoras; 4) la importancia del uso de una metodología para trasladar a los pacientes ante una revocatoria y la necesidad de adaptar un modelo analítico que tome en cuenta la estructura de costos de las EPS receptoras, para dar movilidad a las mejores EPS, teniendo en cuenta la protección de las finanzas en pro del beneficio de los usuarios; y 5) los impactos que tienen las IPS en su rentabilidad no son tan fuertes, en especial cuando estas buscan contratos con otras EPS.¹⁹⁷

16.8 Finalmente, añadió que una revocatoria, sea parcial o total, “siempre genera una distorsión en el mercado de aseguramiento. Sin embargo, entre los objetivos principales que busca la Superintendencia al realizarlas, está la protección de los derechos de los usuarios y la salvaguarda de los recursos públicos”. Ahora, debido al esfuerzo y articulación de los actores del SGSSS este efecto es temporal, siendo esta una muestra de la resiliencia del sector y la importancia de un monitoreo constante.¹⁹⁸

17 Defensoría del Pueblo

17.1 Indicó que el menor valor de la UPC-S responde al Plan de Beneficios Unificado, posterior a realizar el análisis de distintos criterios y estudiar en profundidad el comportamiento poblacional y demás índices que permiten afirmar que el Gobierno ha empleado elementos técnicos suficientes para sustentar la diferencia del valor bajo estudio. Así mismo, afirmó que en el estudio de suficiencia elaborado por el Ministerio para el 2022, se logró apreciar una tendencia de mayor envejecimiento para el RC, pasando de 50 en el año 2010 a 89 años en 2020, mientras que en el subsidiado fue de 33 en el 2010 y de 60 en el 2020, siendo este uno de los factores que ocasionan un diferencial en el resultado de la UPC.

17.2 Señaló que, en el RS, la población de hombres de 60 años o más pasa de 16 a 29 por cada 100 afiliados menores de 15; las mujeres de 60 o más en relación de la población afiliada menor de 15 años pasa de 17 a 31, entre los aspectos relevantes que ocasionan un diferencial en el resultado de la UPC. Igualmente anotó que se ha mantenido a lo largo de los años la brecha entre el porcentaje de afiliados que asisten a los servicios de salud, encontrando un mayor uso por parte del régimen contributivo.¹⁹⁹

¹⁹⁴ Documento SNS del 23 de agosto de 2022, con radicado 20221610201167471. Folios 17-18.

¹⁹⁵ Documento SNS del 23 de agosto de 2022, con radicado 20221610201167471. Folios 22-24.

¹⁹⁶ EAC.

¹⁹⁷ Documento SNS del 23 de agosto de 2022, con radicado 20221610201167471. Folios 24-25.

¹⁹⁸ Documento SNS del 23 de agosto de 2022, con radicado 20221610201167471. Folios 26.

¹⁹⁹ Defensoría del Pueblo, 22 de julio de 2022. Folios 1 y 2.

17.3 Por otro lado, consideró que los sistemas de información dentro del SGSSS²⁰⁰ que aportan datos para el cálculo de la UPC, han tenido una evolución positiva, lo cual ha derivado en la toma de decisiones más apropiadas. Arguyó que en el soporte técnico fue contemplado que, el sistema de información usado para el estudio de suficiencia y cálculo de la UPC ha tenido en cuenta distintas soluciones tecnológicas que han permitido reducir los tiempos en cada uno de los procesos que, en última instancia, garantizan la calidad de la información seleccionada para el estudio de suficiencia.

17.4 De igual forma, precisó que en el soporte técnico se han tenido en cuenta las distintas plataformas y sistemas de información, entre los cuales se destacan el PISIS y el SIREPS²⁰¹. Concluyó que, pese a lo anterior, aún es necesario que los sistemas –especialmente los que tienen relevancia en la calidad de la información- continúen mejorando, para poder presentar estructuras que garanticen la calidad de la data y dar paso a los diferentes análisis a realizar.²⁰²

17.5 La Defensoría se refirió a los sucesos que consideró avances en lo transcurrido entre 2019 y 2021, frente a los cuales destacó la implementación de las diferentes herramientas tecnológicas;²⁰³ nuevas funcionalidades en el SAT; el crecimiento en el número de transacciones efectuadas; las capacitaciones adelantadas a las EPS-S para profundizar en los sistemas de información; las capacitaciones a las IPS de la red de prestadores de cada EPS-S; y la evolución de los sistemas de información que aportan datos para el cálculo de la UPC.²⁰⁴

17.6 Por otro lado, hizo énfasis en los obstáculos y retrocesos evidenciados durante las mismas vigencias y resaltó el problema de reporte de información de las entidades concernidas y la ausencia de acciones contundentes por parte de la Supersalud; la falta de divulgación de los sistemas de información y el Mipres, que impide a los usuarios participar activamente en el sistema; las inconsistencias en calidad, volumen y número de EPS-S que reportan datos, afectando la implementación de la metodología actuarial para establecer el valor de la UPC. Sin embargo, agregó que para el año 2021, el MSPS trabajó para superar los problemas de flujo de información y de equiparación de la prima pura del RS, por lo que se pudo contar con datos propios del régimen y fijó un ajuste del 6,33% para la vigencia de 2022.²⁰⁵

18 Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008

18.1 Con relación a la información que recogen y reportan las EPS y a la característica de unificación que esta ha de tener, consideró que no se encuentra unificada y que, sumado a la pandemia, no se dieron avances en el fortalecimiento de datos. Expresó que los datos presentan intermediación y retrasos, los cuales afectaron la toma de decisiones, incluso en el aspecto epidemiológico. De igual manera, manifestó que no se puede aludir a un sistema unificado cuando las distintas fuentes de estos tienen procedimientos y parámetros de recolección distintos.

18.2 Indicó que, pese a que es dable referirse a una mejora cualitativa frente a las herramientas disponibles, uno de los retos vigentes es optimizar el tipo de información²⁰⁶ que reportan las IPS. Añadió²⁰⁷ que, si bien existe un factor sancionatorio, este es de

²⁰⁰ Sistema General de Seguridad Social en Salud.

²⁰¹ Sistema de Información para el reporte de EPS.

²⁰² Defensoría del Pueblo, 22 de julio de 2022. Folios 2 y 3.

²⁰³ Pese a que considera que deberían contar con mayor publicación y divulgación.

²⁰⁴ Documento de la Defensoría del Pueblo del 12 de agosto de 2022, radicado 20220040703175971. Folio 19.

²⁰⁵ Documento de la Defensoría del Pueblo del 12 de agosto de 2022, radicado 20220040703175971, pág. 19.

²⁰⁶ De acuerdo con las regiones, pues según los entes territoriales las deficiencias de datos varían acorde a las oportunidades o defectos que estos tengan.

²⁰⁷ Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08, 28 de julio de 2022. Folios 2-3.

limitado acceso al público y que además, persistió la ausencia de una información completa y oportuna, principalmente por la presencia de unos factores específicos.²⁰⁸

18.3 Respecto a los distintos obstáculos que impiden un mejor reporte de información relacionado con las frecuencias de uso, destacó el desconocimiento de los abordajes inclusivos de las poblaciones vulnerables y la desarticulación entre prestadores, lo que conduce a que los datos sean dispersos y no haya lugar a una toma efectiva de decisiones. De forma paralela, mencionó la carencia de un programa de capacitación continua con relación al proceso de reporte, lo que conlleva a un personal menos preparado, y la ausencia de un portal unificado de recepción de la información para los actores del SGSSS, el cual permitiría la uniformidad de criterios frente a la frecuencia de los datos. Por último, aludió a retrasos en el suministro de la información, los cuales constituyen una barrera administrativa para la población al no contar con datos suficientes para conocer sus opciones de afiliación.²⁰⁹

18.4 De otro lado, expresó que la información que alimenta las bases de datos del SGSSS no es completa, oportuna y de calidad, y que esto se debe a la desarticulación entre los actores, y a que no hay un sistema único de información en salud para consultar las bases de datos en tiempo real. Anotó que las bases de datos no permiten cruzar la data y la que se tiene es tan extensa que no es comprensible ni trazable. Criticó la percepción de que el incumplimiento en efectuar reportes no es vinculante, pues el sistema está estructurado para dar apariencia de no generar sanción o que esta sea mínima.²¹⁰

18.5 Por otro lado, denunció que la información reportada no es confiable, entre otras porque las bases no son interoperables, que hay una ausencia de estandarización y que los datos no siempre son aportados de manera oportuna. Añadió que la confianza en estos “solo puede ser corroborada con capacidad de contraste y análisis en tiempo real, la trazabilidad del conjunto de actuaciones”.²¹¹

18.6 Puntualizó que, frente a las necesidades en salud y las deficiencias del sistema al recopilar la data, persiste una alta dispersión de esta, así como la necesidad de segregarla con base en unos enfoques subjetivos y acorde al contexto del territorio.²¹²

18.7 Con relación a la información que recolectan las bases de datos para realizar el cálculo y actualización de la UPC, manifestó que, una vez se tiene claro que esta no siempre es completa, se encontró frente a la incapacidad para determinar si el valor de dicha prima es realmente insuficiente para la efectiva prestación de los servicios de salud, por lo que la incertidumbre se convierte en excusa para el suministro de los servicios.

18.8 Adicional a lo descrito, expresó que continúa la construcción del sistema indígena de salud propia e intercultural -SISPI-, que tiene en cuenta las diferencias socioculturales, demográficas y epidemiológicas de las poblaciones afiliadas a las EPS-I, frente a las que se calcula un valor adicional, el cual consideró que sigue siendo insuficiente.²¹³

18.9 Agregó que debido a que no existe información clara en el cálculo de la UPC, esta operación no se efectúa con base en datos reales. De igual manera, exteriorizó que las EPS no están garantizando la demanda de servicios en salud, y que por ello imponen barreras administrativas, las cuales se evidencian en la presentación de tutelas que persiguen la efectiva prestación de los servicios y la defensa de su derecho fundamental a la salud.²¹⁴

²⁰⁸ i) La carencia de procedimientos sancionatorios o exhortos para corregir la deficiencia, ii) la no centralización de la información, iii) la carencia de herramientas de unificación del proceso de información.

²⁰⁹ Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08, 28 de julio de 2022. Folios 3-4.

²¹⁰ Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08, 28 de julio de 2022. Folios 4-5.

²¹¹ Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08, 28 de julio de 2022. Folio 6.

²¹² Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08, 28 de julio de 2022, pág. 7.

²¹³ Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08, 28 de julio de 2022, pág. 10.

²¹⁴ Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08, 28 de julio de 2022, pág. 10-11.

Frente a la información que recogen y reportan las EPS, consideró que no es unificada debido a que las distintas fuentes tienen procedimientos específicos y emplean sus propios parámetros, que su recolección implica intermediación y retrasos que incluso incidieron en la toma de decisiones epidemiológicas. De igual forma, que es problemático el limitado conocimiento público de la existencia de procedimientos para sancionar a las IPS cuando se identifican deficiencias en los datos.²¹⁵

18.10 Sobre los distintos obstáculos que impiden a las EPS/IPS efectuar un mejor reporte de las frecuencias de uso, recogió los siguientes: 1) el desconocimiento de los abordajes inclusivos de las poblaciones vulnerables²¹⁶; 2) la desarticulación entre los prestadores de salud; 3) la ausencia de un programa de capacitación continua relacionada con el proceso de reporte; 4) el grave retraso en el suministro de la información; y, 5) la desactualización que tienen las páginas web institucionales referente a los informes periódicos²¹⁷. Ahora, como variables de lo anterior, resaltó la ausencia de un sistema único de información en salud; el incumplimiento en el reporte periódico y la apariencia de no ser vinculante hacerlo en término; y la gran cantidad de datos²¹⁸ presentes en las distintas bases, lo que hace que no sean comprensibles ni trazables.²¹⁹

18.11 Con relación a si la información reportada por las EPS se encuentra suficientemente desagregada para calcular con precisión la UPC, indicó que persiste una alta dispersión de los datos, siendo necesario que se segreguen desde enfoques subjetivos y acorde al contexto del territorio. Por otra parte, en lo atinente a la existencia de barreras de acceso, precisó que éstas son estructurales, pues el modelo en sí mismo condiciona la garantía del derecho a categorías económicas, y “que el análisis de la deficiencia en la información pone en evidencia estas barreras”.²²⁰

18.12 En cuanto a la deficiencia de los datos provenientes de la frecuencia de uso de los servicios de salud del RS, expresó que una mayor precisión en estos sería importante, en la medida que se analicen en conjunto con los demás parámetros existentes. De igual forma, puntualizó que esta información refleja las razones por las cuales los usuarios no asisten a los servicios de salud, de las cuales destacó las condiciones geográficas, la disponibilidad de agenda y un “gasto de bolsillo que efectivamente desincentivan el uso afectando el goce del derecho”²²¹.

18.13 Respecto al porcentaje de equiparación de la UPC del RS y al valor inferior que se sigue fijando en este régimen, manifestó que el MSPS reportó que esto es justificado, debido a que se ha mejorado la calidad de la información, lo que permite determinar el valor de la UPC con base en el reporte de la información enviada por el RS. Sin embargo, resaltó que de acuerdo con lo dicho por Acemi, este valor aún necesita ajustes.²²²

18.14 En cuanto a las bases de datos al interior del SGSSS y el interrogante de si esta información es completa, oportuna y de calidad, mencionó las plataformas usadas para que sea remitida la información, sin embargo, debido a que esta no es completa en todos los casos, podría atribuirse incapacidad para precisar si el valor de la UPC es realmente insuficiente para la prestación de todos los servicios de salud del PBS. Añadió que las EPS no garantizan la demanda de servicios y por ello acuden a barreras administrativas.²²³

²¹⁵ Documento Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, 15 de septiembre de 2022, págs. 2-3.

²¹⁶ Puesto que “*se relegan los saberes tradicionales, elemento importante para algunas comunidades, y relevantes para el sistema de información, además existe deficiencia en la atención primaria*”.

²¹⁷ Documento Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, 15 de septiembre de 2022, págs. 3-4.

²¹⁸ Que comprenden aspectos administrativos, financieros, fiscales, contractuales, asistenciales, técnicos y operativos.

²¹⁹ Documento Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, 15 de septiembre de 2022, págs. 4-5.

²²⁰ Documento Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, 15 de septiembre de 2022, págs. 6-8.

²²¹ Documento Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, 15 de septiembre de 2022, págs. 8-9.

²²² Documento Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, 15 de septiembre de 2022, pág. 9.

²²³ Documento Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, 15 de septiembre de 2022, pág. 10.

18.15 Concluyó que se observan avances significativos en la calidad de la información de acuerdo con lo reportado por el MSPS. Que, si bien las fuentes son adecuadas, la calidad de los datos reportados por las EPS/IPS y en Mipres continúa con algunas debilidades e inconsistencias, lo que podría afectar el cálculo de la UPC. También, que es importante el mejoramiento continuo en la calidad de la información, fortalecer los procesos de capacitación y solucionar las dificultades técnicas, especialmente en las regiones apartadas²²⁴. Finalmente, indicó que las EPS niegan servicios sin invocar como causal recibir una UPC insuficiente.²²⁵

19 Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – Acemi

19.1 Señaló que la prima pura de riesgo debe calcularse de la misma manera tanto en el RC como en el RS, esto debido a que el PBS con cargo a la UPC es igual en ambos regímenes, y esto se debe dar con el fin de que se reconozca a cada EPS la prima que corresponda de acuerdo con el perfil de la sociedad afiliada. Estimó que el cálculo debe basarse en un estudio actuarial²²⁶ que tenga en cuenta a futuro las necesidades en salud de la comunidad y de esta forma se puedan prever las atenciones necesarias. Aseveró que, si bien estas estimaciones se realizan a nivel nacional, es menester tener claro que pueden existir distintos comportamientos a nivel regional. Indicó que, debido a lo anterior es menester que se tenga en cuenta información detallada sobre la población, su edad, ubicación, género, padecimientos previos tanto propios como familiares, así como el tipo de servicios²²⁷ que utilizan los usuarios.²²⁸

19.2 Añadió que para determinar de manera adecuada la suficiencia de la UPC “es imperioso contar no solo con una buena información sino también con una buena metodología actuarial que trate de realizar la mejor estimación posible del gasto”, la cual opera independiente del tipo de afiliación que se tenga en el sistema, siendo igual el método, de tal forma que la prima pura puede variar entre EPS dependiendo de las características intrínsecas que tenga la población y de los costos de atención, de acuerdo a las variables escogidas en el cálculo.²²⁹

19.3 Expresó que existen dos componentes fundamentales para determinar el valor de la prima, siendo uno la metodología utilizada para la estimación y los valores o datos que se usen para alimentar dicho método. Respecto al componente de la información, reconoció que el Ministerio ha realizado esfuerzos para establecer protocolos que permitan conocer el comportamiento de los riesgos y de los costos de atención. Sin embargo, adujo que persisten dificultades en el registro de datos en la fuente, así como en la gestión de calidad de estos. Sobre estas dificultades, resaltó que se presentan algunas variables que pueden afectar la calidad²³⁰, las cuales tienen como consecuencia que no sea posible usar la información en el análisis de los riesgos.²³¹

19.4 Con relación a la calidad de la información reportada por las EPS del RS, indicó que el trabajo realizado por las EPS-S y por las ESE ha sido mayúsculo, considerando que se debe contratar el 60% de las atenciones de la población de este régimen con la red pública, la cual tiene rezagos tecnológicos derivados de las dificultades presupuestales que estas entidades enfrentan. Pese a esto, puso de presente que una muestra de la mejora que ha

²²⁴ Documento Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, 15 de septiembre de 2022, págs. 10-13.

²²⁵ Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08, 28 de julio de 2022, pág. 6.

²²⁶ El cual consiste en un cálculo técnico y probabilístico que busca estimar, para el año en que se pagará la prima cuantas atenciones de salud requerirá una población promedio.

²²⁷ Respecto a si son de carácter preventivo, en programas especiales de seguimiento y control como el de los niños, o en atenciones que se demandan de manera urgente ante un episodio agudo de enfermedad o de atenciones más programadas cuando se diagnostica una enfermedad crónica.

²²⁸ Acemi, 01 de agosto de 2022, págs. 3-5.

²²⁹ Acemi, 01 de agosto de 2022, pág. 5.

²³⁰ Principalmente: la obligación de la contratación per cápita del 60% de servicios con la red pública; la adopción de la obligatoriedad de RIPS; y el fortalecimiento de la capacidad tecnológica de los sistemas de información en la red pública.

²³¹ Acemi, 01 de agosto de 2022, págs. 5-8.

tenido el RS se concretó cuando por primera vez se superó la malla de validación y criterios de calidad, permitiendo su uso para el cálculo de la prima del año 2022.²³² Anotó que lo anterior corresponde a un avance del sector en la cantidad y calidad de la información recolectada, sin embargo, mencionó que aún queda bastante por avanzar en la mejora de la calidad de datos, buscando esto por medio de la implementación de nuevas y avanzadas herramientas tecnológicas.²³³

19.5 Respecto a la información que las EPS reportan para el cálculo de la UPC, indicó que aquella “solicitada como soporte a las IPS corresponde a datos que permitan identificar a qué persona se le realizó la atención, qué atención y por qué se le realizó, lo cual a su vez implica tener información de la condición de salud de los afiliados, para la labor de gestión de riesgo en salud que debe realizar la EPS. De la misma manera, en la información solicitada por el Ministerio, la EPS debe especificar cuál fue la IPS que prestó el servicio y bajo que modalidad de contratación”.²³⁴

19.6 Por otro lado, en lo atinente al objetivo de lograr un mejor reporte de las frecuencias de uso planteó que, uno de los principales obstáculos frente a la calidad y reporte de la información se debe al rezago tecnológico por parte de algunos actores, así como la ausencia de controles en el proceso de registro y procesamiento de información, lo que consideró producto de la falta de definición de un único estándar en términos de registro de datos, de codificación y de canales de comunicación entre actores. De igual forma, en cuanto a la calidad de la data reportada en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud²³⁵, indicó que, si bien se ha trabajado en la mejora de estos reportes de información bajo los RIPS, lo cierto es que estos ejercicios han sido aislados y no se han logrado desarrollar sistemáticamente.²³⁶

19.7 Frente a la suficiencia de la UPC, especialmente sobre la contribución de las EPS en avanzar en los sistemas de información, anotó que estas han mejorado el reporte de datos sobre la prestación de servicios de salud, pero que siguen presentándose desviaciones y situaciones particulares que conducen a que unas EPS tengan menor calidad en la información reportada. Igualmente expresó que históricamente se han esbozado dificultades en la recolección de datos provenientes de los prestadores de origen público, sin embargo, que se han presentado avances, tal como se refleja en el último estudio de suficiencias.²³⁷

19.8 Expresó que la insuficiencia de recursos de la UPC no ha sido argumento utilizado por las EPS para la negación de un servicio a sus afiliados. Observó que dicha negación ha tenido lugar por a distintas causas, entre ellas las restricciones de oferta, la percepción de negación por parte del afiliado y errores administrativos.²³⁸

19.9 Por último, expuso que la lógica con la que se define la UPC consiste en garantizar una suficiencia a nivel global para el sector. Frente a esto, puso de presente que, si bien es posible que con esta base se garantice en alguna medida el equilibrio entre ingresos y costos del sistema en una globalidad, lo cierto es que es probable que esta situación no sea la realidad de cada una de las EPS, debido a que algunas de estas pueden tener concentraciones de riesgos en la población afiliada. De igual manera, expuso que según información de la SNS se presenta déficit en los presupuestos máximos, lo que en su parecer evidencia que las EPS han asumido una siniestralidad del 171,7% y hasta superior al 200%.²³⁹

²³² A diferencia de años anteriores, donde la prima del RS era definida tomando como base la información del RC, debido a la poca calidad o baja cantidad de información de atenciones en el RS.

²³³ Acemi, 01 de agosto de 2022, págs. 10-14.

²³⁴ Acemi, 01 de agosto de 2022, págs. 14-15.

²³⁵ RIPS.

²³⁶ Acemi, 01 de agosto de 2022, págs. 15-16.

²³⁷ Acemi, 01 de agosto de 2022, págs. 16-17.

²³⁸ Acemi, 01 de agosto de 2022, pág. 17.

²³⁹ Acemi, 01 de agosto de 2022, págs. 22-23.

II. CONSIDERACIONES

Competencia

1. En atención a 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 1991²⁴⁰, la Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir este auto.

Metodología de la valoración

2. La Sala estudiará el grado de acatamiento de los mandatos vigésimo primero y vigésimo segundo proferidos en la sentencia T-760 de 2008, en virtud de los cuales se busca, principalmente, alcanzar la suficiencia de la UPC en ambos regímenes y de los presupuestos máximos, de manera que se garantice la prestación de todos los servicios PBS que se cubren con dichos valores, para lo cual estudiará las acciones desplegadas para la consecución de este objetivo, principalmente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Para estos efectos analizará, de acuerdo con los niveles de cumplimiento establecidos paulatinamente a partir del auto 411 de 2015²⁴¹ y lo mencionado por esta Sala en diferentes ocasiones, en relación con la intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas²⁴², las medidas reportadas por el ente ministerial, dirigidas a acatar las directrices impartidas en la sentencia estructural y en el último auto de valoración 109 de 2021²⁴³, con fundamento en el acervo documental que reposa en el expediente.

4. Conforme a lo expuesto, la Sala (i) expondrá el alcance de la valoración de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia T-760 de 2008 en el presente auto; (ii) explicará y analizará las acciones ejecutadas y las medidas implementadas por el Ministerio de Salud y Protección Social dirigidas a acatar las directrices en estudio²⁴⁴ y; (iii) valorará el nivel de acatamiento de los mandatos vigésimo primero y vigésimo segundo.

5. Dentro del análisis de las acciones desplegadas por las autoridades obligadas, dirigidas a acatar las directrices en estudio, la Sala verificará las medidas implementadas en relación con los requerimientos elevados en los puntos 1, 2 y 5 del numeral quinto del auto 411 de 2016²⁴⁵, y cuyo acatamiento es necesario para dar por cumplidas las órdenes en estudio, a saber:

5.1. Deficiencias del sistema de información.

²⁴⁰ “Artículo 27. Cumplimiento del fallo. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirlo sin demora. Si no lo hiciera dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes, el juez se dirigirá al superior del responsable y le requerirá para que lo haga cumplir y abra el correspondiente procedimiento disciplinario contra aquél (sic). Pasadas otras cuarenta y ocho horas, ordenará abrir proceso contra el superior que no hubiere procedido conforme a lo ordenado y adoptará directamente todas las medidas para el cabal cumplimiento del mismo. El juez podrá sancionar por desacato al responsable y al superior hasta que cumplan su sentencia. Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad penal del funcionario en su caso. En todo caso, el juez establecerá los demás efectos del fallo para el caso concreto y mantendrá la competencia hasta que esté completamente restablecido el derecho o eliminadas las causas de la amenaza.”

²⁴¹ Proferido el 16 de septiembre de 2015, mediante el cual se efectuó el seguimiento a la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008. También se hizo alusión en el auto 186 de 2018 dentro del marco de valoración de la orden vigesimoquinta, y el 470 A de 2019 dentro de la orden vigesimocuarta, entre otros.

²⁴² Cfr. autos 140 y 470 A de 2019, entre otras.

²⁴³ Que declaró la pérdida de vigencia de algunos puntos (3 y 4 del numeral quinto de la resolutive del auto 411 de 2016) y mantuvo la de otros (numerales 1,2 y 5 del referido numeral).

²⁴⁴ Este punto tendrá en cuenta tanto los avances reportados por el Ministerio de Salud como la información remitida por otras entidades en virtud de lo dispuesto en el auto 411 de 2016.

²⁴⁵ Los cuales siguen vigentes con ocasión del análisis efectuado en el auto 109 de 2021.

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

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

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

6. En el auto 109 de 2021 la Corte estableció que dos de los cinco puntos del numeral quinto de la parte resolutive del auto 411 de 2016 perdieron vigencia²⁴⁶ y que, por ello, a partir de la fecha tan solo se analizarían los puntos 1²⁴⁷, 2²⁴⁸ y 5²⁴⁹, con el fin de establecer si las fuentes de financiación de todos los servicios y tecnologías en salud PBS alcanzan la suficiencia requerida para la prestación de los mismos.

7. Ahora, en relación con la suficiencia de la UPC para garantizar el entonces POS, cabe mencionar que para la época en que fue expedido el auto 411 de 2016, la cartera de salud aún no había implementado los mecanismos de protección diseñados para atender las coberturas del plan de beneficios y regía que el Estado debía garantizar todos los servicios y tecnologías que no se encontraran expresamente exceptuados del PBS, lo que ocurría a través del pago de la Unidad de Pago por Capitación, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 182 de la Ley 100 de 1993. No obstante, ya regía la Ley Estatutaria en Salud que en su artículo 8º dispone que los servicios y tecnologías en salud deberán ser suministrados de manera completa independientemente de cuál sea su fuente de financiación.²⁵⁰

8. De este modo, atendiendo a que en la actualidad los presupuestos máximos financian parte de los servicios y tecnologías en salud PBS, concretamente aquellos no financiados con la Unidad de Pago por Capitación, el cumplimiento de las órdenes 21 y 22 de la sentencia T-760 de 2008 implica eliminar las deficiencias de la información que se recolecta tanto para verificar el valor de la UPC como el monto a pagar por presupuesto máximo y que los valores de estos “sea suficiente para cubrir todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados del plan de beneficios, y que permitan garantizar el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible, sin sacrificar la prestación y la efectividad del derecho a la salud, so pretexto de la sostenibilidad financiera”.²⁵¹

9. Por otro lado, en relación con la orden de equiparar el valor de la UPC del RS al 95% del valor de la UPC del RC, en el referido auto 411 la Corte explicó que con la expedición de los autos 261 y 262 ordenó la igualación de la UPC bajo el entendido que: “(i) para ese momento no se contaba con un sistema de información; (ii) no existía una metodología sólida para la determinación de la suficiencia de la UPC; y (iii) luego de la actualización establecida en el Acuerdo 032, las EPS contratarían la ampliación de la cobertura para la prestación del servicio de salud”. En este sentido, la Sala verificará, además de lo expuesto en los f.j. 7 y 8, si actualmente se cuenta con un sistema de información más completo que permita extraer datos de calidad y de manera oportuna y si existe una metodología sólida para determinar la UPC y los presupuestos máximos o en su defecto, si se equiparó al 95% el valor de la UPC del RS respecto del RC.

²⁴⁶“(iii) Informar los cambios y resultados obtenidos con la ejecución de la prueba piloto implementada en la Resolución 5968 de 2014” y “(iv) Fijar un cronograma para indicar la periodicidad con la cual se acreditaría lo ordenado en los ítems precedentes, el cual debía ser presentado a esta Corporación en el término máximo de un mes contado a partir de la notificación de dicha providencia”.

²⁴⁷ Deficiencias de la información.

²⁴⁸ Equiparación de la UPC del RS en un 95% a la del RC.

²⁴⁹ Suficiencia de la UPC y de los presupuestos máximos.

²⁵⁰ Párrafo extraído textualmente del auto 109 de 2021.

²⁵¹ F.j. 157 del auto 109 de 2021.

10. En lo atinente al tercer punto mencionado, vale anotar que, en su momento, la CRES no cumplió con la carga de la prueba que le asistía para acreditar la sostenibilidad financiera del SGSSS en lo que a la UPC refiere, máxime cuando a partir de la entrada en vigencia del Acuerdo 032 de 2012 se evidenció la imposibilidad de las EPS-S de continuar prestando los servicios de salud a los afiliados con el valor fijado a la UPC-S, el cual distaba del de la Unidad de Pago por Capitación, con ocasión de la unificación de los planes de beneficios con dicho acuerdo, situación que en cierta manera, en la actualidad es verificada en el punto que persigue establecer la suficiencia de la UPC.

11. En consecuencia, para determinar el grado de acatamiento de los mandatos en estudio, se tendrá en cuenta que el Ministerio de Salud haya desplegado acciones dirigidas a cumplir con lo dispuesto en las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia T-760 de 2008 a partir de lo dispuesto en los puntos 1, 2 y 5 del numeral quinto del auto 411 de 2016²⁵² y atendiendo al alcance expuesto en este acápite.

Análisis de las medidas implementadas y acciones ejecutadas por las autoridades obligadas, dirigidas a acatar las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia estructural²⁵³

12. Como se explicó, se tendrá en cuenta que en la actualidad el MSPS debe garantizar a través de la regulación que sea expedida y de la implementación de la política pública pertinente, que las fuentes de financiación del PBS (tanto UPC como techos) sean suficientes para respaldar la entrega de servicios y tecnologías en salud que conforman el plan de beneficios en los dos regímenes, de forma que se cubran todos los tratamientos y tecnologías que no estén expresamente exceptuados de este, y que permitan garantizar el acceso a todos los elementos para lograr el más alto nivel de salud posible.²⁵⁴

13. Así, se pronunciará en un primer momento, sobre la normativa emitida en la materia y, en segundo lugar, respecto de las medidas implementadas para determinar si derivaron en resultados que eliminen la falla estructural o conduzcan a su superación.

Entrega periódica de información y expedición de directrices en la materia

14. Respecto del acatamiento formal, se verificará si el MSPS, la SNS y la Contraloría remitieron dentro del término (cada 6 meses contados desde la comunicación del auto 109 de 2021), los informes que fueron ordenados en dicha providencia y seguidamente, analizará si el ente ministerial expidió normatividad o directrices dirigidas al cumplimiento de estos mandatos al integrar disposiciones relacionadas con cada uno de los puntos en estudio²⁵⁵, las cuales se tendrán en cuenta cuando se efectúe el análisis de las medidas.

15. En efecto, las entidades gubernamentales mencionadas debían remitir el referido informe cada 6 meses, relacionando las medidas, resultados y avances obtenidos en la materia. En cumplimiento de lo anterior, la SNS remitió documento del 23 de agosto de 2022²⁵⁶ y la Contraloría General de la Nación del 5 de julio de 2022²⁵⁷. Por su parte, aun cuando el MSPS no envió propiamente reporte con ocasión del auto 109 de 2022, sí remitió la información correspondiente en respuesta al auto del 1 de julio de 2022 mediante el cual la Sala decretó algunas pruebas.

²⁵² Recoge los lineamientos planteados por los autos 261 y 262 de 2012.

²⁵³ Cabe advertir que, en virtud del principio de la buena fe, la Sala Especial de Seguimiento tuvo por ciertas las afirmaciones emitidas por las autoridades obligadas toda vez que no fueron desvirtuados por terceros y, no requirió para ello soportes documentales que respaldaran la información remitida, atendiendo a la magnitud de la orden y el desgaste administrativo que ello podría implicar.

²⁵⁴ Párrafo extraído del auto 109 de 2021.

²⁵⁵ Puntos 1,2 y 5 del numeral quinto de la parte resolutoria del auto 411 de 2016.

²⁵⁶ Documento Superintendencia Nacional de Salud del 23 de agosto de 2022, con radicado 20221610201167471.

²⁵⁷ Radicado 2022EE0115007.

16. Adicionalmente, el ente ministerial reportó, con posterioridad a la notificación del auto 109 de 2021²⁵⁸, diferente reglamentación y medidas dirigidas al cumplimiento de las órdenes 21 y 22 de la sentencia T-760 de 2008, a saber:

Normatividad ²⁵⁹	
Resolución 043 de 2021	Fijó el valor del presupuesto máximo a transferir a cada una de las EPS y entidades obligadas a compensar en los cuatro primeros meses de la vigencia 2021.
Resolución 084 de 2021	Añadió disposiciones para la generación de factura electrónica del sector salud además de las ya exigidas por la DIAN, concediendo un plazo de 3 meses para el ajuste e implementación de estas.
Resolución 202 de 2021	Modificó el artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012, cambiando las fechas para el reporte de la información y sustituyendo el anexo técnico de dicha resolución por otros.
Resolución 497 de 2021	Mediante la cual se modificaron los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud, desarrolló disposiciones del Sistema de Gestión de Riesgos y adoptó el Manual de Criterios y Estándares.
Resolución 586 de 2021	Estableció disposiciones relacionadas al presupuesto máximo para la financiación y gestión de los servicios y tecnologías no financiados por la UPC.
Resolución 866 de 2021	Por medio de la cual se reglamentaron el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para garantizar la interoperabilidad de la historia clínica en el país basándose en la política de gobierno digital y los lineamientos establecidos por el MinTic.
Resolución 1178 de 2021	Incluyó el Permiso por Protección Temporal como documento válido de identificación de los migrantes venezolanos en los sistemas que tiene el Sistema de Protección Social.
Resolución 2292 de 2021	Dio a conocer los servicios y tecnologías que pasaron a ser financiados por la UPC para la vigencia 2022, trasladando de esta forma tecnologías que estaban siendo financiadas en los presupuestos máximos. (23 diciembre de 2021)
Resolución 2381 de 2021	Mediante la cual se fijó el valor anual de la UPC. Para este se tomaron en cuenta las recomendaciones de avanzar en la integralidad de servicios a ser financiados, de incrementar el valor de la prima e implementar un mecanismo de seguimiento del comportamiento de los servicios y tecnologías que pasan a ser financiados por la UPC.
Resolución 510 de 2022	Oficializó las condiciones para la generación y radicación de La factura electrónica de venta en el sector salud y adoptó los campos adicionales en formato XML, estando esta factura con el RIPS como soporte de la misma. (30 de marzo de 2022)
Resolución 1036 de 2022	Estableció cambios al RIPS e incluyó el flujo de la información, los datos que deben reportar y las reglas de validación que deben aplicarse como soporte para el trámite y envío de la factura electrónica de venta en salud, además de disponer que estas han de generarse conjuntamente junto con las notas débito, notas crédito y demás documentos electrónicos. (15 de junio de 2022)
Resolución 1139 de 2022	Actualizó los servicios, medicamentos, procedimientos y APNE que no están financiados con recursos de la UPC ni están excluidos de la financiación con recursos del SGSSS y que ahora estarán financiados con recursos del presupuesto máximo. (30 de junio de 2022)
Resolución 2809 de 2022	Estableció los valores de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- para el régimen contributivo y subsidiado.

17. Lo anterior permite concluir que formalmente el Minsalud emitió normatividad y reglamentación relacionada con las fallas que pretenden subsanarse con las órdenes 21 y 22 impartidas en la sentencia T-760 de 2008. A lo largo del desarrollo del siguiente acápite se tendrá en cuenta si su contenido ha contribuido a superar las mismas.

Análisis de las medidas y resultados reportados en cumplimiento de las órdenes en estudio

18. Esta Sala ha manifestado²⁶⁰ que no basta con el cumplimiento formal de los requisitos exigidos al interior de cada orden y por lo mismo, requiere resultados materiales derivados de la adopción de acciones y medidas eficaces, que conduzcan a la superación de la falla estructural identificada en el mandato objeto de estudio o que permitan inferir

²⁵⁸ Surtida el 14 de diciembre de 2021.

²⁵⁹ Es pertinente mencionar que no toda la normatividad que se enuncia como cumplimiento formal fue reportada o desarrollada por el MSPS, no obstante, la Sala, para realizar la labor de seguimiento y valoración de cumplimiento de las órdenes impartidas, considera aquellos actos administrativos y demás normas expedidas por el Gobierno que puedan contribuir al cumplimiento de los mandatos impartidos por la Corte.

²⁶⁰ Cfr. auto 249 de 2013, consideración jurídica núm. 4.; auto 411 de 2015, consideración jurídica 9.10; auto 186 de 2018; auto 140 de 2019; auto 470 A de 2019; auto 109 de 2021.

avances con dicha finalidad²⁶¹. En consecuencia, es claro que la política pública no puede ser simbólica o formal²⁶² y debe trascender del papel a una real ejecución de la misma. Por lo descrito, a continuación, se estudiarán las medidas reportadas por el MSPS, para establecer si son sustanciales en relación con cada eje temático.

(i) Deficiencias del sistema de información

19. En el referido auto 109 de 2021 la Sala estableció que las medidas y reglamentación emitidas por el ente ministerial no solucionan las deficiencias del sistema de información, de manera que seguía evidenciándose:

“(i) baja calidad de la información reportada por las EPS del régimen subsidiado al punto que la misma no puede ser empleada en la definición de la Unidad de Pago por Capitación; (ii) que si bien los sistemas de información tienen en cuenta algunas barreras de acceso a los servicios y tecnologías en salud, no registran y actualizan con fidelidad las necesidades reales de la población y menos aún, evidencian que las mismas se estén superando; y (iii) que la información proveniente de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del régimen subsidiado es deficiente.”

20. Partiendo de lo anterior, la Sala verificará qué medidas fueron reportadas y si arrojaron resultados que hayan contribuido a disminuir o erradicar las falencias mencionadas.

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

21. Inicialmente, vale resaltar que, por primera vez, el ente ministerial indicó que la información para establecer el valor de la UPC-S correspondió propiamente a la del régimen subsidiado²⁶³, pues en efecto, con ocasión de la baja calidad de aquella reportada por las EPS-S en años anteriores, para el MSPS era imposible aproximarse a un valor de la prima que pudiera considerar suficiente, y por ello, la entidad tomaba como referente el valor de la Unidad de Pago de Capitación establecido en el Régimen Contributivo²⁶⁴. Esta situación también fue reconocida por actores del sector salud que pusieron de presente que ello derivó en avances en el factor predictivo del gasto²⁶⁵.

22. La entidad había afirmado²⁶⁶ que técnicamente era imposible igualar la UPC de ambos regímenes con ocasión de la diferencia en los perfiles demográficos y epidemiológicos, las condiciones de operación de los regímenes y los aspectos socioculturales; en su momento reconoció que la única razón para no hacerlo era la ausencia de datos, sin embargo, la UPC de 2022 se estableció con información propia del RS, lo que en teoría permitiría, bien sea igualar el valor de la prima del RS con el del RC o argumentar la imposibilidad de ello demostrando que un valor inferior es suficiente. En otras palabras, contando con la información, ha de suponerse que el MSPS podía comparar con la del RC y demostrar que el valor establecido era suficiente, sin necesidad de que fuera igual o superior al valor de la prima en del RC.

23. Ahora, es prematuro afirmar que se trata de una medida sostenible en el tiempo y asegurar que dicho cálculo derivó de información de calidad, de manera que, si bien la Sala puede considerar como avance haber empleado los datos propios del RS, ello no significa que los mismos hayan sido de calidad, es decir, se trata de dos cosas diferentes, contar con

²⁶¹ Cfr. sentencia C-351 de 2013. Considerando 3.3.12.

²⁶² Sentencia C-351 de 2013.

²⁶³ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, pág. 14.

²⁶⁴ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folio 8.

²⁶⁵ Documento Gestarsalud del 13 de octubre de 2022, radicado 2735, folio 4.

²⁶⁶ Cfr. auto 109 de 2021.

más información o datos suficientes, y que estos sean de calidad, como se explicará en este acápite.

24. En primer lugar, la Sala considera un avance que para el cálculo de la UPC del RS la información de los servicios prestados proviniera del 96% de las EPS-S, toda vez que, de un total de 25 EPS-S 24 reportaron²⁶⁷, lo que significa mayor cantidad de datos (que no calidad); así mismo, que se manifieste que las diferencias sociodemográficas, epidemiológicas y de operación están siendo consideradas al momento de realizar el estudio de suficiencia, aunque no se hay profundizado en ello.

25. De igual modo, cabe diferenciar que, lo anterior no significa que toda la información entregada haya sido tenida en cuenta, por cuanto únicamente se consideraron los datos de 12 EPS seleccionadas que superaron los parámetros de calidad establecidos; aunque, estas representan el 77,5% de la población afiliada y el 85,5% del gasto reportado para el régimen y podría considerarse representativa, las asistencias técnicas deben enfocarse en este aspecto en aras de que los reportes de datos obtengan una mejoría representativa. Ahora, esto denota un avance, si se tiene en cuenta que en el auto 109 de 2021 la Sala encontró que, en dicho régimen, menos del 50% de las EPS superaban el umbral de cobertura establecido para hacer parte de la información seleccionada para el estudio de suficiencia de la UPC y los mecanismos de ajuste de riesgo.

26. También se reconoce la labor de la entidad ministerial al trabajar conjuntamente con los gremios en el diseño de un indicador combinado, con el fin de lograr una mayor representatividad del régimen y de calcular la UPC. Aun cuando la Comisión de Seguimiento²⁶⁸ puso de presente que sigue haciendo falta que las bases de datos sean interoperables, lo que supone esta labor de interacción entre las entidades a cargo de las bases de datos.

27. Por otro lado, al igual que en el auto 109²⁶⁹, la Sala encontró que las reuniones y asistencias técnicas que el MSPS prestó a las EPS-S a las DTS y a las IPS públicas, sin duda, dieron lugar a un mejor reporte de información por dichas entidades, con ocasión del fortalecimiento de las capacidades técnicas en los procesos de diligenciamiento, revisión, validación, consolidación y análisis de los datos de gestión que representaron. Así, por ejemplo, se reportó que gracias a las asistencias técnicas realizadas el Ministerio logró obtener información de gestión técnica, administrativa y financiera trimestral y anual de la vigencia 2021 del 99,6% de las ESE del país. Con ocasión de estas asistencias también se entregó mejor data en el cierre del ciclo de suministro de Mipres para calcular los presupuestos máximos, lo que representó en el último corte de 2021 un 98% de calidad.

28. La Sala considera que lo descrito deriva, entre otras, del fortalecimiento de las bases de registro de información que conforman el SGSSS²⁷⁰, sin ello no sería posible obtener mejores datos para la toma de decisiones, al igual que la implementación de aplicaciones que incrementan las facilidades al usuario para acceder con mayor transparencia a esta y por defecto a los servicios de salud. Así, se observa que esta mejoría en las fuentes de información²⁷¹ pudo haber repercutido directamente en la posibilidad de calcular la UPC-S

²⁶⁷ De las cuales 3 fueron liquidadas en esa vigencia.

²⁶⁸ Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08, 28 de julio de 2022, pág. 6.

²⁶⁹ "La Sala encontró relevante el acompañamiento efectuado a los actores del sector salud a través de la asistencia técnica ofrecida a las IPS públicas y a las EPS-S, dirigida a mejorar la información base reportada por estas para la toma de decisiones, con la intención de recolectar de forma directa los datos".

²⁷⁰ Entre otras, el SAT, BDU A, RIPS, RIPSS, REPS, SIC, Mipres, SISPRO, SECOVID, PRASS, Clicsalud, registros que permiten disponer de la data necesaria para mejorar el conocimiento de los riesgos y los costos de atención.

²⁷¹ Registro Individual de Prestaciones de Salud -RIPS-; Sistema Integrado de Información de la Protección Social -Sispro-; plataforma de intercambio de información -PISIS- del Sispro; Sistema de Información de Precisos de Medicamentos -Sismed-; Base de Datos Única de Afiliados a Salud -BDUA-; Registro Único de Afiliados a la Protección Social -RUAF-; Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social -PILA-; Base de datos de la compensación del Fosyga; Histórico de población afiliada compensada (HAC) e Histórico de población afiliada no compensada (HANC); Base de datos liquidación mensual de afiliados del Subsidiado (LMA); archivos de población del DANE; manual tarifario SOAT vigentes; Bases de datos de comités técnicos científico y tuteladas; análisis de impacto presupuestal realizado por el IETS; estados financieros de pérdidas y ganancias (PYG) que las EPS reportan a la Superintendencia Nacional de Salud; resultados de la prueba piloto de 2010.

con datos propios del régimen, aun cuando algunos actores del sector también insistieron en falencias que siguen incidiendo negativamente en estos procesos de cargue y obtención de mejor información.

29. Por su parte, en relación con la calidad de la información reportada por las EPS del RS, Acemi indicó que el trabajo realizado por las EPS-S y las ESE había sido notorio, considerando que se debía contratar el 60% de las atenciones de la población de este régimen con la red pública, la cual, en su parecer, tiene rezagos tecnológicos derivados de las dificultades presupuestales que enfrentan.

30. La Asociación puso de presente que, pese a lo anterior, muestra de la mejora de los datos en el RS se concretó cuando por primera vez se superó la malla de validación y criterios de calidad, permitiendo su uso para el cálculo de la prima del año 2022²⁷². Anotó que lo descrito corresponde a un avance cuantitativo y cualitativo del sector en la información recolectada, sin embargo, mencionó que aún se debe avanzar en mejorar la calidad de los datos, implementando nuevas y avanzadas herramientas tecnológicas.²⁷³ Ahora, también planteó que:

“De acuerdo con el Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación del año 2022: Recursos para garantizar la financiación de tecnologías y servicios de salud en los 11 regímenes Contributivo y Subsidiado, del Ministerio de Salud, con la información reportada de las atenciones incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (PBS) del año 2020, en los dos regímenes existen dificultades con la cantidad y la calidad de la información reportada, situación que seguramente debe ser gestionada tanto por los proveedores de servicios médicos, IPS y ESE, como por las mismas aseguradoras, EPS.”

31. Por su parte, Gestarsalud expuso²⁷⁴ que en la información base para el cálculo de la UPC se ha reconocido, como lo puntualiza la Procuraduría, que se han obtenido avances en el reporte, pero persisten dificultades en la calidad de la información. Específicamente en el régimen subsidiado ha representado un progreso al lograr que en el 2022 la calidad permitiera contar con la data requerida para realizar el cálculo independiente del régimen contributivo. Agregó, en cuanto a los datos que son referentes para la revisión directa de la prestación de los servicios, que provienen de las IPS, y que aún falta calidad y oportunidad. Para esto considera importante la interacción de los sistemas de información existentes con el fin de que sean interoperables y se logre la consolidación de los datos y la correlación de estos para los cálculos posteriores, para lo cual se hace necesario el apoyo de autoridades tanto del orden nacional como territorial.

32. Ahora, la Comisión se refirió a algunas de las plataformas empleadas para que esta data sea remitida; sin embargo, consideró que, debido a que esta no es completa en todos los casos, podría atribuirse incapacidad para precisar si el valor de la UPC es realmente insuficiente para cubrir la prestación de todos los servicios de salud del PBS. Además, añadió que las EPS no garantizan la demanda de servicios y por ello acuden a barreras administrativas²⁷⁵, lo cual, de ser cierto, generaría márgenes de error en las frecuencias de uso y recolección de información incompleta o poco fiel a la realidad.

33. En efecto, como lo mencionó Gestarsalud, se requiere de mejor infraestructura e incluso talento humano para el cargue o registro de la información con calidad, lo que en oportunidades pasadas (auto 109 de 2021), fue resaltado por la Sala al encontrar, entre otras cosas, personal no capacitado; que la ausencia de programas dirigidos a la capacitación del

²⁷² A diferencia de años anteriores, donde la prima del RS era definida tomando como base la información del RC, debido a la poca calidad o baja cantidad de información de atenciones en el RS.

²⁷³ Acemi, 01 de agosto de 2022, págs. 10-14.

²⁷⁴ Al pronunciarse sobre el documento del 08-08-22 de la Procuraduría General de la Nación con radicado DTS 6806 SIAF 36839.

²⁷⁵ Documento Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, 15 de septiembre de 2022, pág. 10.

personal encargado de las operaciones de registro sin duda afecta la calidad de la información recolectada y los tiempos en que se surten dichos procesos.

34. En consideración a lo descrito, vale citar que el MSPS reportó que sigue trabajando en mejorar los procedimientos para la atención de los casos que registran diferencias entre la información de referencia de la identificación y los datos registrados en la BDU; así mismo, intentando reducir la cantidad de asuntos que contienen estos contrastes a partir de la actualización oportuna de las bases de datos y adicionalmente, que también continúa velando por la implementación de servicios en línea para la consulta de documentos de identidad reportados por la RNEC y Migración Colombia.

35. Acemi aludió a inconsistencias en la información y demoras en la actualización de las bases de datos que ponen en riesgo el aseguramiento en salud.²⁷⁶

36. A su vez indicó, en relación con el certificado de nacido vivo, que *“el país adolece de una información que unifique los CN con los registros civiles, pues en ocasiones se presentan dobles registros dadas las dificultades en la identificación de esta población a la que se debe garantizar el acceso a la prestación de los servicios desde el momento de su nacimiento, generando multifiliación futura.”*²⁷⁷ También mencionó falencias en la actualización de la información de fallecidos.²⁷⁸

37. Ahora, cabe anotar que, aunque se reportó que las asistencias técnicas contribuyeron en la obtención de menor información, el MSPS puso de presente que durante las realizadas en los últimos 5 años a las EPS del RS se detectaron “inconvenientes en cada uno de los subsistemas que son fuente de información”, y que se han efectuado las recomendaciones para el mejoramiento continuo de dicho proceso, además de asistencias a las IPS; no obstante, no mencionó los inconvenientes a los que hace referencia por lo que, para la Sala siguen sin conocerse las causas que originan que la información recolectada en el RS sea deficiente y no cuente con estándares de calidad exigidos, a pesar de que el valor de la UPC se haya calculado por primera vez con información propia del RS en la vigencia 2022. Gestarsalud también señaló que debe trabajarse la información de referencia con las mallas validadoras en SIREPS, en Mipres, en RIPS y en el SAT.

38. En consecuencia, el ente ministerial debe seguir fortaleciendo las bases de datos, puntualmente en materia de calidad y de oportunidad, entre otras, de los procedimientos para la implementación de los servicios en línea para la consulta de documentos de identidad reportados por el RNEC y Migración Colombia²⁷⁹, más si se tienen en cuenta los cambios que ha adoptado el sistema de salud en relación con las atenciones de los extranjeros con permisos de permanencia.

39. Sobre los RIPS, cabe mencionar que el MSPS anunció en su momento que se modificaría la Resolución 3374 de 2000, lo que conduciría a que las entidades a cargo respondan a los requerimientos de información del SGSSS, y se apoyen los procesos de

²⁷⁶ “Actualización de registros civiles. La población entrega a la EPS el registro civil de los niños, el cual es el soporte para la acreditación del afiliado en el sistema de salud, pero posteriormente las EPS reciben de la ADRES auditorías (sic), respecto de esos mismos usuarios, por documentos no existentes en la Registraduría Nacional del Estado Civil RNEC. En algunas EPS se ha encontrado procesos de validación en donde del 100% de registros recibidos en las auditorías, el 85% termina siendo actualizado en la RNEC 15 meses después, lo que denota un riesgo en el aseguramiento para el afiliado y la desactualización prolongada de las fuentes de oficiales de información. En este, como en otros casos, se dispone de la interoperabilidad, pero no de la actualización oportuna.” Acemi, 12 septiembre de 2022, pág. 5.

²⁷⁷ Acemi, 12 septiembre de 2022, pág. 5.

²⁷⁸ “...a pesar de consultar las fuentes oficiales de información, la actualización de la validez de documentos en el caso de personas fallecidas presenta inconvenientes, pues frecuentemente se evidencian fallecidos en fuentes oficiales que posteriormente cambian de estado a documento válido. Acatando lo normado se ejecutan las validaciones conforme lo dispuesto en el artículo 23 del Decreto ley 019 de 2012 respecto a la actualización de fallecidos, pero la información oficial dispuesta por el Estado no logra la actualización adecuada y oportuna, con la consecuente desactualización de los sistemas de información que soporta y la falta de integración de actores del SGSSS. Esto genera potenciales problemas de acceso a servicios, auditorías innecesarias para las EPS, restitución de recursos, insatisfacción por parte de la población afiliada, y apreciaciones subjetivas en contra de las EPS y del SGSSS”. Acemi, 12 septiembre de 2022, pág. 5.

²⁷⁹ Gestarsalud documento del 13 de octubre de 2022, radicado 2735. Folio 6.

gestión clínica, salud pública, riesgo individual, riesgo colectivo, administrativos y financieros, estudios e investigaciones y todos aquellos relacionados con la prestación de servicios de salud. Esto podría fortalecer la calidad de la información y su registro y contribuir a un mejor cálculo del valor de la UPC y también de los PM. De acuerdo a lo expuesto, el MSPS profirió la Resolución 1036 de 2022 pero tan solo hasta el 30 de junio de 2023 se entendería derogada la Resolución 3374, por lo que no es posible referirse a resultados a falta de su implementación. No obstante, la Sala reconoce los esfuerzos por avanzar en la recolección de mejor información proveniente de estas entidades.

40. En relación con la superación de la malla de validación, la Sala encontró que, de 15.692.102 registros reportados con suministro en 2021, tan solo 257.350 no superaron la calidad, lo que representa únicamente un 1,63% del total, sin desconocer que, cada registro puede tener varios filtros en relación con esta característica. Efectuando una evaluación cuantitativa sin duda, se evidencia un progreso en la cantidad de registros que viene superando la malla de validación, aunado al aumento de reportes por parte de las entidades. Sobre esto, la Dirección de Regulación señaló que los indicadores creados corresponden a cada una de las calidades analizadas en la información, siendo el resultado el porcentaje de registros que efectivamente cumplen con tales calidades. Sin embargo, estos reportes alusivos a la calidad contradicen el dicho de los diferentes actores de salud que señalan la necesidad de fortalecer la calidad de los datos.

41. Si bien la Sala encuentra apropiado el procedimiento consistente en que los registros que no cumplen con las exigencias de calidad sean devueltos a las EPS y estas a su vez los remitan nuevamente al MSPS con las correspondientes justificaciones, se desconoce si estas últimas deben presentarse de conformidad con un listado textual o las EPS pueden invocar de manera subjetiva las que consideren, lo que pondría en evidencia una gran proliferación de razones y falta de unidad en este aspecto, y ello supondría mayor trabajo y depuración de la información, además de una aplicación con parámetros subjetivos y no estandarizados, lo que afectaría directamente la calidad de los datos recolectados, lo que nuevamente conduce a resaltar la importancia de migrar la información hacia un sistema que unifique.

42. Por otra parte, respecto de las acciones desplegadas para explorar mecanismos de incentivos o de sanciones para que los aseguradores brinden información oportuna, homogénea y veraz, el ente ministerial señaló²⁸⁰ que en relación con los servicios y tecnologías financiados con el presupuesto máximo, las EPS y entidades adaptadas han aumentado el registro de reportes en Mipres en razón a que el seguimiento y monitoreo de estos servicios se realiza frente a lo registrado en dicha plataforma, es decir, no consignar esta información o hacerlo en menor medida, hace presumir que el presupuesto asignado ha sido suficiente y por tanto no daría lugar a ningún tipo de ajuste²⁸¹, pero ello no apunta a la recolección de mejor información en relación con la UPC. En efecto, esto no puede considerarse un incentivo sino una consecuencia adversa para las prestadoras de servicios por el no reporte.

43. En general, sigue sin evidenciarse que ante el no reporte o el deficiente registro de datos, las entidades responsables sean verdaderamente sancionadas o que las sanciones impuestas conduzcan a la corrección de esta conducta. Como se viene estudiando, no es dable flexibilizar la entrega de información con la que se nutren los sistemas que sustentan el cálculo de la UPC y de los valores que se requieren para financiar el PBS no UPC en ambos regímenes, especialmente en el régimen subsidiado; en efecto, pareciera irrelevante para los actores del sector salud obligados a ello, entregar datos incompletos, fuera de los términos o simplemente no entregarlos.

²⁸⁰ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folio 24.

²⁸¹ Conforme a las disposiciones de las sustituidas resoluciones 205 de 2020 y 586 de 2021.

44. Como se mencionó, para optimizar la información relacionada con la prestación de servicios de salud, el MSPS emitió la Resolución 1036 de 2022²⁸², con la que se cambiaron los flujos de datos, las estructuras y se convirtieron en los soportes de factura electrónica definida para el sector salud en la Resolución 510 de 2021. De este modo los RIPS deberán reportarse directamente por la IPS al MSPS, con una validación única y acompañada de la factura de venta para garantizar la integridad entre la factura electrónica y los RIPS, lo que podría mejorar la oportunidad y calidad de estos, no obstante, debido a su reciente implementación, es menester esperar a que la misma arroje resultados que puedan ser analizados y evidenciar que los mismos sean sostenibles en el tiempo.

45. Cabe resaltar que la Sala sigue considerando inconveniente que la información primordial para calcular el valor de la UPC tenga en su mayoría un solo origen (las EPS), porque ello impide contrastar la misma con la proveniente de otras fuentes. De igual manera, se hace necesario seguir trabajando en la unificación de las bases de datos, y de este modo exigir su entrega en formatos idénticos para todas las EPS y para cada periodo, lo que permitiría realizar ejercicios de comparación y contraste más eficientes y efectivos, para lo cual, se hace necesario destinar los recursos suficientes para que ello pueda materializarse.

46. Respecto de lo anterior, la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008²⁸³ anotó que la información que se recoge no es unificada, entre otras cosas porque las distintas fuentes de esta emplean procedimientos y parámetros de recolección distintos y que, en virtud de la pandemia, no se dieron avances en su fortalecimiento. Así mismo, que los datos presentan intermediación y retrasos, lo que afecta la toma de decisiones, incluso en el aspecto epidemiológico; que no son oportunos, completos ni de calidad, lo cual ocurre por la desarticulación entre los actores y ante la falta de un sistema único de información que, además, permita hacer consultas en tiempo real.

47. En este mismo sentido, Acemi consideró que persisten dificultades en el registro de datos en la fuente, así como en la gestión de calidad de estos. Sobre las dificultades resaltó que se presentan algunas variables que pueden afectar la calidad²⁸⁴, las cuales tienen como consecuencia que no sea posible usar la información en el análisis de los riesgos.²⁸⁵

48. La Comisión analizó los reportes del MSPS que se pusieron de presente a los peritos y consideró que se observan avances significativos en la calidad de la información de acuerdo con lo expuesto por el MSPS. Que, si bien las fuentes son adecuadas, la calidad de los datos reportados por las EPS/IPS y en Mipres continúa reflejando algunas debilidades e inconsistencias, lo que podría afectar el cálculo de la UPC. También, que es importante el mejoramiento continuo en la calidad de la información, fortalecer los procesos de capacitación y solucionar las dificultades técnicas, especialmente en las regiones apartadas²⁸⁶.

49. Criticó la percepción de que el incumplimiento en efectuar reportes no es vinculante, pues el sistema está estructurado para dar apariencia de no generar sanción o que esta sea mínima.²⁸⁷ De igual manera, exteriorizó que las EPS no están garantizando la demanda de servicios en salud, y que por ello imponen barreras administrativas, las cuales se evidencian en la gran cantidad de tutelas que persiguen la efectiva prestación de los servicios y la defensa de su derecho fundamental a la salud.²⁸⁸

²⁸² Que derogó la Resolución 3374 de 2000.

²⁸³ Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08, 28 de julio de 2022, págs. 2-3.

²⁸⁴ Principalmente: la obligación de la contratación per cápita del 60% de servicios con la red pública; la adopción de la obligatoriedad de RIPS; y el fortalecimiento de la capacidad tecnológica de los sistemas de información en la red pública.

²⁸⁵ Acemi, 01 de agosto de 2022, págs. 5-8.

²⁸⁶ Documento Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, 15 de septiembre de 2022. Folios 10-13.

²⁸⁷ Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08, 28 de julio de 2022. Folios 4-5.

²⁸⁸ Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08, 28 de julio de 2022. Folios 10-11.

50. En efecto, la Sala encontró que el Defensor del Pueblo reportó al respecto que “entre enero y septiembre de 2022 se presentaron 109.825 tutelas que invocaron el derecho a la salud, es decir 12.203 tutelas mensuales en promedio, superior en 58,31% a las 7.708 tutelas que en promedio se presentaron en 2021, año en el cual la cifra total de tutelas en salud llegó a 92.499 acciones”. Al respecto consideró “inaudito que las personas tengan que seguir acudiendo a las acciones de tutela para que las autoridades judiciales les ordenen a las EPS cumplir con las obligaciones que ya están consagradas en la legislación colombiana. El derecho a la salud, es el segundo derecho más tutelado y representa el 24,47% del total”²⁸⁹.

51. Como variables de lo anterior, la Comisión resaltó la ausencia de un sistema único de información en salud; el incumplimiento en el reporte periódico y la apariencia de no ser vinculante hacerlo en término; y la gran cantidad de datos²⁹⁰ presentes en las distintas bases, lo que hace que no sean comprensibles ni trazables.²⁹¹

52. Sobre la estandarización de datos y codificaciones, el MSPS reportó que no es efectuar un estudio que considere todas las interacciones de información entre los actores de la regulación, administración, operación, financiamiento y de inspección, vigilancia y control, no obstante, que se buscaba la creación de un sistema único de información que deberá tener en cuenta estos aspectos y recoger la misma información para que fuera posible agrupar y comparar datos. Al respecto, la Sala considera que la proliferación de datos genera confusión y retrasos en la toma de decisiones, sobre todo cuando provienen de fuentes diferentes que no coinciden y, aunque no se trata de crear un sistema único en el sentido expreso de la palabra, sí de unificar y tener bases que recojan la mayor cantidad de información, incluso a través de un menor número de datos pero con calidad superior, y que puedan consultarse por los diferentes actores del sector salud en tiempo real.

53. Específicamente, se estima importante que el ente ministerial se enfoque en establecer cuál es la causa por la que, en el RS la información recolectada es deficiente y difícilmente alcanza los estándares de calidad exigidos, atendiendo entre otras cosas a lo expuesto por diferentes actores del sector salud, verificando si en algo influye la obligación de contratar con la red pública y los inconvenientes de carácter financiero de estas entidades. Esto conduce a revisar si las herramientas tecnológicas cumplen con los mínimos para recolectar información de calidad y actualizar los datos oportunamente. En este particular, se indagó al Ministerio por esas causas; sin embargo, este contestó con evasivas aludiendo a otros temas²⁹².

54. Tampoco se evidenció con claridad la implementación de programas dirigidos a que las EPS-S destinen recursos para garantizar que la red pública reciba las inversiones necesarias en sistemas y conectividad para asegurar la disponibilidad de los datos que se requieren para efectuar un mejor cálculo, tanto de la UPC como de los presupuestos máximos, lo cual tendría que suceder ante una posible sustitución del actual mecanismo empleado para recoger información al interior del sistema de salud. De igual modo, no se ha propendido por dotar de mayor transparencia la información consignada en estas bases de datos, aun cuando el Gobierno propuso a inicios del primer semestre de 2023, entre otras, un sistema de información público para que los ciudadanos tengan acceso en línea a datos relacionados con el manejo de los recursos del sistema.

55. En consecuencia, si bien la Sala puede calificar como positivo el haberse considerado mayor porcentaje de información en el cálculo de la UPC, debe advertirse que esta proviene de unas pocas EPS que abarcan gran parte del mercado, por lo que siguen

²⁸⁹<https://www.defensoria.gov.co/-/tutelas-en-salud-aumentaron-58-31-en-el-promedio-mensual-a-septiembre-de-2022-frente-a-2021#:~:text=As%C3%AD%20lo%20destac%C3%B3%20el%20Defensor,a%C3%B1o%20en%20el%20cual%20la>. Consulta efectuada el 22 de febrero de 2023.

²⁹⁰ Que comprenden aspectos administrativos, financieros, fiscales, contractuales, asistenciales, técnicos y operativos.

²⁹¹ Documento Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, 15 de septiembre de 2022. Folios 4-5.

²⁹² Pregunta formulada mediante auto del 1 de julio de 2022.

presentándose dificultades de reporte frente al resto de entidades; aunque se calculó por primera vez la UPC-S en el 2022 con información propia de dicho régimen, algunos actores del sector salud expusieron las razones por las cuales consideran que la calidad empleada no es de calidad y no conduce a afirmar la existencia de una UPC suficiente, las cuales a su vez se encontraron justificadas por la Sala.

56. Dicho cálculo con información propia del régimen no significa de ante mano que esta sea de calidad y tampoco subsana las falencias reportadas por los actores del sector salud e identificadas en la materia. Como se mencionó, que un mayor porcentaje de información haya superado los requisitos de validación para ser tenida en cuenta en los cálculos, no significa de ante mano que esta sea notoriamente de mejor calidad. Ya se cuenta con información propia para tasar dicho valor, ahora, el MSPS deberá demostrar que la misma es de calidad, completa y confiable.

57. A su vez, haber empleado datos propios del RS no permite afirmar que el valor haya sido suficiente para cubrir en dicha vigencia la prestación de todos los servicios y tecnologías en salud UPC. Las consecuencias que podría acarrear una definición insuficiente del valor de la UPC calculada para el 2023, alertaron a diferentes actores del sector salud que en efecto, consideraron que podría estar en riesgo la garantía del derecho a la salud.²⁹³

58. En conclusión, puede decirse que es mayor el porcentaje de información que en la actualidad supera las mallas de validación requeridas para ser tenida en cuenta en el cálculo de la UPC, que se ha trabajado en fortalecer las bases de datos, se han disminuido los tiempos del procedimiento de cargue y se ha obtenido mayor oportunidad en su entrega. No obstante, el simple uso de esta información no demuestra de por sí, que los datos empleados sean completos, íntegros, actualizados, confiables, coherentes y relevantes, entre otras características primordiales que deben presentarse para que, en efecto, la UPC que se fije corresponda en mayor medida a la realidad.

59. Esto, especialmente al evidenciar, entre otras cosas, (i) que se presenta recolección de información no estandarizada, unificada ni codificada de igual manera (ii) diferencias en la información de referencia de identificación y de datos registrados en la BDUA, (iii) demoras en la actualización de las bases de datos como pueden ser los registros de fallecidos (iv) falta de infraestructura, talento humano especializado en el cargue de la información e inyección de recursos para mejorar tecnológicamente las bases de datos de las entidades pertenecientes al régimen (v) información completa que impida alterar las cifras sobre las frecuencias de uso, como aquella relacionada con las barreras administrativas impuestas por las EPS y (vi) la ausencia de otras fuentes de información en relación con las cuales pueda contrastarse los datos provenientes de las EPS.

60. De igual manera, si el MSPS busca eliminar los ajustes a los presupuestos máximos, ello implica que el histórico de los valores reconocidos debe haberse aproximado a un valor más real para cubrir la prestación de los servicios PBS no UPC. Además, no puede afirmarse que los pocos avances obtenidos en materia de información sean sostenibles en el tiempo, entre otras cosas, porque el nuevo Gobierno ha propuesto modificaciones en actual sistema de salud.

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

61. En primer lugar, vale resaltar que, desde antaño, tan solo un número minoritario de personas ha logrado obtener un mejor acceso a los servicios de salud en relación con otras, con ocasión de barreras que les ha impedido a estas últimas alcanzar la atención integral y

²⁹³ <https://gestarsalud.com/2022/12/21/la-upc-para-2023-riesgos-de-una-definicion-insuficiente/> Consulta efectuada el 22 de febrero de 2023.

de calidad necesaria requerida. En efecto, aun cuando en la actualidad se hable de un mayor porcentaje de afiliados al sistema, persisten obstáculos que impiden que estas reciban atención médica en caso de necesitarla, no solo relacionadas con la oferta, como la falta de centros médicos, servicios de calidad o de especialistas, o con la demanda que conducen a que los usuarios por falta de dinero no acudan a estos servicios, a pesar de que Colombia se posiciona como uno de los países de Suramérica con menor gasto de bolsillo; sino también de otras que trascienden el comportamiento de la oferta y la demanda dentro del mercado de salud.

62. Es por esto que las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRSD) ante la Superintendencia Nacional de Salud²⁹⁴, como ya se ha indicado²⁹⁵, siguen siendo una herramienta recolectora de información bastante importante y fiel a las necesidades de los usuarios del sistema, toda vez que permite identificar con mayor precisión las barreras de acceso a los servicios de salud, en el sentido de que este expone directamente las razones por las cuales no pudo obtener la atención médica. En igual sentido, la tutela comporta otra fuente valiosa que permite evidenciar estos obstáculos, que como señaló la Defensoría, debe dejar de ser el mecanismo mediante el cual se garantice la prestación de los servicios de salud a la población.

63. En efecto, la cantidad de PQRSD y de tutelas interpuestas a diario en el país son muestra del inconformismo de las personas que no logran acceder a los servicios de salud con oportunidad y calidad. Además, cabe anotar que el elevado número de acciones de tutela prende las alarmas para que el sistema dirija su atención a reducir las barreras de acceso, pues los usuarios no pueden seguir dependiendo de esta herramienta para garantizar la obtención de los servicios de salud. Al respecto, vale anotar que, según el Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS – RC y RS 2021, en el 2021 “disminuyó el porcentaje de no tener intención de interponer quejas o reclamos”, pasando de 89,7% en el 2020 a 86,19% en dicha vigencia, lo que significa que dicha intencionalidad se incrementó.

64. La Sala ha venido considerando importante²⁹⁶ desagregar esta información e identificar de manera individual y precisa cada uno de los impedimentos por los cuales el usuario acudió a la misma, más allá de enmarcar la PQRSD o la tutela en un asunto de salud. Las bases de datos deben estar en la capacidad de recolectar información y efectuar algoritmos que segreguen los datos y permitan contar con mayor detalle, para así poder implementar medidas más eficientes y eficaces que eliminen tales barreras.

65. En cuanto a las barreras de acceso, cabe anotar que mediante la Resolución 1552 de 2013 el MSPS estableció que las entidades prestadoras de salud debían mantener siempre agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada durante todo el año, sin que pudieran negarse a recibir una solicitud y a fijar la fecha de la consulta que se requiriera, medidas que hicieron parte de la reglamentación de los artículos 123 y 124 del Decreto Ley 019 de 2012 “Decreto Antitrámites”. Entre otras cosas, se observó, por ejemplo, que la norma consignó que las citas odontológicas debían asignarse dentro de los 3 días siguientes; no obstante, ello no ocurrió. La siguiente imagen, muestra cómo el tiempo de espera para obtener una cita en medicina general u odontología ha aumentado en los últimos 3 años, lo que sin duda comporta una barrera de acceso en términos de oportunidad a los servicios de salud.²⁹⁷

²⁹⁴ Decreto 682 de 2018. Artículo 2.5.2.3.3.5. “*Sistema de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRSD). Las entidades responsables del aseguramiento en salud deberán garantizar la implementación de un sistema estandarizado de recepción, análisis y resolución de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias que permita el acceso permanente a las mismas por parte de las entidades que ejercen inspección, vigilancia y control en el sistema, de conformidad con lo señalado en la Ley 1755 de 2015 y en el Capítulo 12 del Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, y demás normas relacionadas con la materia, atendiendo las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.*”

²⁹⁵ Auto 109 de 2021.

²⁹⁶ Cfr. auto 109 de 2021.

²⁹⁷ Ver anexo 4.

66. Ahora en el portal web oficial del Sispro, se consigna que el tiempo promedio de espera en el 2021 para la asignación de la cita de medicina general era de 5,37 días, información que dista bastante de la registrada en el estudio citado, lo que no permite identificar con precisión el tiempo que demora dicha asignación ni identificar cuál fuente es la fidedigna, justamente por las dificultades de recolectar este tipo de información.

67. Estas barreras no son solo técnico - administrativas²⁹⁸, sino también, entre otras: (i) geográficas, que se relacionan con la distancia, los obstáculos de transporte y los servicios limitados en zonas apartadas²⁹⁹; (ii) económicas, como aquellas que derivan de los precios de las consultas, tratamientos y medicamentos³⁰⁰; (iii) organizativas u organizacionales al interior del sistema de salud³⁰¹, que pueden tener lugar por la falta de organización dentro de las mismas entidades y de comunicación entre las redes de prestadores de servicios; (iv) de comunicación, por las dificultades de la población rural dispersa del territorio colombiano de acceder a internet³⁰² y telefonía celular o fija que limitan la posibilidad de sus habitantes de pedir una cita médica por esos medios o de utilizar los mecanismos de contacto de la SNS, (v) de aceptabilidad, referentes a las creencias sobre servicios y diferencias culturales³⁰³, (vi) de disponibilidad, relacionadas con la falta de RHS, infraestructura y medicamentos, sobre todo en zonas rurales³⁰⁴, (vii) de contacto, entendido como el desconocimiento de derechos y funcionamiento del sistema³⁰⁵, e incluso (viii) barreras culturales³⁰⁶, pues en el país la diversidad sociocultural genera dificultades de comunicación entre los miembros de las comunidades indígenas (tanto por el lenguaje como por las tradiciones) con las instituciones³⁰⁷.

68. Dentro de estas barreras se encuentran otros obstáculos que deben ser superados por los usuarios para acceder a los servicios de salud; relacionados con factores externos que no competen a las EPS, como el modelo económico, los vacíos normativos, el control de precios a medicamentos, la baja oferta y difícil acceso a especialistas, la ausencia de sistemas de información unificados, u otros, incluso, relacionados con su funcionamiento, como las autorizaciones, la falta de oportunidad para las citas médicas especializadas, procedimientos quirúrgicos y entrega de medicamentos. En concreto, vale señalar que se han identificado 40 causas determinadas mediante Resolución 3539 de 2019 con las que se reportan negaciones de servicios. Pero sin duda, estos registros atienden únicamente al momento en que se solicita el servicio, y por ende no registran aquellas barreras que impiden que el usuario se acerque incluso a pedir la cita médica.

69. Puede citarse como ejemplo las barreras que se reportan a un año de emitirse la sentencia C-055 de 2022 mediante la cual la Corte reguló la interrupción voluntaria del embarazo, considerando punible esta conducta únicamente con posterioridad a la semana

²⁹⁸ Recientemente la Defensoría del Pueblo resaltó que siguen existiendo barreras de orden administrativo. <https://www.defensoria.gov.co/web/guest/-/defensor-del-pueblo-present%C3%B3-dec%C3%A1logo-de-logros-y-desaf%C3%ADos-del-sector-salud-en-el-marco-de-la-reforma-del-sistema?redirect=%2F>.

²⁹⁹ Ver también proyecto de ley mediante el cual se transforma el sistema de salud radicado en febrero de 2023, página 88.

³⁰⁰ Denominadas de accesibilidad por el MSPS en el proyecto de reforma a la justicia.

³⁰¹ El Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS 2021 puso de presente que “*persisten dificultades y barreras de índole administrativo y organizacional que llevan a demoras para obtener la atención, lo que deteriora la experiencia del usuario y su percepción sobre el servicio*”. El proyecto de ley mediante el cual se transforma el sistema de salud radicado en febrero de 2023 se refirió en este punto a los trámites excesivos, demoras y reprocesos, página 88.

³⁰² Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2021, el porcentaje de hogares con acceso a internet en 2021, si bien ha aumentado año tras año en comparación con las vigencias 2019 y 2020, pone en evidencia que el total nacional a 2021 es de 60,5%, en la cabecera del territorio colombiano es del 70.0% y en los centros poblados y rural disperso tan solo llega al 28,8%. Se evidencia, además, que Bogotá es la ciudad con mayor acceso a internet y que en los departamentos más pobres como Vichada, Vaupés y Chocó, no se supera ni el 15%. Ver folio 43 de la encuesta.

³⁰³ Ver también proyecto de ley mediante el cual se transforma el sistema de salud radicado en febrero de 2023, página 88.

³⁰⁴ Ver también proyecto de ley mediante el cual se transforma el sistema de salud radicado en febrero de 2023, página 88.

³⁰⁵ Cfr. proyecto de ley mediante el cual se transforma el sistema de salud radicado en febrero de 2023, página 88.

³⁰⁶ Una barrera de acceso de crucial importancia es la baja capacidad de respuesta del SGSSS a la diversidad cultural de la población, esto se traduce en problemas de aceptabilidad relacionados con las barreras del lenguaje, culturales y geográficas que persisten a pesar de los esfuerzos en la implementación del SISPI. Las adaptaciones de la información sobre el sistema de salud a los diferentes dialectos existentes en el territorio nacional no se han realizado en todos los casos, lo cual profundiza las brechas de acceso por diferencias culturales. Proyecto de reforma a la salud, página 89.

³⁰⁷ Sentencia T-302 de 2017, auto 696 de 2022.

24 de gestación y sin que este límite fuera aplicable ante tres excepciones, especialmente aquellos obstáculos que se presentan para las mujeres que viven en zonas rurales. Al respecto no existe un registro y por ende, es imposible conocer con exactitud qué obstáculos deben superarse para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo,³⁰⁸ y aunque se expidió la Resolución 051 de 2023 para regular la atención integral en salud frente a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en tratándose de este procedimiento el tiempo apremia y la sola expedición de normativa no es suficiente, menos aún cuando la Corte exhortó tanto al Gobierno como al legislador para que adoptaran una política pública integral sobre la materia que aún se desconoce.

70. Es por lo anterior que, la información recolectada, debe ser desagregada para identificar con mayor precisión los diferentes tipos de dificultades que impiden el real y efectivo acceso a la atención médica en el territorio colombiano y, además, comenzar a incluir en mayor medida formas de acercarse a la población que justamente por encontrar barreras de acceso no acuden a los servicios y por ello no queda registro de dicho desistimiento.

71. Hoy, una década después de dicha normatividad antitrámite, la Sala ha logrado a través del seguimiento efectuado a las órdenes acá en estudio, que el sistema de salud sea equitativo en el sentido de ofrecer un mismo plan de beneficios para toda la población y afiliados de ambos regímenes indistintamente de su edad, género o régimen, pero persiste la necesidad de que también sea asequible, sostenible y de calidad, y para ello es importante el fortalecimiento de las bases de datos que recolectan información a partir de diferentes fuentes y medios.

72. La accesibilidad, por ejemplo, es una característica que puede catalogarse de diferentes formas, pero que al final confluyen en el uso real y efectivo de los servicios de salud³⁰⁹, es decir, no basta con lograr asignar una cita o ingresar a un centro médico si el usuario no recibe la atención requerida, se hace necesario que el acceso se materialice en todas las etapas (prevención, asignación de citas, atención, continuidad de tratamientos, etc.). Para esto es importante que las políticas públicas consideren programas que fortalezcan las bases de recolección de datos y estratégicamente trasciendan las leyes del mercado de oferta y demanda que, al fin de cuentas, no ponen en evidencia los obstáculos reales para acceder a los servicios de salud.

73. Al respecto, la Sala advierte que, si bien el MSPS reporta un sinnúmero de bases de datos que permiten identificar, entre otros, a los usuarios, los servicios prestados o su historia clínica en línea, no recolectan información específica sobre estas barreras de acceso; en consecuencia, no se evidencian planes de mejoramiento por parte del ente ministerial en la recolección de información que señale tales barreras. Ahora, las bases de información que han constituido una barrera en sí misma han venido mejorando, como se reconoció desde el auto 109 de 2021, pero ello difiere de que tengan aplicativos dirigidos a identificar estos obstáculos como tal.

74. Por esto, preocupa a la Corte no recibir información clara sobre el fortalecimiento de las bases de datos en el sentido de implementar mecanismos para identificar barreras de acceso a los servicios, es decir, la Sala entiende como expone el MSPS, que:

“a través del análisis de los datos y de los estudios realizados se han tomado decisiones de política pública, regulatoria y de Inspección, Vigilancia y Control — IVC, relacionadas con el acceso a los servicios de salud, como es la normatividad de Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud, asignación del prestador primario; seguimiento a las actividades de las IPS,

³⁰⁸ Cfr. <https://elpais.com/america-colombia/2023-01-18/colombia-avanza-en-erradicar-las-barreras-para-acceder-al-aborto.html>, <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/servicios-en-bogota-para-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-2023>, <https://www.latimes.com/espanol/internacional/articulo/2023-02-21/colombia-avances-y-barreras-a-un-ano-de-despenalizar-aborto>. <https://www.elpais.com.co/politica/3-de-cada-10-mujeres-siguen-presentando-barreras-para-acceder-al-aborto.html>.

³⁰⁹ Los autores Aday y Andersen, consideran que una de las tres facetas para entender la relación entre los usuarios y el sistema de salud es el acceso real, es decir, el uso efectivo de los servicios de salud.

EPS a través de indicadores (aifiospital: <https://sig.Sispro.gov.co/AiHospitalconligo/>) y publicación de avances frente a políticas corto el acuerdo de punto final (<https://sig.Sispro.gov.co/acuerdopuntofinal/>)”³¹⁰.

75. No obstante, no se observan nuevos aplicativos al interior de las bases existentes ni la creación de otras dirigidas a identificar tales fallas. Así por ejemplo, el ente ministerial menciona que el Sispro brinda información “oportuna, suficiente y estandarizada para la toma de decisiones de política pública, centrada en el usuario, el cual, está conformado por bases de datos y sistemas de información del sector sobre oferta y demanda de servicios de salud, calidad de los servicios, aseguramiento, financiamiento, promoción social y salud ambiental, entre otros”, y si bien ello ayuda a evitar que la base de datos en sí misma sea un obstáculo, no se encuentra que estas identifiquen barreras.

76. El diseño del Sispro, por ejemplo, “se basa en una Bodega de Datos en la cual se concentra la información necesaria para la construcción de indicadores y reportes. Los datos provienen de fuentes de información internas y externas al Ministerio. En el SISPRO se consolida y dispone la información a través de los siguientes componentes: RUAF, RIPS, PILA, SIHO, SGD, SISMED, entre otros”³¹¹. Cuando la Sala verifica el tipo de información recolectada por estas bases, no evidencia que se dirija a identificar barreras de acceso a los servicios a las que se ven expuestos los usuarios.

77. Ahora, el MSPS señaló que gracias al ReTHUS y otras fuentes de información, sin especificar cuáles, se cuenta con estimaciones sobre la disponibilidad de primeras especialidades a nivel nacional, lo que en consideración de la Corte puede constituir una base que ayude a identificar barreras en relación con el acceso a especialistas. A partir de estos datos, se pueden realizar aproximaciones a la ubicación geográfica de los especialistas, haciendo uso del cubo ReTHUS del Sispro que interactúa con otros registros como la PILA y el RUAF.

78. Adicionalmente, ha de mencionarse que en el auto 109 de 2021 la Sala reconoció la creación del SAT mediante el Decreto 2353 de 2015, dirigida a registrar y consultar en tiempo real los datos de la información básica y complementaria de los afiliados, la afiliación y sus novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como lo dispuso el artículo 11 de la referida norma y que ha servido para reducir las barreras de acceso a los servicios de salud relacionadas con los inconvenientes en la correcta identificación del afiliado o de sus pagos al sistema, ya que este recoge datos y permite su consulta en tiempo real.

79. Resaltó una mejoría en el sistema de información para recaudar datos que permitan una clara identificación de los afiliados, frente a lo cual destacó distintos aspectos. En primer lugar, advirtió la importancia de las nuevas funcionalidades que fueron implementadas en el SAT³¹² en el marco del Decreto 064 de 2020, las cuales permiten a las IPS y entidades territoriales efectuar la afiliación de la población sin aseguramiento en salud (afiliación de oficio que reduce las barreras y las bases de información se enriquecen ante la capacidad de registro de usuarios de forma oficiosa).

80. En esta oportunidad evidenció un crecimiento en el SAT de cerca del 19%, respecto al número de transacciones efectuadas, “siendo el traslado de EPS la principal con cerca del 65%, seguida por la afiliación de oficio (18%) y la inclusión de beneficiarios (7%), novedades estas que le facilitan al ciudadano el acceso a los servicios de salud.”³¹³ Sobre esto el MSPS indicó:

³¹⁰ Documento del 13 de octubre de 2022 radicado 202211201765391, folio 10.

³¹¹ <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/SistemaIntegraldeInformaci%C3%B3nSISPRO.aspx#:~:text=El%20Sistema%20Integral%20de%20Informaci%C3%B3n,y%20en%20los%20procesos%20esenciales.>

³¹² Sistema de Afiliación Transaccional.

³¹³ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 69-71.

“Actualmente tanto las IPS como las entidades territoriales pueden realizar la afiliación de oficio de todas las personas que se encuentren en las diferentes tablas de referencia como son Registraduría Nacional del estado civil- RNEC, Migración Colombia y listados censales, de forma que, si la persona no cuenta con su documento de identidad en el momento de la prestación del servicio, se facilita su afiliación si aparece en una de ellas. Es así que hoy incluyendo los migrantes venezolanos que cuenten con documento PEP o PPT pueden afiliarse a través de estas entidades adicionalmente a la afiliación a través de las EPS”.³¹⁴

81. En el referido auto se reconoció que el ente ministerial en desarrollo del SAT tenía prevista la puesta en marcha de servicios que facilitarían al ciudadano registrar directamente sus novedades, traslados entre EPS y movilidad entre regímenes, sin tener que acudir a las EPS y con la eliminación de los tiempos de espera para el trámite y aprobación de estos, salvo que fueran casos excepcionales; no obstante, no aludió a su implementación ni a los resultados obtenidos. Ahora, con ocasión de sus últimos informes la Sala encontró nuevas funcionalidades que se atribuyen al SAT y que contribuyen a disminuir barreras y aumentar la cobertura.³¹⁵

82. La afiliación de oficio por la ET, de cualquier persona que esté en las fuentes de referencia o de ciudadanos migrantes con PPT y, por parte de las IPS en relación con los colombianos y migrantes identificados con PEP, PPT y demás que estén en las fuentes de referencia en el momento que se acerquen a la prestación del servicio y se establezca que no tiene afiliación activa en salud, lo que sin duda impide la negación del servicio por no encontrarse afiliado al sistema cuando se configuran dichas situaciones.

83. Por otro lado, cabe mencionar que, recientemente se indagó³¹⁶ por la consideración de las barreras de acceso al interior de las bases de datos, y al respecto, la Dirección de Regulación manifestó³¹⁷ que los reportes de las EPS corresponden a los servicios prestados a los afiliados, identifican la persona, su residencia y la IPS, y esto comporta la información base para que la UPC tenga ajustadores de riesgo por zona geográfica, los cuales conocen las dificultades geográficas de más de 350 municipios con alta ruralidad y dispersión, proceso estadístico que en parecer de la Sala, tiene mayor enfoque en el estado de salud que subyace y el gasto en salud de los afiliados, y aun cuando pone de presente que tiene en cuenta las dificultades geográficas, no comprende otros obstáculos que pueden presentarse.

84. También, vale anotarse que el ajuste de riesgo es un componente importante en el diseño de políticas públicas en salud, al punto que en la actualidad es tenido en cuenta por el MSPS para estimar el valor de la UPC, como el ente apuntó; sin embargo, no es una herramienta que contribuya a recolectar información referente a las barreras de acceso que pueden presentarse al interior del sistema de salud.

85. En el auto se destacó lo dicho por Acemi, según lo cual, los porcentajes de negación eran muy bajos para el gran volumen de servicios entregados en el sistema, y que al analizarse con más detenimiento las causas de dicha negativa, no se enunció que las entidades prestadoras de servicios invocaran ninguna de tipo financiero. En efecto, durante esta vigencia, el MSPS aseguró que el anexo técnico no contemplaba como causa de negación la insuficiencia de la UPC ni ninguna otra causa financiera y aunque sí incluía la opción “otras razones”, las EPS no reportaron motivos financieros como causal de negación de servicios, lo cual permite inferir que tales entidades no niegan servicios por esta razón³¹⁸.

³¹⁴ Documento del MSPS del 5 de agosto de 2022, radicado 202211201544641, folio 35.

³¹⁵ Documento del MSPS del 5 de agosto de 2022, radicado 202211201544641, folio 35.

³¹⁶ “Una de las problemáticas del cálculo del valor de la UPC radica en que la información con la que cuenta el Gobierno para ello es deficiente, y ello puede interferir en la correcta identificación de las barreras de acceso a los servicios de salud, de manera que las cifras sobre las frecuencias de uso podrían verse alteradas por la no asistencia al médico, desconociendo que ello ocurre por dicha imposibilidad de acceder. Atendiendo a lo descrito, ¿considera que las bases de datos que alimentan el SGSSS permiten identificar las barreras de acceso a los servicios de salud de la población?”.

³¹⁷ Ver también folio 130 del documento del MSPS del 5 de agosto del 2022, radicado 202211201544641, folio 130.

³¹⁸ Las causas de negaciones se enmarcan en las 40 razones bajo los parámetros establecidos en la Resolución 3539 de 2019 por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes contributivo y

86. Ahora, los registros de información que maneja el SGSSS permiten monitorear los servicios prestados, la cantidad de afiliados y con Mipres, aquellos entregados incluidos en el PBS no UPC, facilitando el seguimiento a la prescripción de los mismos y por ende al número de personas que han accedido a estos. En relación con Mipres, nuevamente, la Sala considera que no este sistema no consigna los obstáculos por los que no se accedió a un servicio, ya que se trata de una herramienta de prescripción, es decir, si no se prescribe no se consigna información en ella³¹⁹.

87. Por otra parte, se cuestionó al ente ministerial ¿qué medidas ha implementado para poder desagregar la información que se obtiene a partir de las tutelas interpuestas en materia de salud e identificar y agrupar de manera precisa cada uno de los impedimentos por los cuales el usuario acudió a dicho amparo?” y en respuesta, la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación manifestó que “a través del aplicativo de MIPRES versión 2.0, se efectúa el registro de tutelas relacionadas con recobros. En el mes de abril de la presente vigencia se inició la prueba Piloto de la versión MIPRES 3.0, con lo cual se espera tener la totalidad de tutelas que lleguen en referencia a pacientes del régimen subsidiado y del régimen contributivo”³²⁰.

88. Lo anterior, no refleja que la información recogida a partir de las tutelas presentadas sea desagregada, más allá de esclarecer que con el Mipres se efectúa un registro de la cantidad de estas en cada régimen. Además, se trata de las tutelas relacionadas únicamente con recobros, tal y como lo mencionó. Al respecto, el ente ministerial expuso que, el Mipres “soporta tecnológica y operativamente los procesos establecidos” en la Resolución 3951 de 2016 modificada por la 1885 de 2018 “y permite hacer la trazabilidad de la entrega efectiva de lo prescrito al paciente”, menos de lo no entregado y las razones de ello, que constituyen barreras de acceso que deban eliminarse.³²¹

89. El Ministerio tampoco fue claro en responder si los datos recogidos permiten establecer quién es responsable de la eliminación de las barreras de tipo geográfico o socioeconómico, y sobre esto únicamente mencionó que la Dirección de Regulación informó que, con relación a las PQR, es la SNS la entidad encargada de sus registros, toda vez que esta recopila la información de PQR por intermedio de canales telefónicos, web, chat, físicamente, por medios escritos y redes sociales. Aun cuando puso de presente que “dicha entidad ha estandarizado la clasificación de las PQR, de tal forma que se diferencian reclamos de peticiones de información”, no dio razón sobre este cuestionamiento, y no puede desconocerse que como rector de la política pública en salud está a cargo de establecer quiénes son los responsables de eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud que a su vez también están llamadas a identificarse³²².

90. En abril de 2021, la Organización Panamericana de la Salud -OPS-, hizo un llamado “a revisar la evidencia y el análisis de las barreras de acceso a la salud en el diseño de políticas de salud”³²³. En este sentido, consideró que el nuevo marco conceptual de las “Funciones Esenciales de la Salud Pública” comporta una guía para el análisis de barreras de acceso que debe estar presente y transversalizado en el ciclo de formulación de políticas.

91. En dicha fecha la Organización inició una serie de seminarios en los que se dio relevancia a la importancia de asegurar mayor equidad en el acceso a los sistemas de

subsidiado reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016.

³¹⁹ Acemi.

³²⁰ Documento del MSPS del 5 de agosto de 2022 radicado 202211201544641, folio 29 y 130.

³²¹ Documento del MSPS del 5 de agosto de 2022 radicado 202211201544641, folio 36.

³²² Documento del MSPS del 5 de agosto de 2022 radicado 202211201544641, folio 30.

³²³ <https://www.paho.org/es/noticias/23-4-2021-ops-hace-llamado-revisar-evidencia-analisis-barreras-acceso-salud-diseno> .

salud³²⁴. A su vez, se hizo un llamado a “considerar la evidencia y el análisis de barreras en el diseño de políticas tanto sectoriales como intersectoriales. Contar con este tipo de evidencias y diseñar e implementar políticas que eliminen las barreras geográficas, barreras financieras, las organizacionales, las de género y etnia, y las culturales”. En efecto, no se evidencian programas ni políticas públicas que abarquen directamente tales impedimentos de acceso.

92. Ahora, la Sala observa que la Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS sigue comportando un insumo importante para enfocar los esfuerzos de política pública en donde los usuarios están puntualizando que existen las oportunidades de mejora; sin embargo, no revela con precisión estos obstáculos de acceso, pues se enfoca en calificar servicios recibidos y a las EPS frente a otras prestadoras. Así, ha de mencionarse que, las encuestas continúan siendo un método importante, a pesar de los elevados costos de estas y la necesidad de practicarse segmentando la población, lo cual no garantiza una visión global.

93. Finalmente, como ejemplo de las barreras administrativas que imponen las EPS³²⁵, se encuentra negación de servicios en algunas entidades que, a su vez, remiten a los usuarios a otros centros médicos. De igual manera que en algunas ocasiones estos centros receptores también niegan la prestación del servicio, o en su defecto ordenan efectuar todos los exámenes, aunque la persona ya cuente con un diagnóstico que simplemente debe validarse. También ha evidenciado estas situaciones con ocasión de las tutelas que se conocen por la Corte en sede de revisión, más no por otras fuentes que permitan su recolección.

94. Por otro lado, se tiene que los procesos de calidad que se efectúan a la información reportada por las EPS para calcular el valor de la UPC en ambos regímenes³²⁶, contribuyen a disminuir las barreras de acceso a la salud, por cuanto verifican información relacionada con la estructura, el contenido, y sobre las personas que, entre otras, al ser confirmada, evitan que al momento de la prestación del servicio de salud se interpongan barreras administrativas e incluso contribuyen a eliminar inconsistencias entre la identificación que muestra el afiliado al momento de solicitar el servicio y los datos que figuran en la base de datos correspondiente, aunque esto no sea suficiente.

95. Así, concluye que para la definición de la UPC no se cuenta con sistemas de información que recojan datos cualitativos ni cuantitativos sobre las barreras de acceso puntualmente, más allá de aquellas que se evidencian a través de las PQRSD, las tutelas interpuestas por los usuarios del sistema de salud o algunas encuestas, y como se mencionó, el MSPS no respondió con claridad si la información que se recolecta al interior del SGSSS permite identificar quién es el responsable de eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud.

96. También se considera que, como ya se había puntualizado³²⁷, las diferentes bases de registro existentes al interior del sistema de salud permitirían recoger tales datos y clasificarlos, pero estas no se utilizan para ello, sino que en su mayoría aluden a la recolección de datos del usuario que asiste a los centros médicos o que intenta pedir la cita por algún otro mecanismo (vía telefónica o internet) y principalmente reflejan los motivos de inconformismo, los retrasos para obtener una cita, entre otras cosas, pero hay una proporción de estas que no lo hace y sobre aquellas, nuevamente, no reposan datos específicos más que la información que se dilucida en las encuestas en materia de salud.

³²⁴ James Fitzgerald señaló que “Es importante y posible cuantificar estas barreras al acceso; tenemos que abogar por estos mecanismos en todos los países para asegurar mayor equidad en el acceso a los sistemas de salud”. <https://www.paho.org/es/noticias/23-4-2021-ops-hace-llamado-revisar-evidencia-analisis-barreras-acceso-salud-diseno>.

³²⁵ Ver por ejemplo la sentencia T-344 de 2022.

³²⁶ Documento del MSPS del 5 de agosto de 2022, radicado 202211201544641, folio 10.

³²⁷ Auto 109 de 2021.

97. La existencia de múltiples bases de datos no es suficiente si estas no permiten dilucidar claramente, las causas que conducen a que se presenten dificultades para recibir atención en salud. Como se mencionó, el fortalecimiento de estos registros en sí impide que los procesos que se llevan a cabo con su utilización se conviertan en un obstáculo. Además, esta diversidad de registros puede representar en sí misma un inconveniente para el usuario, ya que el cruce de información entre diferentes sistemas requiere que la misma se actualice oportunamente para que coincidan y no arrojen error³²⁸.

98. Según el Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS – Régimen Contributivo y Subsidiado 2021, en esa vigencia en el RC un 4.70% y en el RS el 4,16% de los afiliados no tomó ningún servicio de salud en la EPS y se desconoce la razón, ubicándose en la casilla seis de 17 ítems. La Sala considera que deben recolectarse y desagregarse este tipo de datos; la necesidad de implementar herramientas tecnológicas que contribuyan a fortalecer las existentes, para no depender de las encuestas que no pueden contrastarse con otra información; adicionalmente, que por sus elevados costos difícilmente cubren las zonas dispersas donde más se presentan estos obstáculos.

99. Como se estudiará en el siguiente acápite, una de las barreras en el sistema de salud, que impiden el acceso a los servicios, es la precaria situación que padecen los miembros de comunidades que residen en zonas rurales, alejadas y/o dispersas en el territorio colombiano, como ocurre en Arauca o La Guajira, caso este último en el que la Corte ha centrado su atención mediante el seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-302 de 2017. En efecto, a partir de dicha providencia se identificaron innumerables obstáculos para que la población Wayuu acceda real y efectivamente a los servicios en salud; evidencia que no sería tan clara sin este seguimiento, justamente porque los sistemas de información disponibles no recogen datos que permitan evidenciar las razones por las cuales los indígenas de esa zona no acceden en su gran mayoría a los centros médicos. Aspectos de tipo cultural, intereses políticos, corrupción, imposibilidad de transportarse hasta los centros médicos, dificultades lingüísticas, entre otros³²⁹.

100. Al respecto, el Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS 2021 recomendó a las EPS, entre otras cosas, “optimizar procesos para hacer más sencillos y rápidos los trámites. Además, disminuir los tiempos en el agendamiento de servicios de salud, para que los usuarios tengan un acceso más oportuno”. Así mismo, recalcar a las EPS la importancia de la oportunidad en los servicios. No obstante, puso de presente que, “en general, en el acceso a los servicios de salud se observa un mayor uso de los servicios de medicina general y entrega de medicamentos”.

101. En consecuencia, la Sala encuentra que, algunas bases de información sí tienen en consideración la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud para los usuarios, pero que varios de estos obstáculos pueden desconocerse con ocasión de que los sistemas registran sobre todo, algunos impedimentos relacionados con quienes hacen uso del sistema de salud, mas no en relación con aquellos que justamente por verse imposibilitados a agendar estas citas no tienen acceso a los servicios médicos. También, identifica que desafortunadamente la mayor fuente de datos respecto de las barreras de acceso a los servicios en salud son las PQRSD y las tutelas, frente a las cuales también se hace necesario mayor desagregación para identificar con precisión qué impide el acercamiento de parte de la población a los centros médicos. El MSPS debe dirigir sus esfuerzos a identificar y reducir las circunstancias que impiden a los usuarios obtener los servicios, al igual que propender porque estos datos se puedan recolectar periódicamente y en ese sentido compararlos entre sí y establecer si las medidas introducidas producen resultado.

³²⁸ Auto 109 de 2021.

³²⁹ En la sentencia T-302 de 2017 y recientemente en el auto 696 de 2022 relacionado con el seguimiento de aquella, se evidencian razones de diferentes tipos que constituyen un obstáculo para acceder a los servicios de salud por parte de la población Wayuu.

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

102. Las frecuencias de uso aluden a la repetición de ciertos hechos durante un periodo determinado y en materia de salud, permite examinar el número de atenciones promedio por cada afiliado en cierto tiempo, y contribuye a la obtención de información para calcular el valor de la Unidad de Pago por Capitación en cada vigencia. Se miden los usos provenientes de los afiliados a las EPS en virtud de las cuales estas reciben ingresos por concepto de UPC, de manera proporcional a los días que estuvieron afiliados al sistema durante la vigencia que se estudia; frecuencias que se calculan de conformidad con la cantidad de eventos registrados por cada afiliado durante un año y que, por lo mismo, implica el empleo de bases actualizadas y que recojan la información de manera fiel.

103. La Sala considera que la metodología que se viene empleando por el MSPS, consistente en tomar la información reportada por las EPS de forma trimestral y generando un acumulado anual³³⁰, contribuye a acercarse a un mejor cálculo del valor de la UPC, aunque insiste en que el no contraste de la misma con otra obtenida de diferentes fuentes puede generar dificultades para establecer que la misma sea fiel a la realidad.

104. El MSPS explicó que los “servicios y tecnologías en salud evaluados para ser financiados a través de la prima que el SGSSS, reconoce a cada una de las EPS con el objeto de que estas organicen y garanticen la prestación de los servicios de salud, se basan en la metodología desarrollada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS”³³¹. Agregó que las evaluaciones de tecnologías en salud consideran el impacto presupuestal, de manera que estiman las consecuencias financieras de la adopción de estas en un determinado sistema de salud. Así mismo, que a partir de la población afiliada se define el impacto que se tendrá en cada una de las celdas establecidas en la metodología de cálculo de la UPC, ya que no todas las tecnologías incluidas afectan a la misma población.

105. Además puso de presente que, para cada anualidad ha efectuado estudios que permitan establecer la suficiencia y los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la UPC³³², con la finalidad de garantizar que esos recursos cubran la prestación de todos los servicios y tecnologías en salud PBS UPC, partiendo de un análisis actuarial de tarifas y utilizando la información proveniente de las EPS, que a su vez, la reciben de las IPS; datos que se someten a un control de calidad (mencionado con anterioridad), consistente en la aplicación de pruebas de validación. Si bien se efectuaron esos estudios, tan solo hasta el 2022 se calculó la UPC-S con información propia del RS.

106. Por otra parte, ha de mencionarse que los elementos actuariales que se tienen en cuenta para la estimación implican, como se ha mencionado a lo largo de este documento la necesidad de unas bases de datos fieles y actualizadas que recojan con completitud los datos requeridos. Estos elementos son la (i) estimación de la población³³³ (ii) estimación de los siniestros³³⁴ y (iii) estimación de las primas actuales. Este último punto alude a la prima pura que corresponde al valor que se requiere para cubrir el costo esperado de las reclamaciones que genera el riesgo cubierto y a la prima comercial que se define como la cantidad de dinero que se necesita para asumir el riesgo y permitir al asegurador EPS, cubrir los gastos de administración y otros inherentes a su operación.

107. En efecto, la prima se calcula teniendo en cuenta la siniestralidad, es decir la frecuencia absoluta, entendida como el conjunto de eventos presentados y que son objeto

³³⁰ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folio 41.

³³¹ Documento del MSPS del 5 de agosto de 2022, radicado 202211201544641, folio 84.

³³² “El método de cálculo de la UPC permite estimar el valor de los costos con un horizonte de tiempo de un año. Los costos hacen referencia a la suma total de los gastos originados en la atención de los siniestros y su respectivo ajuste, como también a los gastos en que debe incurrir el asegurador para garantizar la prestación, gastos de mercadeo y administración.”

³³³ A partir de las proyecciones del DANE y de los grupos etarios.

³³⁴ Los siniestros son el valor esperado de las prestaciones en salud a financiar con cargo a las primas, teniendo en cuenta que se trata de prestaciones futuras, por lo que debe efectuarse el mejor cálculo posible.

de cobertura por un seguro y la severidad, entendida como el costo medio por siniestro. Significa esto que, si no lograba obtenerse información propia del RS era imposible establecer la frecuencia de uso y a su vez, calcular con mayor precisión la UPS del RS. Ahora, el sistema de salud requiere información sobre la frecuencia y la severidad, variables que están en función del comportamiento epidemiológico, los niveles de demanda o el costo de las tecnologías en salud, entre otros, datos que deben recolectarse exclusivamente para el RS.

108. Así, el MSPS reportó que para el cálculo de la UPC de la vigencia 2022 contó con datos propios del RS reconociendo las diferencias existentes entre ambos regímenes, en términos de fuentes de financiación, costos según la evidencia disponible, operación, población afiliada, riesgos y gastos administrativos, con lo que se aporta a la previsión de acciones para el mejoramiento de la salud de la población y a la sostenibilidad financiera del SGSSS. Ha de resaltarse que es la primera vez que se alcanza este objetivo y, si bien la Sala reconoce este avance, habrá que esperar a que termine la vigencia para recoger conclusiones.

109. Se busca establecer si el valor calculado realmente contó con datos de calidad y verificar que este logro sea sostenible en el tiempo, en el sentido de que se logre calcular el valor de la UPC de las siguientes vigencias con información propia del RS.

110. Ahora, aun cuando la Sala no cuenta con mecanismos específicos dirigidos a verificar la calidad y oportunidad de la información recogida dentro del RS que fue empleada para el cálculo de la UPC-S, sí dispone de los conceptos emitidos por los peritos constitucionales y también puede efectuar un análisis para establecer, si los datos recogidos permiten concluir que se han llenado los vacíos de información identificados con anterioridad. Podría pensarse que para esto tuvo que haber algún tipo de fortalecimiento de los diferentes sistemas de información; sin embargo, siguen teniendo lugar falencias, que además se presentan en las EPS-I, pues podría inferirse que en estas tampoco se tienen datos suficientes sobre la información que se recoge para calcular su UPC, lo que también ha representado una dificultad para el cálculo de la UPC diferencial, según lo ha mencionado el MSPS.³³⁵

111. Por esta misma línea cabe mencionar que la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 consideró necesario resaltar que *“continúa la construcción del sistema indígena de salud propia e intercultural -SISPI-, que tiene en cuenta las diferencias socioculturales, demográficas y epidemiológicas de las poblaciones afiliadas a las EPS-I, frente a las que se calcula un valor adicional, el cual consideró que sigue siendo insuficiente”* y en relación con el cual, efectivamente no se han reportado estudios técnicos que demuestren su suficiencia.

112. Para determinar la suficiencia de la UPC para las actividades diferenciales en relación con las EPS indígenas se utiliza la información de los servicios de la población que se encuentra afiliada a estas entidades y sus valores del costo³³⁶, de este modo, si la información no es apropiada o completa dentro de estas entidades, tampoco se logrará un cálculo más preciso, y aun cuando las órdenes en estudio se buscaron en un inicio la suficiencia de la UPC del RS, hoy por hoy se entiende necesario alcanzar de igual modo la suficiencia de la UPC diferencial que se reconoce para las EPS-I.

113. Como se planteó, el MSPS puso de presente grandes avances con ocasión de las visitas técnicas realizadas a las EPS, y la Sala está de acuerdo en que ello derivó en la recolección de información más oportuna y de mayor calidad; que las EPS reporten mejores datos permite evidenciar con mayor claridad la frecuencia de usos. Esto permite contar con información más representativa para calcular el valor de la UPC.

³³⁵ Documento del MSPS del 5 de agosto de 2022, radicado 202211201544641, folio 90.

³³⁶ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/estudio-suficiencia-indigenas.pdf>.

114. Sin embargo, en relación con las frecuencias de usos en el RS aún no se puede establecer que en este régimen sean menores que en el RC o incluso mayores, ya que el MSPS puso de presente que debido a la pandemia los resultados arrojados al analizar las frecuencias de los años 2020 y 2021 en ambos regímenes se vieron alterados.³³⁷ No obstante, efectuó las comparaciones con información de servicios y tecnologías en salud prestados o entregados a la población en ambos regímenes en los años 2019 y 2020, pero como se señaló, advirtió que aún no podía afirmarse que las frecuencias del RS hubieran sido menores que las del RC. Así mismo, al momento de remitir los últimos informes, puso de presente que los datos del 2021 no se encontraban disponibles al momento de remitir información a la Sala, debido a que deben surtir procesos de retroalimentación frente a las EPS.³³⁸

115. Lo anterior deriva de que al MSPS se le pidió aludir de manera comparativa a las frecuencias de uso en el RC y el RS durante el 2021, los perfiles epidemiológicos de la población, la composición etaria de cada régimen en esa vigencia y las condiciones de operación en ambos regímenes. Además, de manera discriminada, indicar qué porcentaje de la población del RC y del RS asiste a médicos particulares o hace uso de atenciones médicas derivadas de una prepagada o servicio complementario distinto al aseguramiento general en salud a cargo de las EPS, pero dadas las circunstancias epidemiológicas ocurridas a partir de marzo de 2020, consideró que realizar tales comparaciones para esos años arrojaría datos afectados por el Covid-19 y las condiciones de aislamiento, más no los datos que en situación normal se obtendrían.

116. De otro lado, según se evidenció en el acápite anterior, siguen presentándose algunas barreras para asistir al médico que, en efecto, conducen a que las frecuencias de uso no reflejen las cifras que en realidad arrojaría la asistencia a los centros médicos de esta población que no accede, como por ejemplo, por las distancias que hay a los centros de salud y las dificultades y costos del transporte, entre otras.

117. Vale resaltar al respecto, la situación que se vive en Arauca, departamento catalogado con una ruralidad mayor al 35%, significa esto que un poco más de la tercera parte de su población presenta mayores dificultades para acceder a los servicios de salud. Un estudio de la sede Quindío de la Universidad Nacional de Colombia³³⁹ identificó que las brechas y las barreras de acceso a la salud dieron lugar a que en el 2019 la tasa de muerte por cáncer de cuello uterino (16,1 por cada 100.000 habitantes) fuera la cifra más elevada en el país (que registró 6,5 por cada 100.000 habitantes). El estudio de la institución aludió a un modelo de salud rural consistente en potencia el talento humano de los profesionales de la salud y la comunidad en el departamento, atendiendo a las deficiencias de médicos en dicho territorio en el que por cada 100.000 habitantes en el 2021 se contaba tan solo con 23 médicos, a diferencia de otros departamentos que por la misma cifra registraban el doble, 46 profesionales³⁴⁰.

118. En dicha investigación se resaltó que, en muchas ocasiones las personas realizan un largo viaje para hacerse un examen y con posterioridad, al regresar a sus residencias no encuentran especialistas que expliquen los resultados. Así mismo, que no existe atención diferenciada atendiendo a la lengua, las creencias o tradiciones de diferentes comunidades que residen en el país, lo que afecta directamente el acceso oportuno a los servicios de salud.

³³⁷ “De otra parte, en relación con la solicitud de explicar con cifras si en los años 2020 y 2021 la frecuencia de usos es menor en el RS que en el RC, es preciso resaltar que, dadas las circunstancias epidemiológicas ocurridas a partir de marzo de 2020, realizar estas comparaciones para estos años muestra una realidad que está afectada por el COVID- 19 y las condiciones de aislamiento. Así mismo la información del año 2021 no se encuentra disponible al momento de realizar este informe debido a que debe surtir procesos de retroalimentación frente a las EPS. Documento del MSPS del 5 de agosto de 2022, radicado 202211201544641, folio 41.”

³³⁸ Documento del MSPS del 5 de agosto de 2022, radicado 202211201544641, folio 57.

³³⁹ Trabajo presentado para la Maestría en Salud Pública.

³⁴⁰ <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/rural-etnico-y-con-uso-de-tic-asi-debe-ser-el-modelo-de-salud-en-arauca>.

119. Ampliar la red de prestadores de servicios conlleva un esfuerzo económico que las EPS parecieran no estar dispuestas a asumir, menos aún cuando no se observan incentivos para ello ni sanciones que efectivamente conduzcan al cumplimiento de lo dispuesto en la LeS, más precisamente en su artículo 24 relacionado con el deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas, el cual se desarrolla. Más adelante. De este modo, sigue faltando un sistema que recolecte cifras más precisas respecto de las personas que en zonas dispersas y rurales no acceden a los servicios de salud y las razones concretas de ello. Esto sin duda como se viene mencionando altera las frecuencias de usos de los servicios de salud y refleja de manera errónea que esta población asiste menos al médico cuando lo cierto es, que existen barreras para ello.

120. Las encuestas han permitido evidenciar que una de las razones que dificulta el acceso a los servicios de salud dentro del RS, es la falta de cobertura en la red de servicios del prestador al que se encuentran afiliados y que les implica incurrir en largos desplazamientos y gastos adicionales para cubrir los referidos costos de transporte. También dan cuenta de esto las tutelas presentadas en la Corte solicitando estos servicios ante la falta de prestación de los mismos en el municipio de residencia del paciente, los cuales manifiestan en muchas ocasiones que no cuentan con los recursos para trasladarse a otros municipios y recibir el servicio correspondiente, poniendo en riesgo su salud³⁴¹.

121. Ahora, vale anotar que más allá de las encuestas, no se evidencia que las bases de datos utilizadas para efectuar los cálculos de la UPC en el RS pongan de presente estas barreras y la Sala considera que sin duda, estas alteran las cifras en relación con las frecuencias de uso.³⁴² Esta menor asistencia a los centros médicos por parte de los usuarios del RS se encuentra estrechamente relacionada con las dificultades físicas y económicas, entre otras, y como se ha mencionado en otras ocasiones, por si solo ello no justifica una UPC inferior, y tasarla en menor cantidad requiere de sustento y respaldo científico.

122. Al respecto, cabe anotar que, en el auto 109 de 2021 se planteó la duda sobre si el MSPS efectivamente “tiene en cuenta, a la hora de calcular la UPC del RS, las barreras físicas de acceso a los servicios de salud, como ocurren en las zonas más alejadas de Colombia, cuando afirma que en el RS las personas usan en menor cantidad los servicios médicos”. Sobre esto, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud indicó que, en efecto, la UPC contempla factores de riesgo en los cuales se incluye como factor de ponderación, la clasificación de los municipios en el país en cuatro zonas en las que son evaluadas la oferta de servicios y las dificultades de dispersión poblacional y accesibilidad geográfica³⁴³. Sin embargo, cabe recordar el mencionado caso de Arauca cuyo territorio es clasificado en su tercera parte como rural, y no se evidencia un trato verdaderamente diferencial, o sistemas de información dirigidos a recolectar datos sobre la barrera que ello puede representar.

123. En relación con lo descrito, en concreto, la Ley Estatutaria de Salud en su artículo 24 consignó el deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas y que es “obligación del Estado garantizar la disponibilidad de los servicios de salud en todo el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional”. En lo atinente a esto, el MSPS reportó que durante la vigencia de 2021 y 2022, se avanzó en el diseño e implementación de lineamientos e instrumentos para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, bajo el enfoque de la gestión integral del riesgo, la atención primaria en salud y el enfoque diferencial (poblacional y territorial), así como acciones desde la prestación de servicios para la atención de la emergencia sanitaria por Covid-19.

³⁴¹ Expedientes de tutela T-8.881.742, T-8.883.171, T-8.883.750 y T-8.917.512.

³⁴² Cfr. acápite sobre las barreras de acceso a los servicios de salud.

³⁴³ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folio 42.

124. Lo anterior significaría avanzar en la prestación del servicio en todas las zonas del país, ya que las características del territorio con amplia diversidad poblacional y geográfica con zonas con alta dispersión geográfica y alejadas, representan limitaciones en el acceso a los servicios que afectan las condiciones de salud de la población residente en aquellas áreas con desigualdades entre zonas urbanas, rurales y dispersas muy marcadas.³⁴⁴ Sin embargo no se evidencia un progreso significativo en estas zonas y hasta el momento el MSPS solo ha propuesto la creación de Unidades Zonales de Planeación y de Evaluación en Salud (en el proyecto de transformación del sistema de salud) por lo que habrá que esperar a su efectiva creación e implementación y de ser así, a que arrojen resultados que procuren por garantizar el derecho a la población residente de estas áreas³⁴⁵.

125. El MSPS también reportó que se promovió la implementación de la atención primaria en salud y enfoque diferencial, de modelos de atención construidos desde el nivel territorial que respondan a las características particulares de la población y la adecuación de la oferta de servicios con la disponibilidad y organización de los servicios requeridos con las modalidades (intramural, extramural y telemedicina) y arreglos tecnológicos como equipos móviles, jornadas, telemedicina, así como el desarrollo de competencias específicas por parte del personal de salud para la atención en salud de estas poblaciones, medios de transporte y comunicación, coordinación intra e interinstitucional “y demás”, lo que permite que estas poblaciones con dificultades de acceso se acerquen a la atención en salud requerida.

126. Sin embargo, cabe resaltar que, aun cuando la Sala aludió en el auto 109 a las dificultades que se presentan en materia de acceso a los servicios de salud en algunas zonas del país, invocando como ejemplo la región del pacífico, no evidenció que el Ministerio se haya pronunciado al respecto ni reportado en sus informes medidas dirigidas estratégicamente a aumentar la cobertura y eliminar los obstáculos que separan a dicha población de las atenciones en salud, lo cual permite inferir que persisten marcadamente tales obstáculos y desigualdades sociales en salud, vistas como aquellas que surgen cuando las diferencias sociales afectan los logros en salud entre las personas o los grupos sociales en algunos sectores del país y que ponen en evidencia una abstención en el uso de los servicios médicos.

127. Dicha abstención no es medible con las bases de datos existentes que solo registran los usos y de alguna manera alteran la información con la que se cuenta. En efecto, las zonas rurales y dispersas del país concentran parte de la población que debe superar estas dificultades de acceso a los servicios de salud en el país³⁴⁶.

128. Sobre esto cabe mencionar que en el auto 496 de 2022, la Sala Especial invocó lo dicho por la Defensoría del Pueblo en su sexto informe, según lo cual se presentó un balance positivo en el porcentaje de afiliados, pues este superaba el 96%; sin embargo, agregó que los avances no fueron significativos en lo atinente a la infraestructura y la calidad del servicio, aparte de destacar la vulnerabilidad de las poblaciones geográficamente dispersas y los “malos sistemas de información”, lo que llevó a que se presentaran problemas de confiabilidad.

129. La Defensoría sigue considerando como reto, que se garantice el derecho a la salud sin que la población tenga que acudir a la tutela u otros mecanismos, partiendo de la base de que el 47% de las quejas que recibe dicha entidad solicitan la reivindicación del derecho

³⁴⁴ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folio 45.

³⁴⁵ Página 20.

³⁴⁶ Sobre estos obstáculos de acceso cabe citar lo dicho por la Corte en el auto 696 de 2022: “para varias de las comunidades visitadas hay una distancia y tiempo considerables para poder acceder a los centros urbanos donde se ubican predominante los servicios de salud. Ciertamente, en la inspección judicial que llevó a cabo la Corte se corroboró que la población Wayuu que habita La Guajira tiene que trasladarse hasta los cascos urbanos de los municipios para tratar de acceder a los servicios de salud y que, además, la atención que reciben al interior de sus comunidades es esporádica. De igual modo, la necesidad de trasladarse a los cascos urbanos puede significar perder un día de trabajo, gastar el presupuesto que se tenía destinado para el abastecimiento de otros bienes de consumo o incluso el agravamiento de la condición médica”.

a la salud. En materia de barreras, aludió a la necesidad de eliminar aquellas que obligan a las familias a preferir pagar en los canales comerciales los servicios y medicamentos. Específicamente sobre las zonas alejadas, manifestó que “hay que superar el déficit e inequitativa distribución en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios, en especial para los habitantes de las zonas más alejadas y dispersas de nuestra geografía”. Esto último, ligado a la implementación de una UPC en ambos regímenes que sea diferencial para zonas dispersas y población que necesite de un enfoque diferencial, considerando además, la importancia de efectuar una correcta y mejor distribución del talento humano, particularmente de especialistas, como ya se refirió.³⁴⁷

130. En consecuencia, el Estado debe propender porque exista una red de servicios cercana a la población residente en estas zonas del país, fortaleciendo entre otras cosas, la prestación en los hospitales públicos y de menor categoría que sufren mayor impacto con la falta de atención estatal. Ahora, aunque a finales del 2022 el Ministerio “abogó por el fortalecimiento de los hospitales públicos del país”³⁴⁸ para ello partió de la necesidad de efectuar una reforma para transformar el modelo del sistema de salud, ante lo cual no se puede afirmar aún, que las medidas que se lleguen a adoptar hasta el momento permanecerán y serán sostenibles en el tiempo. Entre otras cosas, mencionó que:

“no es normal que un sistema de salud mantenga un flujo irregular de sus recursos, que el hospital Universitario del Valle haya estado en una crisis, a punto del cierre. “La sociedad colombiana no puede normalizar la negación de derechos, lo que queremos es que el derecho fundamental a la salud se haga costumbre y que sea un derecho equitativo, igualitario; que este hospital que les ha servido a las poblaciones más vulnerables del Pacífico continúe siendo un bastión, como lo deben ser los hospitales en todo el país”.³⁴⁹

131. Ahora, esta reforma que se menciona en punto de fortalecimiento de hospitales implicaría una importante inyección de recursos, que según se menciona, podrían ascender a los 50 billones de pesos con el fin de lograr la construcción de aproximadamente 680 centros de atención primaria en salud que, al día de hoy, hacen falta en algunos municipios del país.³⁵⁰

132. De igual modo, aun cuando se puso de presente al MSPS mediante auto 109 de 2021, que no se habían expuesto para esa ocasión los avances obtenidos con la puesta en marcha de las pruebas piloto para lograr “(i) articulación de los actores del sistema en el eje cafetero para la atención de los niños con leucemia, (ii) mejoramiento de la atención materno infantil en Bogotá y Cundinamarca y por último (iii) optimización de la calidad de la gestión de las Empresas Sociales del Estado de Cundinamarca, a partir de los resultados de los indicadores de monitoreo de la calidad”, nuevamente omitió exponer estos resultados, por lo que tales pruebas tampoco podrán ser valoradas en este auto. Además, esto conduce a inferir que el ente ministerial no analiza las consideraciones de la Corte y se remite únicamente a la parte resolutive de sus providencias, omitiendo el detalle que finalmente, es el que alude a los obstáculos evidenciados en el sistema de salud y en cuya superación urge avanzar.

133. Por otra parte, el MSPS explicó que las razones por las cuales se solicita la misma información en ambos regímenes son las siguientes: “Para determinar la morbilidad atendida en cada uno de los regímenes, las variables sociodemográficas y de prestación de servicios son las mismas”. “Dado que los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC son los mismos para los regímenes contributivo y subsidiado, es igual el análisis de las frecuencias de uso de los servicios y tecnologías en salud de la población afiliada en cada EPS”.

³⁴⁷ <https://www.defensoria.gov.co/web/guest/-/defensor-del-pueblo-present%C3%B3-dec%C3%A1logo-de-logros-y-desaf%C3%ADos-del-sector-salud-en-el-marco-de-la-reforma-del-sistema?redirect=%2F>. Consulta efectuada el 23 de febrero de 2023.

³⁴⁸ <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Nos-corresponde-fortalecer-los-hospitales-publicos-Minsalud-.aspx> .

³⁴⁹ <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Nos-corresponde-fortalecer-los-hospitales-publicos-Minsalud-.aspx> .

³⁵⁰ <https://www.elcolombiano.com/negocios/como-se-financiará-la-reforma-a-la-salud-2023-en-colombia-IG20408660>. Consulta efectuada el 23 de febrero de 2023.

134. Sin embargo, la Sala resalta como viene mencionando, que las barreras de acceso a los servicios de salud sobresalen aún más en el RS, justamente, por las denominadas desigualdades sociales, y ello debe generar un análisis desde un enfoque socioeconómico, más allá que partir de una ecuación de mercado relacionada con la oferta y la demanda o más allá de aumentar el valor de la UPC del RS en relación con el del RC si las barreras de acceso se mantienen o la escasa oferta de servicios en salud en zonas rurales o dispersas.

135. Por esta misma línea, Acemi afirmó que “el cambio en los patrones de consumo de las tecnologías no UPC incluidas en el PBS” afecta el cálculo del valor de la prima. En efecto, las frecuencias de uso de tecnologías que en una vigencia son financiadas con los techos y luego pasan a ser cubiertas por la UPC tienden a aumentar a medida que ingresan al mercado de la salud. Y no se trata de sumas irrisorias ni para nada despreciables, al punto que a enero de 2023 diferentes actores del sector salud se señalaban el crecimiento de la deuda acumulada por concepto de presupuestos máximos superando los 2.6 billones de pesos.³⁵¹

136. Ahora, aunque mencionó que “el impacto en el consumo de las poblaciones provenientes de EPS liquidadas” también afecta las frecuencias de uso y que en muchos casos al llegar a la EPS receptora, esta población requiere de servicios que no eran suplidos por la EPS de origen, y que ello genera un aumento en las frecuencias de consumo que no fueron tenidas en cuenta en el cálculo que es superior a la frecuencia habitual de la entidad que los recibe, cabe advertir que, en teoría, las EPS no pueden negar servicios a menos que estos se encuentren excluidos y de esta manera no tendría por qué verse afectado el cálculo de la UPC con ocasión de esas frecuencias de uso.

137. A su vez, ha de mencionarse que la Supersalud está en la obligación de verificar la capacidad económica de las EPS receptoras y dividir entre estas equitativamente, los grupos familiares, atendiendo a si estos tienen miembros con patologías de alto costo o mujeres gestantes, considerando además la cantidad de población de cada municipio. Ahora, la SNS mencionó que la distribución que realiza el MSPS de los afiliados de las EPS liquidadas puede afectar los canales de atención, los costos, los contratos y la red de estas con el fin de atender los afiliados, lo cual tendrá impacto en la siniestralidad de las EPS, por lo que para evaluar el efecto en las EPS receptoras, se estimó un modelo “Panel de Vectores Autorregresivos”.³⁵² Este es un ejercicio que ha llevado a tener que redistribuir a casi 10 millones de colombianos a otras aseguradoras,³⁵³ según informó el MSPS, número nada despreciable.

138. En conclusión, no solo es importante examinar la cantidad de individuos y distribución de estos al interior de una población y sus grupos etarios, información que juega un papel fundamental en el cálculo de indicadores demográficos, para establecer los principales diagnósticos con ocasión de los cuales las personas consultan al médico, para determinar la frecuencia e intensidad de los servicios prestados, para evaluar el comportamiento frente a cada tipo de servicio, por ejemplo si se trata de atención ambulatoria, urgencias, hospitalaria o domiciliaria, para establecer el cubrimiento de las actividades de detección temprana y protección específica y, evaluar los indicadores de resultados en salud y calidad de los servicios prestados, sino también eliminar las barreras de acceso y obstáculos que afectan directamente la frecuencia de usos para obtener un acercamiento no solo a la cantidad real de personas que necesitan un servicio sino en efecto corregir estas dificultades.

³⁵¹ <https://www.wradio.com.co/2023/01/03/la-deuda-es-de-26-billones-de-un-rubro-de-presupuestos-maximos-presidenta-de-acemi/>, <https://www.elcolombiano.com/colombia/millonaria-deuda-asfixia-al-sector-de-la-salud-acemi-exige-su-pago-JJ19761787>, <https://www.portafolio.co/economia/finanzas/gremios-de-las-eps-piden-al-gobierno-que-les-pague-lo-que-les-debe-576416>. Páginas consultadas por última vez el 23 de febrero de 2023.

³⁵² Documento Superintendencia Nacional de Salud del 23 de agosto de 2022, con radicado 20221610201167471, pág. 12.

³⁵³ <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-expuso-ruta-de-ajustes-al-modelo-de-aseguramiento.aspx>.

139. Ahora, aun cuando en el auto 109 quedó consignado que a la Sala llamó la atención que las tendencias de uso en el RC parecían ser más altas que en el RS, y consideró que ello no se traducía en que los afiliados se abstuvieran por voluntad propia de acudir a las instituciones médicas y en general a obtener servicios de salud, sino que ello podía derivar de barreras de acceso, condiciones sociales, de salud y de oferta de servicios, sobre lo cual el MSPS no se pronunció y, después de analizar que siguen presentándose barreras, se considera que aún no ha sido demostrado por el ente ministerial que tales tendencias sean efectivamente por menor uso de los servicios por parte de los afiliados a dicho régimen.

140. Sobre lo mencionado en el referido auto, no se encuentra que la falla identificada en el sector salud en Colombia relacionada con que los prestadores de servicios no tienen motivación para prestar un mejor servicio, pero que tampoco son sancionados con severidad cuando en busca de obtener mayores utilidades reducen la prestación de estos afectando a la población, haya disminuido o sido eliminada, pues nuevamente, el ente ministerial no aludió al tema, aun cuando la observación se hizo en dicha providencia. Sin duda, considera que los afiliados más afectados siguen siendo los del RS y en especial, aquellos que viven en zonas dispersas y marginadas, nuevamente, los más pobres.

141. Desde tiempo atrás Fedesalud³⁵⁴ ha señalado que los operadores particulares en materia de salud han afectado a la población más pobre cuando dichas entidades intentan reducir los gastos en salud para obtener mayores utilidades, y como se mencionó en el auto 109 de 2021, la Sala Especial sigue considerando que no se presentan incentivos para que estas entidades lleven los servicios a la población más dispersa. Y es que disminuir las barreras de acceso para estos prestadores significa una mayor inversión, menor ganancia en otras palabras, para garantizar la prestación de servicios en salud y ello incrementaría entonces la frecuencia de usos, pero, si esta ha de calcularse sobre información completa y oportuna no tendría, en teoría, que afectar las finanzas de las EPS una vez efectuada una primera inversión para ampliar la red de prestadores. Esta falta de incentivos e intervención pone en juego la garantía del derecho a la salud especialmente, de la población con menos recursos y que viven en zonas dispersas. De este modo la universalidad en el sentido de carnetización o mayores afiliados, pero sin uso de los servicios, sigue siendo positivo para estas entidades y negativo para la población. Como se mencionó, habrá que esperar para poder evidenciar si creció la red de prestadores y se invirtió en hospitales, entre otras cosas.

142. Al respecto cabe citar que la Corte en la sentencia T-302 de 2017 puso en evidencia la dificultad que tienen los miembros de las comunidades Wayuu para acceder a los servicios de salud³⁵⁵, especialmente los niños³⁵⁶. Así, por ejemplo, es evidente que, si esta población no cuenta con medios de transporte para desplazar con facilidad sus alimentos y el agua, mucho menos para movilizarse hacia los centros médicos cuando ello es necesario, sin soslayar, además, que han sufrido la pérdida de sus animales de carga lo que dificulta aún más su desplazamiento fuera de la comunidad³⁵⁷. Por lo descrito es que los sistemas de información cobran importancia, toda vez que, se hacen necesarios para poner en evidencia estas barreras y obstáculos de acceso que desaparecen y alteran las estadísticas cuando no se reportan por ningún medio o no se hace de manera fiel.

143. Con base en lo expuesto, la Sala reconoce los avances en la recolección de información más representativa para el cálculo de la UPC en relación con el RS, se desconoce si la frecuencia de usos es menor que en el RC aun cuando se evidencia que la

³⁵⁴ <https://eldiariodesalud.com/opinion/cuanto-tenes-cuanto-vales-la-salud-privatizada-en-colombia-i> .

³⁵⁵ Dentro de los objetivos constitucionales mínimos establecidos en la sentencia T-302 de 2017, la Corte planteó la necesidad de “(i) aumentar y mejorar las medidas inmediatas y urgentes en materia de salud a cargo del Gobierno nacional, y de (ii) formular e implementar una política de salud para el departamento de La Guajira que permita asegurar el goce efectivo del derecho a la salud para todos los Wayuu”.

³⁵⁶ De igual modo, dicha providencia permitió conocer más de cerca las dificultades de transporte en la Guajira para estas comunidades, con el hecho de que los mismos carrotanques que transportan el agua se vean impedidos a ingresar hasta dichos territorios en donde se provee este recurso con ocasión del invierno. Significa entonces que aún contando con medios de transporte las vías no son aptas para movilizarse y ello impide acceder a los centros médicos que se encuentran fuera del casco rural.

³⁵⁷ Auto 696 de 2022.

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

144. No puede afirmarse que la problemática en relación con la fuente principal de la información del sistema que nutre los análisis para el cálculo de la UPC, esto es, los datos provenientes de las EPS del RS, se haya eliminado. Si bien se empleó por primera vez la información propia del RS ello no permite afirmar que se hayan erradicado los problemas que presenta la recolección de información proveniente de las IPS y las EPS y aunque estas bases de datos recogen información sobre la prestación de los servicios, es decir sobre los usos, no lo hacen sobre las barreras de acceso que con seguridad alteran las cifras que realmente se tendrían en las frecuencias de usos si esta población pudiera acceder. Esto sumando a la incertidumbre de los resultados que ofrecerán los cambios propuestos por el Gobierno con el fin de reformar el actual sistema de salud, lo cual no permite afirmar que los avances hasta el momento identificados serán sostenibles en el tiempo.

145. Ahora, que se haya empleado la información del RS no significa que esta sea de calidad y confiable para calcular la UPC. No se observa fortalecimiento de las herramientas tecnológicas en las zonas dispersas para tener mejor acceso a la información e incluso para que los usuarios en condiciones de extrema pobreza que no cuentan con tecnología no enfrenten barreras de acceso a servicios médicos. No es claro que las frecuencias de uso no se vean alteradas por falta de cobertura y facilidades de acceso.

146. Se concluye que la metodología empleada se aproxima a un mejor cálculo de la UPC, tiene en cuenta el impacto presupuestal que puedan sufrir las EPS, de manera que estima las consecuencias financieras de la adopción de estas en un determinado sistema de salud, asistencias técnicas, pero no es del todo afín a las necesidades de la población que no accede a los centros médicos.

147. Se sigue considerando que la información de las EPS no puede contrastarse con la de otras fuentes, como se ha venido mencionando, tampoco establecer que el logro de haber obtenido datos más representativos sea un resultado sostenible en el tiempo, especialmente porque no han concluido ni dos vigencias completas desde que se efectuó el primer cálculo del valor de la UPC del RS con información propia de este. En concreto, aún no se establece si las frecuencias de uso son menores o no en el RS en relación con el RC y que por ello sea viable una UPC menor; y falta inmediatez en los procesos de retroalimentación frente a las EPS por parte del MSPS que no permite efectuar con oportunidad algunas evaluaciones dentro de la vigencia siguiente, entre muchas otras cosas.

148. Por otro lado, las frecuencias de usos se pueden ver afectadas por barreras que no se están considerando por las bases de información existentes, que como se señaló, no se dirigen en su mayoría a recoger datos sobre este aspecto, más allá de las encuestas; las estadísticas en las frecuencias de uso se alteran por la falta de cobertura de la red de servicios en algunas regiones y zonas dispersas en las que aún, no se evidencian programas ni políticas públicas que acerquen el servicio y las atenciones de salud a la población.

149. Aun cuando la Dirección de Regulación indicó que, en efecto, la UPC contempla factores de riesgo en los cuales se incluye como factor de ponderación, la clasificación de los municipios en el país en cuatro zonas en las que son evaluadas la oferta de servicios y las dificultades de dispersión poblacional y accesibilidad geográfica, la Sala estima que las dificultades de acceso por cuestiones geográficas se siguen presentando, pero no se tienen datos concretos al respecto. Tampoco es preciso el cambio que pueden representar las

frecuencias de uso en relación con el cálculo de la UPC con la inclusión de nuevas tecnologías para ser cubiertas por esta prima.

150. En consecuencia, la información reportada sobre el análisis de las frecuencias de usos de los servicios de salud no es completa ni oportuna y no permite afirmar que el valor de la UPC sea suficiente, como se estudiará más adelante. Como se expuso, las EPSI no tienen datos suficientes sobre mejoría de su información al interior de estas entidades; no se logra observar con precisión si la frecuencia de usos es menor o mayor en el RS en relación con el RC; las bases de datos no recogen información que tenga en cuenta verdaderamente las barreras de acceso a los servicios de salud por parte de la población de algunos sectores marginados o ubicados en zonas dispersas; las encuestas nos son suficientes para medir las frecuencias de usos; no se han reportado medidas dirigidas estratégicamente a aumentar la cobertura y eliminar los obstáculos que separan a cierta población de las atenciones de salud; no se observa fortalecimiento de las herramientas tecnológicas en las zonas dispersas y en sí, las frecuencias de usos se pueden ver afectadas por barreras que no se están teniendo en cuenta porque las bases de información existentes no se dirigen en su mayoría a recoger datos sobre esto, entre otras razones.

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

151. En la última valoración de cumplimiento de las órdenes en cuestión, auto 109 de 2021, la Sala recordó que con la expedición de los autos 261 y 262 se ordenó la igualación de la UPC teniendo en cuenta que: “(i) para ese momento no se contaba con un sistema de información; (ii) no existía una metodología sólida para la determinación de la suficiencia de la UPC; y (iii) luego de la actualización establecida en el Acuerdo 032, las EPS contratarían la ampliación de la cobertura para la prestación del servicio de salud”.

152. Así mismo en dicha ocasión estableció que “hasta tanto no se no se diera cumplimiento a la elaboración de una metodología apropiada para establecer la UPC y al diseño de un sistema de información que lograra un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el sistema, se entendería que el valor de la UPC-S sería igual al establecido para el régimen contributivo”. Posteriormente, en el auto 411 de 2016 la Corte consignó que no existían razones para mantener la diferencia entre los valores de la UPC de ambos regímenes y por esta misma línea, en el auto 109 de 2021 concluyó que el MSPS aún no demostraba con información técnica y confiable la suficiencia de la UPC y que tampoco equiparó el porcentaje del valor de la prima del RS al 95% del monto establecido para la UPC-C.

153. En esta oportunidad, en razón a que la UPC-S fue fijada con datos propios del régimen, el MSPS consideró que no había lugar a realizar la igualación ordenada,³⁵⁸ no obstante, la Sala encontró un injustificado retroceso en la diferencia de los valores de la UPC en ambos regímenes para la vigencia 2022, pues la brecha existente entre estas cantidades no superaba el 7% y ahora incluso excede el doble y se encuentra en un 16.36% como se refleja a continuación:

Año	RC	RS	Diferencia	Porcentaje	Norma
2017	\$746.046,00	\$667.429,20	\$78.616,80	10,54	Resolución 6411 de 2016
2018	\$804.463,20	\$719.690,40	\$85.771,80	10,54	Resolución 5268 de 2017
2019	\$847.180,80	\$787.327,20	\$59.853,60	7,07	Resolución 5858 de 2018
2020	\$892.591,20	\$829.526,40	\$63.064,8	7,07%	Resolución 3513 de 2019
2021	\$938.826,00	\$872.496,00	\$66.330	7,07%	Resolución 2503 de 2020
2022	\$1'109.221,20	\$964.807,20	\$144.414	13.01%	Resolución 2381 de 2021
2023	\$1'289.246,40	\$1'121.396,40	\$167.850	13.01%	Resolución 2809 de 2022

³⁵⁸ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folio 55.

154. Lo anterior refleja que, durante los últimos años se mantuvo una brecha porcentual entre las UPC de ambos regímenes sobre el 10% y, aunque esta fue disminuyendo y se avanzó en la equiparación de estos valores, el resultado que al parecer se esperaba obtener en el 2022, en realidad comportó un retroceso bajo el argumento de que se empleó la información propia del RS para establecer el cálculo, pero la Sala no encuentra datos claros que justifiquen el aumento notorio de dicha brecha porcentual.

155. En primer lugar, cabe puntualizar que según la encuesta de calidad y vida del DANE del 2021, el 46,6% se encontraba cubierto por el RC, mientras que el 53,2% al subsidiado. En efecto, al 30 de septiembre de 2022, los afiliados al RS en Colombia eran 25.491.507 y al RC 23.408.478 significando esto un mayor número de afiliados en el RS, lo que permite inferir que se trata de la población con menos recursos, frente a la cual se han identificado mayores obstáculos para acceder a los servicios.

156. Pero además, en dicha encuesta se observó que en los centros poblados y rural disperso el 83,4% de los afiliados expresaron estar cubiertos por el esquema subsidiado, arrojando que en las cabeceras prima la afiliación al régimen contributivo (56,0%)³⁵⁹, lo que refleja nuevamente que en las zonas con mayores dificultades geográficas, de acceso y económicas prevalece la afiliación al RS.

157. Partiendo de la base de que la prima pura de riesgo debe calcularse de la misma manera tanto en el RC como en el RS, esto debido a que el PBS con cargo a la UPC es igual en ambos regímenes, la Sala no entiende por qué la variación de la brecha³⁶⁰ de los valores entre ambas primas se duplicó. Por lo tanto, el MSPS deberá precisar si está teniendo en cuenta. Si se observa con detenimiento, la brecha se mantiene con la expedición de la Resolución 2809 de 2022 que fijó el valor de las UPC de ambos regímenes para el 2023; cabe advertir que, un cálculo mal efectuado, es decir, por debajo de lo realmente necesario, puede afectar directamente la garantía del derecho a la salud de los colombianos. En concreto, a pesar de los esfuerzos fiscales efectuados por el Gobierno, la UPC del RS se ubicó en el 88,91% del valor de la prima del RC.

158. Evidentemente estas estimaciones se hacen a nivel nacional y deben tener en cuenta distintos comportamientos a nivel regional e información específica sobre la población, su edad, ubicación, género, padecimientos previos tanto propios como familiares, así como el tipo de servicios que emplean los usuarios y sin duda, la Corte sigue considerando que si se registra un menor uso de las atenciones médicas en el RS, no es porque los afiliados decidan no asistir por voluntad propia, sino por las barreras de acceso a los servicios; sin embargo, como se mencionó, el ente ministerial no contaba con esta información y no es posible asegurar que en efecto la frecuencia de usos en el RS sea menor como para establecer una UPC mucho menor que la del RC, menos cuando se viene diciendo que la frecuencia de uso aumentó aproximadamente un 30% en el 2022 respecto del año anterior.³⁶¹

159. En lo relacionado con el costo de las atenciones, Gestarsalud observó una tendencia creciente, “una variación del 42 por ciento entre el 2020 y el 2021 y un crecimiento estimado del 30 por ciento para el cierre del 2022”³⁶².

³⁵⁹ https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2021/Boletin_Tecnico_ECV_2021.pdf .

³⁶⁰ Este aumento de la brecha puede repercutir directamente en la eficiencia que se viene alcanzado entre otras cosas, con el hecho de haber empleado información propia del RS para el cálculo de su prima. Si el sistema de salud viene sufriendo un déficit en términos de recursos, desfinanciarlo a través de la disminución del valor de la UPC, puede afectar directamente la prestación de los servicios de salud.

³⁶¹ Página consultada el 25 de enero de 2023 <https://gestarsalud.com/2022/12/21/los-argumentos-para-advertir-un-riesgo-en-la-insuficiencia-de-la-upc-2023/>. Es importante recordar que la Sala de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, siguiendo los lineamientos impartidos en el Auto 411 de 2016, ordenó equiparar la prima pura del régimen subsidiado con la del contributivo al 95 por ciento. Gestarsalud <https://gestarsalud.com/2022/12/21/los-argumentos-para-advertir-un-riesgo-en-la-insuficiencia-de-la-upc-2023/>.

³⁶² <https://gestarsalud.com/2022/12/21/los-argumentos-para-advertir-un-riesgo-en-la-insuficiencia-de-la-upc-2023/>. Siguiendo cuadro extraído de esta página, consultada el 25 de enero de 2023. Ver anexo 5.

160. Se analizó el comportamiento de un grupo de enfermedades con elevada prevalencia en Colombia, y se evidenció una tendencia hacia el aumento de las frecuencias de uso, como muestra el gráfico 2 con eventos de salud en el periodo 2019 – 2022. Así mismo se encontró una propensión creciente de las frecuencias de uso (eventos de salud en el periodo 2019 – 2022)³⁶³.

161. Si bien en su momento el MSPS indicó que para los tomadores de decisión de política pública, no sería razonable igualar las primas sin justificación económica y técnica³⁶⁴, para lo cual se requería que esta necesidad se encontrara demostrada en las frecuencias de uso de servicios, en los perfiles epidemiológicos de la población y en la composición etaria de cada régimen, entre otras variables, para la Sala tampoco hay razones que justifiquen el aumento notorio de la brecha entre estos dos valores y menos aún, como se estudió, claridad en las diferencias de las frecuencias de usos.

162. De igual manera, no es viable que la Sala simplemente descarte la igualación de las primas que fue ordenada años atrás, aceptando la afirmación del MSPS de que ya no hay lugar a ello por el solo hecho de que la UPC-S del 2022 fue fijada con datos propios de ese régimen o sin entregar un estudio pormenorizado o una explicación que evidencie realmente las razones técnicas por las que esta igualación ya no tendría lugar. En este sentido, no existen razones que justifiquen el aumento de la brecha existente entre el valor de la UPC del régimen contributivo y del subsidiado, por ello mientras el Ministerio de Salud no brinde a la Sala los elementos de juicio y razones técnicas que expongan con argumentos de fondo la necesidad de modificar el estándar de cumplimiento requerido por la Sala este seguimiento continuará.

163. En el portal del Sivigila³⁶⁵ se encontró por ejemplo, que hay mayor número de registros de eventos en salud en el RS y por parte de la población de estrato 1 y 2, así, las notificaciones por evento en la semana 42 del 2022 fueron de un 48% de la población del RS y un 43 % de la del RC, de igual forma un 34% y 10% de los eventos pertenecen a estratos 1 y 2 respectivamente, es decir, la población más pobre de Colombia y sin embargo, no es posible afirmar que la frecuencia de usos en el RS sea mayor o menor a falta de información, o demostrar que en efecto en el RS no se requiere una UPC igual o mayor que la del RC.

164. Justamente si la imposibilidad técnica de igualar la UPC de ambos regímenes como se señaló en el auto 109 de 2021 con ocasión de lo reportado por el MSPS, recae en la diferencia de los “perfiles demográficos (estructura poblacional) y en la epidemiología, las condiciones de operación de los regímenes (gastos administrativos y obligatoriedad de contratar con la red pública) y los aspectos socioculturales”, no se entiende por qué la brecha se amplió si la operación del RS representa mayores dificultades y su perfil epidemiológico refleja entre otros, características geográficas más complejas que las de los usuarios del RC. Así, si equiparar las primas podía representar un uso ineficiente de los recursos sin un respaldo técnico, la Sala considera lo mismo respecto de elevar notoriamente el valor de la prima del RC en relación con el del RS.

165. La Corte no puede soslayar la brecha entre los valores de las primas de ambos regímenes y estimar sin fundamento que un valor desigual garantizará el acceso a los servicios de salud cuando el plan de beneficios que se ofrece es el mismo pero las mayores necesidades se observan en las atenciones a los usuarios del RS, por la falta de cobertura y hospitales en condiciones apropiadas para cubrir los servicios de esta población. De este modo, es posible que las EPS del RS puedan presentar mayores costos de atención debido a que sus afiliados se encuentran en zonas dispersas y ello, sin duda, implica mayores gastos

³⁶³ <https://gestarsalud.com/2022/12/21/los-argumentos-para-advertir-un-riesgo-en-la-insuficiencia-de-la-upc-2023/>.

³⁶⁴ Cfr. auto 109 de 2021.

³⁶⁵ <http://portalsivigila.ins.gov.co/>.

de transporte de los afiliados desde zonas rurales a los cascos urbanos, y una inminente necesidad de ampliación de la red de servicios.

166. Tampoco debe dejar de lado que hasta hace unos meses el Gobierno manifestaba que el sistema de salud no contaba con datos de calidad ni suficientes en el RS, las EPS aseguraban que los reportes por las IPS eran tardíos e incompletos, y que los peritos constitucionales coincidían en que el RS carecía de una data fiel para efectuar este cálculo. Luego, cuando la UPC-S del 2022 se calculó con información propia del régimen, el MSPS no allegó evidencia de la calidad de esta y de que el valor establecido fuera adecuado, menos ante la notoria alza del valor de la prima en el RC.

167. Lo anterior significa que, aunque esto pueda considerarse un avance, se hace necesario esperar al reporte de resultados por parte de todos los actores del sector salud involucrados, especialmente de las EPS, al menos durante esta y la siguiente vigencia, para que pongan de presente si el valor de la UPC-S tuvo en cuenta las nuevas inclusiones de tecnologías que fueron trasladadas de los presupuestos máximos y la suficiencia de este valor, pues hasta ahora no se han reportado resultados al respecto en relación con el 2022, de este modo poder identificar si la medida puede considerarse sostenible.

168. En el 2022 el MSPS para recuperar y mantener el valor adquisitivo de la UPC, incrementó el mismo en un 5,42% y en el RS en un 6,33%. Sin embargo, la Sala no encontró información clara que respalde las razones por las cuales el aumento para financiar los servicios y tecnologías que antes eran cubiertos por los presupuestos máximos y que se trasladaron a la UPC fue de 12,73 puntos porcentuales en el RC y por qué tan bajo en el RS con tan solo 4,25 puntos.

169. No obstante, la Corte debe resaltar que el MSPS en el 2022 efectuó un mayor incremento a la UPC en el RS para los 363 municipios ubicados en zonas geográficamente dispersas (11,47%) que en el RC (10,00%) y que mantuvo la prima adicional del 37,9% en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (Zona Alejada) tanto en el RC como en el RS; adiciones que se espera contribuyan a disminuir las barreras de acceso.³⁶⁶

170. Si bien equiparar dichos valores en un 95% no significa la superación del mandato general contenido en las órdenes 21 y 22, tampoco lo es el simple cálculo a partir de la información propia del RS, pues como es de conocimiento del Gobierno, la Sala evalúa que se den resultados con ocasión de las medidas implementadas, que sean sostenibles en el tiempo y se contribuyan en la superación de la falla estructural aunque ello no ocurre en un 100%, lo cual se traduce en este aspecto en concreto, en que el solo cálculo con información propia no demuestra que dichos datos sean de calidad y representativos y mucho menos, que arrojarán unos resultados que de ante mano se puedan enmarcar dentro de la suficiencia de la UPC, requerida para garantizar el derecho a la salud.

171. Por su parte, la Defensoría indicó³⁶⁷ que el menor valor de la UPC-S responde al Plan de Beneficios Unificado, posterior a realizar el análisis de distintos criterios y estudiar en profundidad el comportamiento poblacional y demás índices que permiten afirmar que el Gobierno ha empleado elementos técnicos suficientes para sustentar la diferencia del valor bajo estudio. Así mismo, afirmó que en el estudio de suficiencia elaborado por el Ministerio para el 2022, se logró apreciar una tendencia de mayor envejecimiento de la población para el RC, pasando de 50 en el año 2010 a 89 años en 2020, mientras que en el subsidiado fue de 33 en el 2010 y de 60 en el 2020, siendo este uno de los factores que ocasionan un diferencial en el resultado de la UPC.

³⁶⁶<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-definio-incremento-del-valor-de-la-UPC-para-2022.aspx#:~:text=De%20esta%20manera%2C%20para%20el,221%2C20%20en%202022.>

³⁶⁷ Defensoría del Pueblo, 22 de julio de 2022, págs. 1 y 2.

172. Sin embargo, la Sala desconoce los argumentos del Ministerio para mantener la diferencia de valores de la UPC, lo cual pareciera incluso comportar un retroceso en la equiparación de la brecha existente entre los mismos, como se ha estudiado a lo largo de este documento en el que se ha resaltado que, continúan los problemas de recolección de información y las barreras de acceso que además, pueden alterar los resultados obtenidos en las frecuencias de usos que, como se advirtió, atienden solo a la información que reporta la prestación de los servicios y no a las razones por las cuales parte de la población no tiene acceso al sistema de salud.

173. En ese sentido, en el auto 109 de 2021 se estableció que dicha brecha debía reducirse hasta tanto el ente ministerial no demostrará con información técnica y confiable en qué punto la Unidad de Pago por Capitación alcanzará la suficiencia en ambos regímenes, atendiendo también a la inclusión de las nuevas tecnologías y servicios que pasan de ser cubiertos con los techos a financiarse con la UPC. Por esta razón, si bien se contó con la información para efectuar los cálculos de la prima del RS en la vigencia del 2022, no es viable calificar este hecho por sí mismo con un avance además de que estos deben ser sostenibles en el tiempo. En ese sentido la medida en cuestión de nivelar al 95% del valor de la Unidad de Pago por Capitación del RC la del RS, seguirá vigente hasta tanto se demuestre que el monto asignado y la brecha entre estas dos cifras es consecuencia de información técnica y confiable.

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

174. Atendiendo a lo establecido en el auto 109 de 2021, en este acápite se analizarán las medidas y resultados expuestos por el MSPS para alcanzar la suficiencia de la UPC y de los PM, con lo que se busca garantizar la prestación de todos los servicios y tecnologías en salud PBS (es decir los cubiertos tanto por la UPC como por los techos).

Suficiencia de la UPC

175. En el referido auto se evidenció que la información recogida no permitía concluir que el valor de la UPC fuera suficiente en ambos regímenes, por cuanto era incompleta, no se reportaba con oportunidad y no se mantenía actualizada, entre otros factores que influyen en su calidad.

176. En efecto, para alcanzar dicha suficiencia es necesario que los sistemas de información entreguen datos confiables, oportunos, de calidad y actualizados, entre otras características que se han venido mencionando, y aunque en ocasiones pasadas se ha referido a un sistema único, ello no significa estrictamente tener una sola base de datos y eliminar la proliferación de estas, aunque también podría ser, sino a la posibilidad de unificar ciertos métodos de consulta y registro que permitan agrupar y concentrar la mayor cantidad de datos por parte de los diferentes actores del sector salud involucrados en tiempo real, permitiendo su actualización inmediata.

177. Frente a la suficiencia de la UPC, especialmente sobre la contribución de las EPS en avanzar en los sistemas de información, se ha manifestado que estas han mejorado el reporte de datos sobre la prestación de servicios de salud, pero que siguen presentándose desviaciones y situaciones particulares que conducen a que unas EPS tengan menor calidad

en la información reportada. Igualmente que históricamente se han esbozado dificultades en la recolección de datos provenientes de los prestadores de origen público, sin embargo, que se han presentado avances, tal como se refleja en el último estudio de suficiencia.³⁶⁸

178. El MSPS manifestó que, en atención a lo establecido por la ley, no era viable tener una sola base de datos, toda vez que ello atentaría contra la protección de la información e incluso contra la privacidad de las personas, pero como se ha venido planteando, la Sala cree importante reconsiderar el manejo de códigos que permitan guardar la identidad y algunos datos de las personas para no vulnerar este derecho. Esto permitiría corregir fallas de regulación o de inspección y vigilancia que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud con mejor oportunidad.

179. Ahora, sobre las bases de datos empleadas actualmente al interior del SGSSS y la interrogante de si esta información es completa, oportuna y de calidad, la Comisión de Seguimiento anotó que, si bien el MSPS mencionó las plataformas usadas para que sea remitida la información, debido a que esta no es completa en todos los casos, podría atribuirse incapacidad para precisar si el valor de la UPC es realmente insuficiente para la prestación de servicios de salud. Añadió que las EPS no garantizan la demanda de servicios y por ello acuden a barreras administrativas.³⁶⁹

180. Al respecto cabe mencionar que el MSPS no se pronunció sobre lo dicho por la Sala en relación con la calidad y oportunidad de la información entregada por los actores del sector salud, y la necesidad de que el ente ministerial despliegue actuaciones sancionatorias frente a quienes no cumplen con las características de su entrega. La importancia de la remisión de una data oportuna, que sea veraz, fiel a la realidad, completa y de calidad, entre otras, radica, como se ha venido anotando, en que esta comporta la base para el cálculo del valor de la UPC y de su suficiencia, y de la garantía de la prestación de todos los servicios y tecnologías en salud a su cargo.

181. Tampoco aludió a la mención que se consignó en el auto 109 sobre los problemas detectados en las “tablas de referencia CUM, CUPS y CIE-10, personal no capacitado para manejar estas bases de información ni los códigos entregados por el MSPS, que también han sido variados por los prestadores de salud bajo el argumento de que no contribuyen en sus estadísticas”.

182. La Sala entiende que el ejercicio de recolección de información para el cálculo de dicho valor es complejo, pues depende de un gran número de fuentes de datos de diferente tipo, y por ello la importancia de que cumpla con tales características, aparte de mantenerse actualizada y poder contrastarse con otras fuentes del mismo tipo.

183. En principio se consultan fuentes poblacionales como la Base de datos única de afiliados BDUA, la Base de datos de la compensación de la Adres: Histórico de población afiliada compensada (HAC), la Base de datos de la Liquidación Mensual de Afiliados (LMA) de la Adres, del RS y proyecciones poblacionales DANE, Sisbén.

184. Sobre esta base, cabe mencionar varias inconsistencias enunciadas por algunos actores del sector salud. Acemi por ejemplo, informó frente al reporte y actualización de la BDUA que se presentan dificultades en la “identificación de los afiliados, gestión de homónimos fonéticos, afiliados con inconsistencia en su documento o datos básicos que están documentados por ADRES”. Anotó que “estos procesos requieren alta operatividad y pueden generar barreras de acceso, desviaciones en los análisis de costos y suficiencia, además de las consecuentes inconsistencias en el reconocimiento de recobros”.³⁷⁰

³⁶⁸ Acemi, 01 de agosto de 2022, págs. 16-17.

³⁶⁹ Documento Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, 15 de septiembre de 2022, pág. 10.

³⁷⁰ Acemi 12 de octubre de 2022. Folio 4.

185. Así mismo, se requiere información de los servicios y tecnologías en salud prestados a la población afiliada a las EPS de ambos regímenes en 5 tipos diferentes de archivos que contienen diferentes variables³⁷¹, que si no es registrada por las EPS fielmente genera inconvenientes en la prestación del servicio o incongruencias en la data con el paciente y en segunda medida, afecta las cifras que se obtienen sobre la frecuencia real de usos y con ello el cálculo del valor de la UPC. Por esto la importancia de incentivar a las IPS y a las EPS para que entreguen información desagregada de la manera más fiel y oportuna, no obstante, la Sala no evidencia el reporte de estos incentivos o medidas dirigidas al referido fin.

186. Sin embargo, la Sala reconoce como valiosa la solución tecnológica con que cuenta el Ministerio y que sin duda ha reducido los tiempos que toma cada proceso en relación con la recepción de información por parte de las EPS, lo cual permite realizar la validación y retroalimentación de los datos enviados por tales entidades de forma integrada, óptima y segura, garantizando mejor calidad de aquellos que son seleccionados para el estudio de suficiencia, confiabilidad y transparencia de los procesos para todos los actores involucrados.

187. En efecto para el procesamiento de información se dispuso el uso de las plataformas PISIS y SIREPS que permiten su envío y retroalimentación entre el MSPS y las EPS en menor tiempo, pues entre otras, han logrado mejores tiempos de validación, la integración de las plataformas, mejoras en las mallas de validaciones, en el procesamiento de los datos y la verificación de su cobertura³⁷². Sin embargo, el ente ministerial manifestó que pese a los logros alcanzados, se mantienen los retos para avanzar en la recolección de los datos requeridos para efectuar el estudio de suficiencia y los demás proyectos.³⁷³

188. Por su parte, es importante que los archivos de los estados financieros que provienen de la SNS, fuente de datos económica, la cual solicita a las aseguradoras el reporte de los mismos, los cuales son de origen contable y corresponden a un período fiscal, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, sean entregados a tiempo y de igual forma contengan información veraz, pero se ha evidenciado que las EPS no siempre reportan oportunamente y además, no toda la información es empleada en los estudios toda vez que no cumple con los estándares de calidad requeridos para ser tenida en cuenta, lo que obliga a efectuar estudios a partir de información proveniente de pocas EPS y que además no puede ser contrastada con otras fuentes.

189. Finalmente, para analizar la suficiencia de la UPC se acude a las fuentes relacionadas con la prestación de tecnologías y servicios de salud financiados con presupuestos máximos, como Mipres, lo que implica el perfeccionamiento de una herramienta que ha arrojado obstáculos, como se identificó en el auto 109 en materia de prescripciones, y aunque se reportó la puesta en marcha de la prueba piloto del Mipres 3.0 por parte del ente ministerial, no se aludió a la corrección de tales falencias y tampoco se relacionaron resultados.

190. Por otro lado, respecto de los servicios y tecnologías en salud financiados con la UPC en la vigencia del 2022, el Ministerio refirió que “a través de la Resolución 2381 de 2021³⁷⁴ y su correspondiente estudio de suficiencia se incorporó lo dispuesto a la Resolución 2292 de 2021, entre otros, los servicios y tecnologías de salud que hasta la vigencia 2021 venían siendo financiados con recursos del presupuesto máximo.” De igual

³⁷¹ Como el tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, sexo, código del municipio de residencia, código del servicio o tecnología en salud dispensada, fecha de prestación del servicio, código del diagnóstico principal, código del diagnóstico relacionado, ámbito de prestación del servicio, forma de reconocimiento y pago, código del prestador de los servicios de salud que realizó el servicio o NIT del proveedor de medicamentos o insumos, valor de la cuota moderadora, valor del copago, valor del servicio y número de factura con la cual la IPS cobró el servicio.

³⁷² Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 65-69.

³⁷³ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 90-92.

³⁷⁴ “Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2022 y se dictan otras disposiciones”.

manera ocurrió para el 2023 mediante la Resolución 2809 de 2022 que fijó el valor de la UPC para dicha vigencia y la respectiva Resolución 2808 de 2022 que estableció los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC.

191. Sobre esto, cabe mencionar que, aun cuando el MSPS afirmó que en los estudios que se efectúan para calcular la UPC se estima “el impacto presupuestal de las nuevas tecnologías en salud que son incluidas para ser financiadas con la UPC”³⁷⁵, Acemi afirmó que, de acuerdo con lo expuesto por algunas EPS, en años anteriores las inclusiones no superaban un 2% del incremento de la UPC, pero en el 2022 representaron un 12.7%, aumento que en su parecer ha sido el más grande esfuerzo del Gobierno dentro del sistema de salud en los últimos años, respecto del número de tecnologías incluidas; que si bien es muy importante desde el punto de vista de la garantía del derecho, requiere de recursos suficientes para cumplir con las expectativas y el flujo adecuado de los recursos a toda la cadena de prestadores y proveedores de servicios y productos de salud.

192. En efecto para el 2021 se incluyeron alrededor de 206 tecnologías (184 principios activos y 22 procedimientos), mientras que para el 2022 se incluyeron 654 procedimientos. Además con la actualización del PBS aumentó la financiación de medicamentos con recursos de la UPC. Significa que, el aumento de la UPC no puede estar sujeto únicamente a evitar la pérdida del valor adquisitivo de la moneda, sino que debe considerar los significantes cambios que viene sufriendo el PBS y la cobertura que debe garantizar la UPC con ocasión de los servicios y tecnologías que forman parte de los presupuestos máximos y pasan a ser financiados con la UPC.

193. Acemi también manifestó que algunas entidades observaron con corte a julio de 2022, que el aumento de la prima para las inclusiones fue insuficiente y ello agravó la situación de déficit que se viene acumulando en los últimos años. Adicionalmente, la siniestralidad asociada con las poblaciones asignadas de EPS liquidadas se ha mostrado superior en relación con la que las entidades manejan normalmente, sin dejar de lado la de los usuarios que deciden trasladarse voluntariamente.³⁷⁶ Nuevamente, previa entrada la vigencia de 2023, algunos actores del sector salud pusieron de presente su inconformidad con el ajuste que tendría la UPC en ambos regímenes, al considerar en este mismo sentido, que su valor no sería suficiente para cubrir todos los servicios y tecnologías a su cargo³⁷⁷, especialmente al evidenciarse un aumento en las frecuencias de uso, registrándose así máximos históricos, sumado a la devaluación y la inflación, fenómenos que golpearon fuertemente la economía del país para el 2023.

194. Sobre el primer punto descrito por Acemi, la Sala sí considera que el reciente método de inclusión en la UPC de los servicios y tecnologías que se cubren con los techos, ha reflejado variaciones significativas en cuanto al aumento de estos y que fueron incluidos en la UPC, comparando una vigencia con otra, y aun cuando en un inicio era muy prematuro afirmar que ello podía afectar la suficiencia de la UPC, sí es importante analizar el comportamiento de estas inclusiones para establecer si en efecto la prima ha sido suficiente para cubrir todas las atenciones en salud que se encuentran a su cargo, que al día de hoy, pareciera no serlo.

195. Sin embargo, vale mencionar que, aunque, La Comisión indicó que las EPS niegan servicios, pero sin invocar como causal el hecho de percibir una UPC insuficiente, esto no significa que realmente las EPS no los nieguen por no querer incurrir en gastos mayores. De igual modo el MSPS agregó que dentro de las causales de negación de servicios no se contempla la insuficiencia de la UPC ni otras de tipo financiero³⁷⁸.

³⁷⁵ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022.

³⁷⁶ Acemi documento de septiembre 12 de 2022.

³⁷⁷ <https://agenciapi.co/noticia/salud/acemi-advierte-sobre-insuficiencia-de-la-upc-para-el-2023#:~:text=%E2%80%9CEste%20aumento%20resulta%20insuficiente%20debido,%E2%80%9D%2C%20a%20a%20C3%B1adieron%20en%20el%20comunicado>. Análisis de Gestarsalud, Acemi y Asocajas.

³⁷⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022.

196. No obstante, Gestarsalud ha considerado que con la implementación de herramientas como la facturación electrónica, la historia clínica en línea digital y la obligatoriedad de los RIPS en todo el sector, se avanza en el camino para que los registros en los sistemas de información reflejen las prestaciones del sector salud y sean el insumo apropiado para realizar un cálculo de la UPC con suficiencia.

197. En cuanto a los otros factores mencionados por Acemi y que pueden afectar la suficiencia de la UPC indirectamente, como la devaluación de la moneda y la inflación, que en efecto ha sido una de las más elevadas que ha registrado el país en los últimos 24 años sobresaliendo incluso entre las más altas de Latinoamérica³⁷⁹, cabe mencionar que la Sala desconoce cómo realmente se verá afectado el poder adquisitivo de la moneda y cómo repercutirá en la prestación de los servicios por parte de las EPS, y por ello es necesario hacer un llamado al Gobierno para que anticipe las consecuencias negativas que podrían surgir de estos, antes de que termine el año con cifras desalentadoras.

198. En relación con lo descrito, ha de citarse que la Procuraduría General de la Nación indicó que se estaba generando una crisis en el sistema de las EPS, que “impacta directamente la sostenibilidad del sistema de Salud, afectándose con ello, los derechos fundamentales de la población y desconociendo los avances que ha tenido el sistema”. Aludió a que el no pago de la UPC afecta directamente a las entidades a cargo de la prestación del servicio sino a toda la cadena de proveedores de bienes y servicios, lo que podría poner en riesgo la prestación de los servicios médicos³⁸⁰. Permitir que esta situación avance y se agrave puede derivar en una nueva deuda y un situación que desembocaría sin duda alguna en una nueva crisis en el sistema de salud que, hasta hace unos meses prometía el saneamiento de las deudas con los actores del salud.

199. Ahora, Acemi aludió a la apreciación de la Contraloría según la cual los datos contenidos en los tableros de información de la DES-CDSSCGR “sugieren que la diferencia entre los ingresos y costos de los códigos seleccionados, indicarían una suficiencia de la UPC; pero que al incluir el tope máximo permitido de gastos de administración (8% para régimen subsidiado y 10% para régimen contributivo), sí resulta en diferencias negativas para algunas EPS/CCF, lo cual podría deberse a una insuficiencia de la UPC”, para resaltar que estos ejercicios son de caja, es decir movimientos de tesorería que de ninguna manera reflejan la suficiencia de la UPC adecuadamente. De este modo consideró incompleto el análisis de la entidad al incluir únicamente una cuenta de costo. Sin embargo, la Sala encuentra que las apreciaciones del ente de control no se dirigen a afirmar que la suficiencia se establezca únicamente a partir de la diferencia entre los ingresos y los costos de los códigos seleccionados, aunque sí puede verse afectada por esta.

200. Sobre el valor de la prima, Acemi explicó que debe acudirse a un estudio actuarial ya que establecer dicho monto implica un cálculo de probabilidades con el que se busca estimar para la vigencia correspondiente, es decir hacia el futuro, cuántas atenciones de salud requerirá cierta población con unos riesgos posibles de enfermarse y qué severidad van a tener, sin desconocer que las características de la población van cambiando con el paso del tiempo, pero además son dinámicas. En este sentido, estimó que para establecer el monto de la UPC debe tenerse en cuenta lo que se requerirá a futuro y no solo el histórico del uso de los recursos.³⁸¹

201. Partiendo de lo anterior, puede anotarse como ejemplo que, los cambios socioeconómicos que ha sufrido el país con ocasión de la declaratoria de la pandemia por Covid-19, o aquellos que han recaído sobre el PBS con la inclusión de más servicios y tecnologías que en un inicio fueron financiados con los presupuestos máximos y luego

³⁷⁹ <https://www.portafolio.co/economia/finanzas/inflacion-en-colombia-ipc-mas-altos-en-america-latina-a-enero-de-2023-578635>.

³⁸⁰ <https://twitter.com/NoticiasCaracol/status/1601018250342506497?t=4cSaxeu2sZAS5tgvLBooQw&s=08>.

³⁸¹ Acemi 2 de agosto de 2022. Pág. 4.

pasaron a cubrirse con la UPC, entre otros, afectan sin duda alguna los cálculos de la UPC que ahora debe reconocer estas atenciones en salud, las primeras como endémicas y las segundas en virtud de la actualización que en cada vigencia va sufriendo el PBS, lo que sin duda alguna puede afectar su suficiencia.

202. En parecer de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral la insuficiencia de la prima pura de riesgo genera dificultades para la sostenibilidad del aseguramiento en condiciones de calidad. Por esto, reconoció el esfuerzo del MSPS de incluir nuevas variables de ajuste a la estimación de la UPC para mejorar su predicción y asegurar la debida financiación del seguro. En este sentido, resaltó la importancia de contar con información detallada sobre las características de la población afiliada y sobre el tipo de servicio que usan, lo que en parecer de la Sala sigue implicando mecanismos para alcanzar actualizaciones en línea o más oportunas en el tiempo, lo que permitirá estimar de mejor manera la cantidad de atenciones que podrían requerirse en la vigencia para la cual se calcula el valor de la prima, en otras palabras, con mejor información.

203. Aunque Acemi advirtió lo descrito como un avance, también puso de presente que no se han evidenciado medidas que ayuden a solucionar la insuficiencia de la UPC y que el estudio para el cálculo del valor de la prima para el 2022 “no necesariamente responde a una correcta estimación de los gastos en salud para el año de aplicación por temas como:”

“- El cambio en los patrones de consumo de las tecnologías no UPC incluidas en el PBS. Las frecuencias de uso de tecnologías que se financian con recobros tienden a aumentar con su inclusión en el PBS con cargo a la UPC.

- El impacto en el consumo de las poblaciones provenientes de EPS liquidadas. En muchos casos al llegar a la EPS receptora, esta población requiere de servicios que no eran suplidos por la EPS origen, lo cual genera un aumento en las frecuencias de consumo que no fueron tenidas en cuenta en el cálculo, y que es superior a la frecuencia habitual de la EPS que los recibe.”³⁸²

204. Ahora, previo a iniciar la vigencia del 2023, nuevamente se evidenció el riesgo que correría el goce efectivo del derecho a la salud ante la deficiente actualización y aumento del valor de la UPC. Así, varios actores del sector salud aludieron al tema y consideraron que podría ser insuficiente y desigual, en relación con el monto de la prima para el RC, el valor otorgado a la UPC del RS³⁸³, entre otras cosas, por el “crecimiento en las frecuencias de uso, cuyo promedio proyectado a diciembre del 2022 se estimó en 17” y en el 2021 “se ubicó en 14; y el número de atenciones en salud”, que para el 2022 había crecido en 30 por ciento respecto del 2021³⁸⁴.

205. Por otro lado, respecto a la orden de verificar si existe nexo causal entre el detrimento patrimonial de las EPS y el valor de la prima, la Contraloría puso de presente que en diciembre de 2021 “se consolidó el plan de trabajo de la Dirección de Estudios Sectoriales de la Contraloría Delegada para el Sector Salud enmarcado en el Plan de Vigilancia y Control Fiscal Macro (PVCMA) y el plan de acción institucional, en el cual se estableció la realización de 11 estudios sectoriales”, y que dentro de estos se incluyó el análisis de suficiencia de la UPC y su posible incidencia en un eventual detrimento patrimonial, no obstante, que tan solo hasta finales de 2022 se obtendrían resultados³⁸⁵; sin embargo, manifestó que la entrega final del estudio estaría prevista inicialmente para el mes de noviembre de 2022, y con base en este se podrán obtener resultados confiables y precisos con relación a la suficiencia de la prima³⁸⁶.

³⁸² Acemi 12 de octubre de 2022, folio 2.

³⁸³ <https://www.semana.com/salud/articulo/se-fijo-la-upc-para-este-2023-las-eps-del-regimen-subsidiado-no-están-totalmente-de-acuerdo-con-lo-impuesto-por-el-minsalud/202201/>, <https://gestarsalud.com/2022/12/30/comunicado-gestarsalud-destaca-aumento-igualitario-de-la-upc-para-el-2023-pero-persisten-inquietudes/>.

³⁸⁴ <https://gestarsalud.com/2022/12/21/los-argumentos-para-advertir-un-riesgo-en-la-insuficiencia-de-la-upc-2023/>.

³⁸⁵ Contraloría General de la República, 05 de julio de 2022, págs. 7-8.

³⁸⁶ Contraloría General de la República, 05 de julio de 2022, págs. 9-10.

206. La Sala reconoce avances como el fortalecimiento de las plataformas SIREPS y PISIS, la inclusión de nuevos ajustadores de riesgo por condiciones de salud, la proyección del mecanismo de incentivos para optimizar los factores predictivos y avances para establecer el cálculo de la UPC, que los estudios verifiquen el equilibrio de los recursos disponibles para el aseguramiento en salud para cubrir la prestación de estos servicios y tecnologías en relación con los cambios epidemiológicos³⁸⁷ y que en efecto, la UPC del RS se haya calculado con información propia del régimen, aunque aún no se conozcan los resultados de estos cambios.

207. Con seguridad, el MSPS ha propendido por acercarse a los objetivos planteados, alcanzar la suficiencia de la UPC y contar con información representativa para su demostración, no obstante, como se mencionó, es importante que estos procesos se mantengan en el tiempo y continúe su aplicación bajo el nuevo Gobierno, lo que depende ahora de las modificaciones que puedan aprobarse con ocasión del proyecto de ley de reforma a la salud, y que sin duda serán analizados, pues la Sala respetuosa de las competencias del rector de la política pública, de ninguna manera ha exigido la implementación de mecanismos puntuales para alcanzar los fines propuestos y por lo mismo tendrá que evaluar las nuevas directrices en la materia.

208. Cabe mencionar que, el ente ministerial manifestó que las actualizaciones del PBS logran garantizar que el monto establecido cubra las necesidades en salud de la población y que la diferencia entre los valores de la UPC del RC y la del RS está dada por las condiciones de operación de cada régimen y la población cubierta, y que no se tiene referencia de ningún estudio que determine que la diferencia entre las primas genere desigualdad de condiciones frente a la demanda de servicios.

209. Sin embargo, la Sala resalta que el efecto colateral de la suficiencia es que no haya desigualdad y por ello se busca establecer si el valor es suficiente, mas no, si el valor genera desigualdad, porque esta podría no presentarse si se tiene en cuenta que por ley, el operador en salud está obligado a prestar todos los servicios y tecnologías en salud cubiertos por la UPC y ello podría afectar también su sostenibilidad financiera si la UPC no es suficiente. Ahora, que no existan estudios que reflejen que la diferencia entre las primas genera desigualdad, no significa que el Ministerio no debe desplegar las investigaciones necesarias para establecer en mejor medida si esta brecha comporta insuficiencia y por ende pone en riesgo el goce efectivo del derecho a la salud.

210. Ahora bien, en enero de 2023 la SNS emitió un comunicado confirmando que las deudas de las EPS ascienden a \$23,3 billones, de los cuales: “\$16,6 billones corresponden a las EPS activas en el sector, \$1,7 billones a las EPS liquidadas y \$5 billones a las EPS en liquidación, cifras que pueden presentar variación como consecuencia del proceso de reconocimiento y pago de acreencias que adelantan los agentes liquidadores designados por la Entidad y de la revisión del reconocimiento y pago de acreencias de las 102 EPS liquidadas entre el 2003 y el 2015 que no habían sido tomadas en consideración”³⁸⁸.

211. Atendiendo a lo descrito, la Corte resalta que no ha exigido al ente ministerial la implementación de metodologías de cálculo concretas que se basen en modelos de evaluación de efectividad y solo se ha centrado en los resultados obtenidos con las medidas implementadas, más que en los procesos desplegados para alcanzar dichos objetivos, por ello la importancia de que los resultados se mantengan independientemente de los cambios metodológicos en el cálculo de la UPC.

212. Finalmente, se desconoce si la UPC bajo todos estos cambios es suficiente e incluso, si la información recolectada ha sido de calidad y representativa para calcular con mejor precisión el valor de la UPC-S, y como aún no se obtienen resultados ni se recolectan datos

³⁸⁷ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 113-114.

³⁸⁸ <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/comunicado-oficial-16012023>.

que permitan establecer si en efecto, la información con base en la cual se calculó esta prima fue de calidad y completa, la Sala no podrá avanzar en el análisis del comportamiento de estos cambios para establecer si se trata de resultados sostenibles en el tiempo como lo ha requerido mediante auto 411 de 2015, sostenibilidad que requiere incluso seguir calculando su valor con información propia del RS, lo que dependerá del actual Gobierno.

Suficiencia de los techos o presupuestos máximos

213. Antes de entrar en materia vale resaltar que el SGSSS migró de la figura de recobros en relación con gran parte de los servicios y tecnologías hacia los presupuestos máximos, con la finalidad de garantizar la prestación de los servicios de salud a toda la población, ya que recibiendo los recursos de manera previa a la causación del servicio podría garantizarse el goce efectivo del derecho. En segundo lugar, se planteó como objetivo eliminar los recobros como un procedimiento ineficaz y así mejorar el flujo de los recursos, aun cuando cabe advertir que tal mecanismo sigue vigente frente a una parte de los servicios y tecnologías en salud PBS, y en tercer lugar, buscó garantizar la sostenibilidad hacia futuro pues las EPS deben gestionar los recursos de manera conjunta con los de la UPC, para hacer una gestión de riesgos de manera integral.

214. En la Resolución 1318 de 2022 el Ministerio de Salud y Protección Social consignó la metodología para establecer los presupuestos máximos (PM) que se asignarían a las EPS para ambos regímenes, así como para entidades adaptadas para el segundo semestre de la vigencia 2022 y lineamientos de obligatorio cumplimiento para las EPS y para la Adres. Esto, por cuanto en el 2022 se asignaron los techos de forma fraccionada durante el primer semestre y no para todo el año, por ello, en mayo de dicha vigencia se emitieron lineamientos hasta junio de 2022 y se determinó, que la metodología para fijar el valor restante se emitiría al finalizar el plazo³⁸⁹, mientras que en el 2020 cuando se implementó este mecanismo, se calcularon los presupuestos para todo el año, aun cuando con posterioridad fue necesario ajustar los valores que efectivamente fueron entregados.

215. Significa lo anterior que, desde un inicio el mecanismo no fue aplicado como se esperaba y tasó por periodos cortos los valores que serían reconocidos, y no para la vigencia completa como se propuso desde su creación. Luego, fue necesario reajustar los mismos debido a su insuficiencia y en la actualidad, el no pago de estos reajustes comporta una nueva deuda en el sistema de salud. Justamente el 6 de febrero de 2013 se profirió la Resolución 163 de 2023 por medio de la cual se “adoptó la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo de la vigencia 2021 a asignar a las entidades promotoras de salud y a las entidades adaptadas, resultado de la revisión de que trata la Resolución 1408 de 2022”.

216. En cuanto a esto último, la suficiencia del presupuesto máximo, el Ministerio explicó que se han adelantado diferentes tipos de asistencias ante las EPS y entidades adaptadas para mejorar la información que se reporta en el cierre del ciclo de suministro de Mipres. Expresó que dicho proceso ha representado avances para que los datos superen los filtros de calidad, obteniendo en el último corte de 2021 un 98%³⁹⁰.

217. A su vez, sobre la reducción de los porcentajes de reajuste del presupuesto máximo, explicó que Mipres es la herramienta de reporte y en aras de mejorar la calidad y la complejidad de los datos en ella, desarrolló ejercicios de monitoreo y seguimiento de estos, consistentes en reuniones virtuales y presenciales con cada EPS para explicar los procesos

³⁸⁹ La Sala evidenció que para la vigencia 2021, el MSPS se vio obligado a definir una asignación para los primeros 4 meses del año que permitiera a las EPS gestionar la atención de los servicios y tecnologías financiados con cargo al presupuesto máximo, debido a que los insumos de información requeridos para establecer el valor de los techos de tal vigencia no se encontraban disponibles al 31 de diciembre de 2020, toda vez que hasta esa fecha se prestan servicios financiados con los recursos de los presupuestos. En este sentido, aunque dicho cálculo tome en consideración los valores presupuestados en la vigencia anterior, los ajustes efectuados y el incremento de la inflación proyectada por el Gobierno para el año en cuestión, ello no garantiza la suficiencia de ese valor, menos aún, cuando parte de un periodo anterior que no ha sido evaluado.

³⁹⁰ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 139.

de calidad y las mejoras requeridas en el reporte. La Sala encontró que estas acciones contribuyeron a incrementar la calidad de los registros toda vez que representaron un aumento del porcentaje de estos que superan los procesos de calidad en el sistema, tanto así que “con la información de 2021, de 15.6 millones de registros reportados, tan solo el 1,64% no superó la revisión de calidad”³⁹¹, lo que permite inferir adelantos en la información pero sobre todo, que se cuenta con mejores datos para efectuar los cálculos.

218. No obstante, que los cálculos no se efectúen de manera anticipada para toda la vigencia como estaba presupuestado desde un inicio, prende las alarmas de la Sala nuevamente si se considera que, para el 2021, tampoco fueron calculados los valores de los presupuestos máximos de todo el año y, por tanto, de entrada, solo se entregaron los montos establecidos para los primeros 4 meses, lo cual refleja la ausencia de información completa y oportuna para efectuar los cálculos de manera anticipada.

219. Sin embargo, sobre de la necesidad de contar con información apropiada que permita reducir los porcentajes de reajuste en relación con el presupuesto máximo³⁹², el ente ministerial desarrolló ejercicios de monitoreo y seguimiento a los datos, realizando reuniones con cada EPS para explicar los procesos de calidad de la información e incrementar las mejoras requeridas en el reporte, obteniendo resultados notorios, tanto que el 98% de los reportes superan los procesos de calidad, por lo que se afirmó que sí se cuenta con la información apropiada calcular el valor de los techos.

220. A pesar de lo descrito, Gestarsalud³⁹³ recordó que la información que se emplea para efectuar el cálculo de los techos, proviene del “cierre del ciclo de suministro de Mipres y aun cuando se hace monitoreo y seguimiento, con los filtros de calidad que tienen cada uno de los registros, para mejorar la calidad del dato, aún falta un tema de oportunidad para que las prestaciones de atenciones en salud sean cargadas dentro de un término menor y se pueda contar con la totalidad de registros necesarios para los cálculos de la suficiencia de los servicios y tecnologías de salud no financiadas por la UPC”. Por esto, consideró necesario continuar trabajando para que las revisiones pormenorizadas y las efectuadas a la calidad y oportunidad de la información sigan avanzando en el indicador.

221. Al respecto, el MSPS expuso que la meta es reducir los ajustes de PM y que para ello ha mejorado la calidad de la información reportada; aludió a la expedición de la Resolución 1139 de 2022 mediante la cual se redujeron las causales que permitirían ajustar al presupuesto máximo y se actualizaron las disposiciones y reglas generales de este, y se adoptó la metodología de cálculo de los techos para la vigencia 2022, en la que se plantean nuevos componentes que garantizan que los recursos asignados no requieran ajustes³⁹⁴.

222. Ahora, la Sala se cuestiona si la medida de ajuste atendiendo a como fue creada la figura de techos inicialmente, es positiva, partiendo de que el valor asignado para el ajuste de las tecnologías en salud y servicios no financiados con presupuestos máximos en 2021 ascendió a \$5,6 billones de pesos³⁹⁵, abarcando buena parte del presupuesto de dicha vigencia. Significa esto que sin ajustes entregarían los montos iniciales de techos aunados a estos valores que correspondieron al reajuste para 2021 y si las EPS consideran que no fueron suficientes no podrían solicitar un valor adicional. Sobre el tema, el Ministerio reportó que se dio mayor holgura en las estimaciones, con una mejor fuente de información y nuevos elementos que permitirían tener la tranquilidad respecto del cálculo del 2022.³⁹⁶

³⁹¹ Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022. Folio 24.

³⁹² Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 140-141.

³⁹³ Gestarsalud documento del 13 de octubre de 2022 radicado 2735. Folio 8.

³⁹⁴ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 140-141.

³⁹⁵ <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-dispuso-ajuste-parcial-de-presupuesto-maximo.aspx>. El presupuesto de 2021 ascendió a 36 billones de pesos.

³⁹⁶ Documento del MSPS con radicado 202211201544641 del 5 de agosto de 2022. Folio 63.

223. Sobre este punto, Acemi puntualizó, partiendo de la información entregada por la SNS, que existe un déficit en los presupuestos máximos, la cual deja en evidencia, según su parecer, que las EPS han asumido una siniestralidad del 171,7% y hasta superior al 200%³⁹⁷, pero con la eliminación de los reajustes a los presupuestos máximos se modificaría el supuesto déficit que las EPS pueden reportar en sus estados financieros a la SNS, teniendo en cuenta que los dineros reajustados se presentaban como ingresos en las cuentas de la vigencia siguiente, lo que permitiría reflejar una situación financiera de estas entidades más acorde a la realidad frente a la siniestralidad y el presunto déficit. El Ministerio aclaró que, para realizar el análisis desde el punto de vista financiero, se deben tomar como ingresos, costos y gastos, las cuentas relacionadas con el presupuesto máximo que la Supersalud tiene asignadas³⁹⁸.

224. Empero, sobre la suficiencia del PM, el ente ministerial expresó que las metodologías adoptadas se han basado en la información de los recobros, y se han ido adaptando a aquella disponible, y que hoy es superior frente a la de dos años atrás, lo cual ha mejorado con el reporte en Mipres, especialmente en el RS, por lo que concluyó que actualmente se cuenta con datos que se desconocían antes del 2020.³⁹⁹

225. Así mismo, sobre la fórmula de cálculo de los presupuestos máximos y los avances para que sea más exacta, manifestó que esta continúa siendo la suma producto entre los valores y las cantidades, reportados en 2021 en cada registro, de cada EPS y grupo relevante. Adujo que se introdujeron nuevos elementos que mejoran el cómputo, aunque no desarrolló los mismos.

226. En la valoración pasada, auto 109 de 2021, la Sala concluyó que aunque la metodología empleada permitía recalcular los valores reconocidos como presupuestos máximos y ello representaba un avance significativo hacia la superación de la orden, al garantizar que los montos cancelados pudieran modificarse periódicamente y ajustarse en busca de su suficiencia para cubrir la prestación de los servicios PBS no UPC, la información recolectada para su cálculo no se analizaba oportunamente previo el inicio de la siguiente vigencia, lo que no generaba confiabilidad en el cálculo que se realiza⁴⁰⁰. Esto teniendo en cuenta que al no contar con información suficiente para la vigencia de 2021 tan solo calculó los montos de los primeros meses y con posterioridad los de los demás periodos de forma fraccionada.

227. La Sala considera que el flujo de recursos debía mejorar con la entrega de los presupuestos máximos a las EPS⁴⁰¹. Sin embargo, se han identificado inconvenientes y demoras en los reajustes efectuados en los valores entregados⁴⁰², lo cual significa, por un lado, que los cálculos efectuados no son tan precisos como pretende hacerse ver y en segunda parte, que ello abriría la puerta a que las EPS reclamaran ajustes para solicitar más dinero, aun a la fecha, se han reducido las causales con forme a las cuales se puede solicitar este reajuste.

228. Al respecto, el Gerente de Salud de Compensar en entrevista con Acemi, advirtió la existencia de una distorsión entre los montos reportados por las EPS y los contenidos en las bases de datos del MSPS en relación con los servicios prestados y que deberían cubrirse con los presupuestos máximos, además de la no aplicación de la norma que permitía la

³⁹⁷ Acemi, 01 de agosto de 2022, págs. 22-23.

³⁹⁸ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, pág. 17.

³⁹⁹ Documento del MSPS con radicado 202211201765391 del 07 de septiembre de 2022, págs. 15-17.

⁴⁰⁰ Al punto que para la vigencia de 2021 no se calculó el valor para todo el año 2021 sino únicamente de manera transitoria para los primeros cuatro meses.

⁴⁰¹ Andrés Barragán Gerente de Salud de Compensar EPS aludió al respecto en <https://www.youtube.com/watch?v=iRrWdYWcPZ8&t=831s>.

⁴⁰² La metodología establecida en la Resolución 205 permitía recalcular estos montos atendiendo a las necesidades de la demanda de servicios, pues en su artículo 15 consagró que el presupuesto máximo podrá ajustarse por solicitud de revisión o ajuste de las EPS o EOC cuando, del monitoreo realizado por la Adres se encuentre que el presupuesto se superará, teniendo en cuenta la información registrada en el módulo de suministro del Mipres, la gestión de las entidades y la justificación de las formas de contratación de manera integral con la UPC, con sus respectivas notas técnicas. Cfr. auto 109 de 2021.

posibilidad de hacer reajustes, manifestando que en realidad estos no se efectuaron en el 2020, pues en concreto se realizaron uno o dos ajustes.⁴⁰³

229. Luego para el 2021, mientras se ajustaban los presupuestos máximos de dicha vigencia se efectuó un incremento del 2,4% del valor de los techos porque no se contaba con la información completa. El Gerente de Salud de Compensar también advirtió que, si bien se estaba conociendo el procedimiento y avanzando en su implementación, las EPS no podían tocar la UPC para cubrir gastos relacionados con los presupuestos máximos y si estos presentaban un desfase desde el principio de cada vigencia, pues las EPS tendrían problemas de flujo de recursos. Esto, sumado al aumento de la deuda del Gobierno con las EPS por reajuste de presupuestos máximos, conduce a la Sala a inferir que los valores entregados como presupuestos máximos no han sido suficientes, no se está calculando adecuadamente desde el inicio de cada vigencia y adicionalmente, que no se cuenta con el presupuesto para cubrir estos reajustes.⁴⁰⁴

230. Como se comentó con anterioridad, en su momento el Gobierno afirmó que no había deuda pendiente en materia de PM, pero quizá a ese momento no se habían efectuado los ajustes que en la actualidad, dan lugar a hablar de una deuda pendiente de más de 2 billones de pesos. Llegó a pensarse que el mecanismo podría evitar la generación de nueva deuda en el sector salud, pero al no ser posible establecer si el cálculo de los pagos ex ante por concepto de techos derivan de información fiel y confiable tampoco es dable afirmar lo primero.

231. Por otra parte, a pesar de que en el auto 109 de 2021 la Sala aludió a ello, no recibió ninguna referencia por parte del ministerio para demostrar mediante información técnica y confiable, que el uso integrado de los valores destinados a cubrir tanto la prestación de los servicios PBS UPC como no UPC, no afectará la suficiencia de ninguno de ellos y por ende la prestación de los mismos, esto con ocasión de lo dispuesto en la Resolución 535 de 2020 en la que se establecieron condiciones para el manejo integrado de los recursos de la UPC y de los techos a cargo de las entidades promotoras de salud, permitiendo a las mismas realizar contratos con las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud y financiarlos de manera integral con recursos de la UPC, de los presupuestos máximos, así como de los demás ingresos operacionales, con el fin de garantizar la integridad y la gestión de la prestación de los servicios de salud.

232. Actualmente, se reporta una deuda aproximada del Gobierno con las EPS por 2,6 billones de pesos por concepto de presupuestos máximos de vigencias pasadas, y si se tiene en cuenta que las entidades manifiestan emplear tanto el dinero de la UPC como el de presupuestos máximos indistintamente, como si se tratara de un mismo bolsillo, podría inferirse una afectación en la garantía de los servicios de salud cubiertos por la UPC, especialmente si estos dineros se usan para cubrir servicios que deben ser financiados por los techos. En otras palabras, el crecimiento actual de la deuda en salud está cobrando fuerza nuevamente y olvidando el esfuerzo que venía haciendo el Gobierno mediante la implementación del acuerdo de punto final dirigido a saldar en su totalidad la deuda del sector.

233. Como se mencionó, aún en febrero de 2023 se estaban cancelando montos adeudados por reajustes efectuados a los presupuestos máximos que fueron reconocidos en la vigencia de 2021, lo que en parecer de la Sala, tiene marices similares a los del procedimiento de recobros que se empleaba en su totalidad anteriormente y que afectada directamente el flujo de recursos al interior del sistema de salud justamente por la espera que representaba recuperar estos dineros ya pagados en la prestación de servicios y tecnologías en salud PBS no UPC. La Adres tardó un año “en dar cumplimiento al compromiso de cierre financiero

⁴⁰³ Andrés Barragán Gerente de Salud de Compensar EPS aludió al respecto en <https://www.youtube.com/watch?v=tRrWdYWcPZ8&t=831s>.

⁴⁰⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=tRrWdYWcPZ8&t=831s>.

por este concepto para esa vigencia, luego de la gestión presupuestal ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, quien dispuso” de los recursos para ello, atendiendo a lo manifestado por la misma entidad.⁴⁰⁵

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

235. Valoración de los avances obtenidos con ocasión de las medidas y resultados reportados

236. De todo lo expuesto es preciso concluir que el Ministerio de Salud y Protección Social mantuvo el cumplimiento medio de las órdenes impartidas en el auto 109 de 2021, toda vez que algunas de las medidas que habían sido reportadas e implementadas con anterioridad a dicha valoración, han arrojado resultados positivos.

237. De manera sobresaliente, cabe resaltar que se evidenciaron mejoras en la recolección de datos. Por una parte, en el régimen subsidiado, porque aumentó el porcentaje de información que alcanzó los requerimientos de calidad establecidos para ser tenida en cuenta en el cálculo de la UPC, al superar las mallas de validación. En segundo lugar, porque por primera vez, dicha información pudo ser empleada por el MSPS en el cálculo del valor de la prima del 2022 para dicho régimen.

238. Así mismo, en esto incidió que el ente ministerial haya llevado a cabo más reuniones y asistencias técnicas para las EPS, las DTS y las IPS, lo que derivó en una mejora de la calidad de la data entregada. Además, condujo al aumento de los reportes efectuados a través de Mipres. Al respecto algunos actores del sector salud también aludieron a que se registraron menores tiempos en los procesos de recolección de información.

239. Se encontró positiva la emisión de la Resolución 1036 de 2022 con la que se modificaron los flujos de datos, las estructuras y se convirtieron en los soportes de factura electrónica. También se observó que las actualizaciones al SAT y la posibilidad de afiliación de oficio por parte de las autoridades impide la negación de los servicios y permite registrar información de manera directa por la ET y las EPS en pro de la garantía del derecho fundamental a la salud.

240. Por otro lado, aun cuando la Sala encontró que la Adres concluyó con el pago de los reajustes efectuados a los presupuestos máximos reconocidos en el 2021, ello representó más de un año de mora para las EPS afectadas, lo que debió repercutir en su flujo de caja.

241. Frente a las pocas medidas reportadas, si bien se consideraron conducentes para alcanzar el objetivo que se persigue, cabe señalarse que sus resultados y avances aún no pueden calificarse como sostenibles en el tiempo, especialmente lo relacionado con los techos, lo que impide elevar el nivel de cumplimiento, entre otras, por su reciente implementación que ha puesto en evidencia algunos inconvenientes.

242. Así mismo, aunque se reportaron avances en varios aspectos, algunos actores insistieron en que persisten falencias, especialmente en materia de calidad, oportunidad,

⁴⁰⁵ [https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/Paginas/En-lo-corrido-de-2023,-Adres-ya-ha-reconocido-cerca-de-\\$559-892-millones-por-Presupuestos-M%C3%A1ximos.aspx](https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/Paginas/En-lo-corrido-de-2023,-Adres-ya-ha-reconocido-cerca-de-$559-892-millones-por-Presupuestos-M%C3%A1ximos.aspx).

falta de unificación y actualización de la información. Cabe resaltar que el MSPS no expuso cuál es la causa o qué razones se aproximan a establecer por qué en el RS la información recolectada es tan deficiente y difícilmente alcanza los estándares de calidad, a pesar de haberse cuestionado al respecto directamente, por lo que la Sala sigue sin conocer las razones de dicha problemática que además, no es dable dar por superada por el solo hecho de haberse calculado en el 2022, por primera vez, la UPC del RS con información propia de ese régimen. En efecto, no es posible solucionar un problema si se desconoce su causa, y el diseño de las políticas públicas debe partir de la individualización de estas falencias aún no identificadas.

243. Se reportaron diferencias en la información de referencia respecto de la identificación y los datos registrados en la BDUA, asimismo de la falta de interoperabilidad entre estas bases. De igual manera se observó la necesidad de mejor infraestructura e incluso de las capacidades del talento humano especializado en el cargue y registro de datos. Continúa sin evidenciarse que ante el no reporte o el deficiente registro de datos, las entidades responsables sean verdaderamente sancionadas o que las sanciones impuestas conduzcan a la corrección de esta conducta.

244. La Sala sigue considerando conflictivo que la única fuente de datos que nutre el cálculo de la UPC y de los presupuestos máximos provenga de las EPS, que esta no pueda ser contrastada con ninguna otra, especialmente cuando estas entidades emplean procedimientos y parámetros de recolección distintos, que no sea confiable ni completa, además de desconocer si la UPC del RS seguirá calculándose conforme a la información entregada por las EPS del mismo régimen.

245. Por otro lado, no se evidencian inversiones suficientes en tecnología, sistemas y conectividad para asegurar la disponibilidad de la data; las bases de datos siguen sin abarcar aspectos necesarios para mejorar la información que se recolecta y así establecer, entre otras cosas, una frecuencia de usos acorde a la realidad e incluso, identificar las barreras de acceso a los servicios en salud que pueden alterar estos índices, arrojando cifras distorsionadas sobre las verdaderas necesidades de la población que no accede a los servicios por obstáculos que difícilmente son expuestos.

246. Frente a esto último, la Sala encontró que son pocas las fuentes que recolectan información sobre estas barreras, como las PQRSD y las tutelas, sobre lo cual tampoco se pronunció el MSPS a pesar de haberse indagado al respecto, el cual no emite respuesta sobre medidas implementadas para desagregar la información contenida en las PQRSD y especialmente en tutelas, lo que permitiría trabajar en la eliminación de dichos obstáculos.

247. También se enfrentaron diferentes fuentes de información y se encontró disparidad en los datos entregados, poniendo en entredicho la veracidad de estos y generando dificultad para establecer conclusiones⁴⁰⁶. Si este ejercicio de valoración se dificulta para la Sala, podría asimilarse al requerido para calcular la UPC, y los presupuestos máximos, que sin duda requiere de información completa y oportuna por parte de los terceros a cargo.

248. El Ministerio tampoco fue claro en responder si los datos recogidos permiten establecer quién es responsable de la eliminación de las barreras de tipo geográfico o socioeconómico que se presentan para endilgarle de este modo responsabilidad.

249. Ante la inexistencia de un sistema único de información y la necesidad de obtener insumos de diferentes bases de datos, se encuentra que, desafortunadamente, los registros no se efectúan en tiempo real ni en línea, los datos no se mantienen actualizados y las bases de datos carecen de interoperabilidad y de estandarización, entre otros aspectos, lo que genera brechas que dan a lugar a la manipulación de información, a la pérdida de datos y a resultados que no son fieles a la realidad y las verdaderas necesidades de la población.

⁴⁰⁶ En relación con el tiempo que tarda el usuario en acceder a su cita de medicina general.

250. De igual modo, el MSPS no allegó parámetros que permitan medir y evaluar con mayor exactitud la calidad de la información contenida en las bases de datos que hacen parte o repercuten en el funcionamiento del SGSSS como le fue solicitado en el auto 109 de 2021, por lo que se instará nuevamente al ente ministerial para que cumpla con ello.

251. También cabe anotar que los resultados evidenciados derivaron en su mayoría de medidas, si bien conducentes, que fueron estudiadas con anterioridad, y aun cuando arrojaron avances en la implementación de la política, dichas mejoras no son suficientes para superar la falla estructural que dio origen a dichos mandatos o contribuir notoriamente a su superación.

252. Por último, atendiendo al objeto de las órdenes en estudio, el Ministerio no ha logrado demostrar la suficiencia del valor de la UPC en ambos regímenes, especialmente en el subsidiado, y tampoco en relación con las UPC diferencial para las EPS-I para poner en evidencia su capacidad de cubrir todos los servicios y tecnologías en salud que corresponde; que la información con la que se calculó dicho valor en el RS para las vigencias de 2022 y 2023 es confiables y completa. De igual manera, se identificaron serios problemas con los cálculos y reajustes de los presupuestos máximos desde su implementación, además de la mora en el pago de los reajustes efectuados a los techos que se reconocieron para la vigencia del 2021, los cuales tardaron más de un año en cancelarse, tal y como ocurría con los recobros.

253. En ese sentido, la Sala no encuentra que la información con base en la cual se estableció el valor de la UPC en ambos regímenes sea confiable, especialmente en el RS, por haberse calculado para el 2022 con información propia del RS, sobre todo si se tiene en cuenta que la frecuencia de usos se vio alterada con la pandemia declarada por Covid-19 y dista de la realidad por falta de información que evidencie las barreras de acceso a los servicios en salud de la población, especialmente de aquella que habita en zonas alejadas y dispersas del país con elevadas dificultades para acceder al médico, especialmente por las distancias a los centros médicos y los obstáculos para transportarse desde lo rural hasta los centros urbanos en donde se concentra la mayor oferta en salud. De igual modo, el MSPS no ha allegado estudios técnicos que pongan en evidencia la suficiencia de la UPC entregada a las EPS y que por ello, aunque la brecha entre los valores de la UPC de ambos regímenes haya aumentado ya no es necesario igualar al 95% del valor de la UPC-C el correspondiente al del RS.

Nivel de cumplimiento

254. Desde la sentencia T-760 de 2008 y los posteriores autos emitidos, se ha solicitado a las autoridades gubernamentales desplegar las acciones correspondientes para lograr el cumplimiento de las directrices impartidas en dicha providencia y se les ordenó entregar información periódica con la finalidad de comparar los resultados y avances, la cual fue remitida a la Sala dentro del término establecido.

255. En efecto, el reporte de medidas y resultados a través de la entrega de documentación periódica y uniforme permite efectuar el trabajo de seguimiento y acompañamiento en la erradicación de las falencias identificadas en el SGSSS, por esto, se resalta la importancia de atender estos criterios al enviar la información requerida.

256. Sin embargo se instará al MSPS para que se abstenga de allegar información repetida o que ya haya reportado, para que responda de manera directa los cuestionamientos elevados por la Sala o en su defecto, ponga de presente si no cuenta con la respuesta, con

la finalidad de enfocarse e identificar con mayor facilidad los inconvenientes y obstáculos que persisten en la superación de la falta estructural de que tratan las órdenes en estudio.⁴⁰⁷

257. Ahora, es pertinente aclarar que se reiterará la necesidad de dar cumplimiento a las órdenes y que ello, no comporta nuevas directrices, pero sí trazará los parámetros necesarios para que las entidades organicen de mejor forma la información que de antaño vienen remitiendo, para facilitar la referida labor, toda vez que se requiere que la misma contenga datos cuantitativos y uniformes que permitan analizar en diferentes periodos los avances obtenidos.

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

259. De este modo, la Sala advierte que mantendrá el nivel de cumplimiento de las órdenes 21 y 22 en medio, en atención a que no se registraron avances significativos dirigidos a la superación de la falla estructural y en parte, a que no es posible asegurar que los resultados evidenciados perdurarán en el tiempo. Lo anterior, aunado a que persisten falencias que no permiten asegurar la suficiencia de la UPC y de los presupuestos máximos, como se resume a continuación:

Deficiencias del sistema de información

260. Las medidas reportadas por el ente ministerial derivan en resultados que, desafortunadamente no parecen sostenibles en el tiempo y además, no solucionan las insuficiencias identificadas en del sistema de información del SGSSS, toda vez que se siguen evidenciando: (i) deficiencias en la calidad y oportunidad de la información que nutre los sistemas de información base para el cálculo de la UPC-S; (ii) que no existen sistemas de información exclusivos para recolectar información sobre las barreras de acceso a las atenciones en salud y las necesidades reales de la población afiliada, y si bien algunos de los existentes ayudan a eliminar ciertos obstáculos no recogen datos concretos sobre que permita identificar las barreras de acceso que enfrenta la población; y (iii) que la información proveniente de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del régimen subsidiado es deficiente.

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

261. A pesar de que la UPC-S fue calculada con información propia del RS, la Sala considera que el MSPS no demostró que dicha información fuera técnica y confiable para establecer dicha prima, y adicional a que no equiparó el porcentaje del valor de la prima del RS al 95% del monto establecido para la UPC-C, esta aumentó notoriamente la brecha existente entre estos valores, sin evidenciar claramente que ello haya respondido a la frecuencia real de usos al interior del RS. En el 2021 al valor de la UPC-S le faltaba un 2,06% para acercarse al 95% del valor de la UPC del RC, no obstante, para la vigencia del 2022 tuvo un retroceso que la alejó un 8.01% de la meta del 95% establecida.

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

⁴⁰⁷ Como ejemplo ilustrativo, cabe citar que mediante auto del 1 de julio de 2022 la Sala preguntó al ente ministerial sobre las medidas implementadas para desagregar la información que se obtiene a partir de las tutelas interpuestas en materia de salud e identificar y agrupar de manera precisa cada uno de los impedimentos por los cuales el usuario acudió a dicho amparo, no obstante, el ministerio respondió que el Mipres efectúa el registro de tutelas interpuestas relacionadas con recobros y que en el mes de abril de 2022 se inició la prueba piloto de la versión 3.0 con lo cual se esperaba tener la totalidad de tutelas que lleguen en referencia a pacientes del RS (Documento del Ministerio 202211201544641 de fecha 5 de agosto de 2022).

262. La Sala evidenció que el MSPS no logró demostrar ni la suficiencia de la UPC en ambos regímenes ni del valor de los presupuestos máximos, menos aún cuando pretende eliminar los ajustes de estos últimos y cuando el valor de la UPC-S aumentó la brecha de diferencia con el valor del RC, justo cuando los nuevos cambios trasladan a la UPC el financiamiento de los servicios y tecnologías en salud que en la vigencia anterior se venían financiando con los presupuestos máximos, respecto de los cuales, la información recogida para calcular su valor no es obtenida ni analizada de forma oportuna al punto que dicho valor solo se presupuesta para algunos meses de la vigencia correspondiente dejando pendientes los valores de los siguientes meses, lo que no genera confiabilidad en el cálculo que se realiza.

Órdenes a impartir en relación con los mandatos vigésimo primero y vigésimo segundo⁴⁰⁸

263. Como se mencionó, se reiterarán las órdenes provenientes desde el auto 411 de 2016 y tan solo se adicionarán algunos mandatos de conformidad con lo expuesto y evidenciado en la parte considerativa de esta valoración.

264. Por lo descrito, se reitera que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá dar cumplimiento a los puntos 1⁴⁰⁹, 2⁴¹⁰ y 5⁴¹¹ del numeral quinto de la parte resolutive del auto 411 de 2016 de conformidad con el alcance señalado en el auto 109 de 2021 y remitir un informe a más tardar, cada 6 meses a partir de la notificación de este auto en el que se evidencien las medidas, resultados y avances obtenidos en la materia, de conformidad con lo expuesto.

265. Así mismo, se reiterará la orden impartida en la resolutive cuarta del auto 109 de 2021 para que el ente ministerial “establezca unos indicadores que permitan al regulador avanzar en la consecución de un sistema de información con datos suficientes y de calidad a partir de los cuales se efectúe un cálculo más preciso de la UPC en ambos regímenes”.

266. Los indicadores deben ser oportunos, excluyentes, claros, explícitos, sensibles y verificables y al momento de su redacción, es necesario precisar qué elementos serán objeto de medición y el contexto para ello, eliminarse las expresiones ambiguas o que permitan una doble interpretación, la especificidad de los términos (periodo de ejecución) en relación con el tipo de dato que requiere ser examinado con el indicador.⁴¹²

267. Se ordenará al Ministerio de Salud que dentro de los 15 días siguientes a la comunicación de esta providencia informe sobre la supuesta existencia de crisis en el sistema de salud puesta de presente por la Procuraduría General de la Nación, de conformidad con lo expuesto en los f.j. 199.

⁴⁰⁸ Gran parte de este capítulo es extraído del auto 109 de 2021 y tan solo se efectuaron algunas modificaciones y ajustes atendiendo a la parte considerativa de esta valoración.

⁴⁰⁹ “(i) Adoptar las medidas necesarias y emitir la reglamentación que considere pertinente para solucionar las deficiencias del sistema de información”, “(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” y “(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 [...]”.

⁴¹⁰ En resumen, la Sala ha precisado hasta la fecha que el MSPS debe seguir adoptando adopte las medidas y emitiendo la reglamentación que considere pertinente para que el porcentaje de equiparación de la UPC del RS se mantenga equiparado en un 95 % en relación con el del RC atendiendo a lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia y de seguir reduciendo esta brecha hasta tanto, se demuestre la suficiencia de la UPC del RS.

⁴¹¹ El MSPS deberá garantizar a través de la regulación que sea expedida para el efecto y de la implementación de la política pública pertinente, no solo que la definición de la UPC para ambos regímenes alcance el nivel de suficiencia necesario para financiar el PBS, sino también que el valor de los techos sea suficiente para cubrir la prestación de los servicios y tecnologías en salud PBS no UPC, de forma que cubra todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados del plan de beneficios, y que permita amparar el acceso a todos los servicios y tecnologías en salud necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible. Lo anterior, sin olvidar que no puede sacrificar la prestación y la efectividad del derecho a la salud, so pretexto de la sostenibilidad financiera.

⁴¹² Cfr. autos 373 de 2016 y 331 de 2019 sobre indicadores de goce efectivo de derechos de la población desplazada, en el marco del seguimiento a la superación del Estado de Cosas Inconstitucional declarado en Sentencia T-025 de 2004.

268. De igual forma la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General de la República deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en el numeral quinto de la parte resolutive del auto 109 de 2021.⁴¹³

269. Además se ordenará a la Contraloría General de la República, tal como fue estipulado en el auto 411 de 2016, continuar (i) con las investigaciones correspondientes para verificar que las EPS están destinando de manera adecuada los recursos del sistema de salud, (ii) con las investigaciones correspondientes para verificar si existe un nexo causal entre el detrimento patrimonial de las EPS y el valor de la prima asignada a cada una de esas entidades, con el fin de determinar si el primero es consecuencia de la insuficiencia de la UPC. Esto deberá hacerse respecto de cada una de las EPS de ambos regímenes; y (iii) reportar cada 6 meses a partir de la notificación de este auto, sobre los avances obtenidos en los numerales anteriores.

270. Adicionalmente se pedirá a la Contraloría que allegue el estudio señalado en numeral 23.3 del acápite de los antecedentes de esta providencia.

271. Finalmente, ordenará a la Superintendencia Nacional de Salud, tal como fue estipulado en el auto 411 de 2016 y reiterado en el auto 109 de 2021, continuar con las investigaciones correspondientes para verificar (i) si existe una incidencia negativa en la prestación de los servicios de salud la liquidación de las EPS que salieron del sistema en los últimos tres años, y las consecuencias que ello eventualmente generaría en la definición de la Unidad de Pago por Capitación y (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. Esto deberá hacerse respecto de cada una de las EPS de ambos regímenes; (iii) reportar cada 6 meses a partir de la notificación de este auto, sobre los avances obtenidos en los numerales anteriores.

272. Los informes que las entidades remitan, a partir de la notificación de la presente providencia serán semestrales y deberán contener siempre la misma estructura, en los que expongan las medidas implementadas y los resultados obtenidos con cada una de ellas, con las cifras que sean necesarias para evidenciar los cambios (de haber lugar a ellas), sin perjuicio de que puedan reportar la información adicional que consideren pertinente, de manera que faciliten la comparación de los datos entregados por cada periodo para dar cumplimiento a lo ordenado en la sentencia T-760 de 2008 y el auto 411 de 2016.

273. En mérito de lo expuesto, la Sala Especial de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008,

III. RESUELVE:

PRIMERO: Declarar el CUMPLIMIENTO MEDIO de las órdenes vigésimo primera y vigésimo segunda impartidas en la sentencia T-760 de 2008.

SEGUNDO: Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que adopte las medidas necesarias para dar cumplimiento a lo dispuesto en los numerales vigésimo primero y vigésimo segundo de la parte resolutive de la sentencia T-760 de 2008 y en consecuencia, de los puntos 1, 2 y 5 del numeral quinto de la parte resolutive del auto 411 de 2016, de conformidad con el alcance señalado en el auto 109 de 2021 y que remita un informe cada 6 meses a partir de la comunicación de este auto, atendiendo a lo dispuesto en los numerales 264 a 269 y 274 de la parte considerativa.

⁴¹³ QUINTO: “Ordenar a la Contraloría General de la República y a la Superintendencia Nacional de Salud para que continúen con las investigaciones requeridas en el auto 411 de 2016 y reportar cada 6 meses a partir de la notificación de este auto, sobre los avances obtenidos, atendiendo a lo consignado de los numerales 218 a 221 de la parte considerativa.”

TECERO: Ordenar al Ministerio que dentro de los 15 días siguientes a la comunicación de esta providencia informe sobre la supuesta existencia de crisis en el sistema de salud puesta de presente por la Procuraduría General de la Nación, de conformidad con lo expuesto en los f.j. 199.

CUARTO: Instar al Ministerio de Salud y Protección Social para que establezca indicadores y parámetros que permitan al ente regulador avanzar en la consecución de un sistema de información con datos suficientes y de calidad, a partir de los cuales se efectúe un cálculo más preciso de la UPC en ambos regímenes, de conformidad con lo dispuesto en los numerales 266 y 267 de la parte considerativa de esta providencia.

QUINTO: Instar al Ministerio de Salud y Protección Social para que se abstenga de allegar información repetida o que haya reportado, y responda de manera directa los cuestionamientos elevados por la Sala o en su defecto, lo ponga de presente si no cuenta con datos para atender los interrogantes que la Sala le plantee, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 257 de la parte considerativa de esta providencia.

SEXTO: Ordenar a la Contraloría General de la República y a la Superintendencia Nacional de Salud que continúen con las investigaciones requeridas en el auto 411 de 2016 y reporten cada 6 meses a partir de la comunicación de este auto, sobre los avances obtenidos, atendiendo a lo consignado en los numerales 270 a 274 de la parte considerativa de esta valoración, según corresponda.

SÉPTIMO: Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones correspondientes, acompañando copia integral de este proveído.

Comuníquese, publíquese y cúmplase,

JOSE FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado

ALEJANDRO LINARES CANTILLO
Magistrado

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General