

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

AUTO 317 DE 2010

Referencia: Invitación a la presentación de conceptos por parte de entidades académicas, sobre áreas técnicas, críticas y complejas en el seguimiento de la sentencia T-760 de 2008.

Magistrado Sustanciador:
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D.C., veintiocho (28) de septiembre de dos mil diez (2010).

La Sala Especial conformada por la Corte Constitucional para llevar a cabo el seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, integrada por los magistrados Mauricio González Cuervo, Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y Jorge Iván Palacio Palacio, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente Auto, en el que invita a algunas entidades académicas del orden nacional a realizar diagnósticos y propuestas sobre áreas técnicas y temas críticos y complejos en el seguimiento de la sentencia T-760 de 2008, con base en los siguientes

ANTECEDENTES:

1. Mediante la sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional adoptó diversas decisiones dirigidas a las distintas autoridades de regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con la finalidad de que tomaran medidas para corregir las fallas en su regulación, a partir del análisis de los casos concretos acumulados en dicha providencia.
2. Con miras a dar cumplimiento a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, las mencionadas autoridades han venido profiriendo distintos actos en la búsqueda de hacer frente a las fallas. Tanto ellas como las entidades que conforman los grupos de seguimiento y algunos actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, han allegado a la Corte informes, solicitudes y evaluaciones sobre los diferentes componentes de la política y la manera en que éstos se están ejecutando para evitar la continua vulneración del derecho.

En estas condiciones, la Sala Especial considera que se hace necesario recopilar instrumentos, información primaria y conceptos técnicos especializados para valorar de manera idónea el cumplimiento de la tutela T-760 de 2008, con el objetivo de definir si formal y materialmente se ha hecho frente a las anomalías que desconocían el goce efectivo del derecho a la salud al momento de proferirse la sentencia.

3. Así las cosas, luego de una valoración cuidadosa y en orden a la consecución de opiniones especializadas que brinden la mayor transparencia e imparcialidad posible, la Sala encuentra necesario contar con el aporte de las universidades, los grupos de investigación conocedores de este campo y los grupos de seguimiento reconocidos, para que precisen, desde su área de influencia, cuáles han sido las condiciones formales y materiales de cumplimiento de algunas cuestiones que la Sala Especial de Seguimiento ha identificado como críticas y que requieren de un análisis especializado. Igualmente, es imperativo que estos estamentos académicos realicen sus propuestas respecto de algunos aspectos concretos que se mencionarán a continuación.

Esto permitirá a la Corte tomar decisiones frente al grado de acatamiento de sus mandatos y las anomalías que persisten, así como determinar sus causas y encontrar las posibles soluciones, a fin de asegurar el acceso a los servicios de salud de forma eficiente y oportuna a la totalidad de la población colombiana. Puntualmente, se solicitará a las universidades y grupos de investigación, que den respuesta a las preguntas que se formularán más adelante:

3.1. Interrogantes relacionados con la Orden 16. Fallas de regulación en los planes de beneficios:

En la sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional constató diferentes fallas generales de regulación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las cuales implican “... *una violación de las obligaciones constitucionales que tienen las autoridades competentes de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud para asegurar su goce efectivo...*”, que se evidencian en el incremento persistente de las acciones de tutela que buscan la protección de este derecho a través del acceso a los servicios de salud de manera oportuna, continua, eficaz y con calidad, y de acuerdo con el principio de integralidad. Estas condiciones han sido ampliamente desarrolladas por la jurisprudencia constitucional y son reiteradas por la Corte en el apartado 4.4.6.¹ de la parte considerativa de la sentencia mencionada.

¹ Recordemos en que la sentencia T-760 de 2008 se contextualizaron los principios aplicables al acceso a los servicios de salud de la siguiente manera: “*La garantía constitucional de toda persona a acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, contemplada dentro del derecho a la salud (art. 49, CP), ha sido desarrollada por la jurisprudencia constitucional, haciendo énfasis en las condiciones de calidad, eficacia y oportunidad con que las que los servicios deben ser prestados. A continuación se indicará la jurisprudencia constitucional aplicable al respecto, con el objeto de establecer cuáles son los mínimos servicios de salud a los que una persona tiene derecho constitucional a acceder, y por tanto tutelables, así*

Por esta razón, en el numeral décimo sexto de la sentencia T-760 de 2008, la Corte ordenó al Ministerio de la Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que tomaran las medidas necesarias para que los contenidos de los planes de beneficios “...*(i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente, (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud*”. Además, prescribió que adoptaran regulaciones que incentivaran a las EPS y a las entidades territoriales a garantizar a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho y que requieran con necesidad, y que desincentivarán su negación.

Esta Corporación considera importante verificar el cumplimiento material del mandato impartido en la orden décimo sexta de la sentencia T-760 de 2008, con la finalidad de establecer si efectivamente a los colombianos se les está garantizando el acceso efectivo a los servicios de salud por parte de los actores del Sistema, en las condiciones planteadas por la jurisprudencia constitucional y así identificar si se ha logrado superar, en todo o en parte, las fallas de regulación en los planes de beneficios y desincentivar la negación de servicios de salud. Por esto, requiere la respuesta de las siguientes preguntas puntuales:

3.1.1. El acceso a los servicios de salud, tanto en el Régimen Contributivo como en el Subsidiado, ¿se presenta en condiciones de oportunidad, continuidad, eficacia y calidad, y de acuerdo con el principio de integralidad, según lo descrito en el numeral 4.4.6. de la sentencia T-760 de 2008? Si no existen estas condiciones, ¿cuáles son los factores que, en mayor medida, obstaculizan la obtención de los servicios de salud en los términos descritos?

como las condiciones en que los mismos han de ser prestados. Para ello, la Sala hará especial énfasis en los algunos aspectos.

En primer lugar, se indicará que el ámbito de protección constitucional en el acceso a los servicios de salud, son aquellos que la persona requiere, según el médico tratante, sin que ello signifique que el derecho a la salud sea absoluto, ilimitado e infinito en el tipo de prestaciones cobijadas (4.4.1.). En segundo lugar, se indicará que el principal criterio para determinar cuáles son estos mínimos servicios de salud a los que una persona tiene derecho a acceder, es el concepto científico del médico tratante, aunque no de forma exclusiva, pues hay algunos casos en los que es prescindible o puede ser controvertido (4.4.2.). En tercer lugar, se enfatizará que la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud que una persona requiera, no puede ser obstaculizada por el hecho de que el servicio no esté incluido dentro de un plan obligatorio de salud; incluso en aquellos casos en los cuales la persona no pueda asumir los costos que le corresponda asumir. En esta parte se hará especial énfasis en los procedimientos establecidos a través del Comité Técnico Científico para que la entidad encargada autorice a una persona la prestación de un servicio de salud que requiera, teniendo en cuenta si carece o no de la capacidad de cubrir con el aporte que le correspondería en tal caso (4.4.3.). En cuarto lugar, se indicará cómo se solucionan los conflictos entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico cuando existen discrepancias en cuanto a si una persona requiere o no un servicio de salud que no se encuentre contemplado dentro de los planes obligatorios de salud, con el fin de establecer si tiene derecho constitucional a que se garantice su acceso (4.4.4.). En quinto lugar, se advierte que el Sistema de Salud prevé en ocasiones pagos moderadores a cargo de las personas que van a acceder a un determinado servicio de salud; éstos deben ser razonables y no pueden constituir barreras de acceso a los servicios de salud que se requieran, para quienes no tienen la capacidad económica de sufragarlos (4.4.5.). Finalmente, en sexto lugar, se reiterará, específicamente, que el acceso a los servicios de salud debe garantizarse en condiciones de oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, y de acuerdo con el principio de integralidad (4.4.7.)”.

3.1.2. La normatividad expedida por el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, ¿ha sido suficiente para incentivar la prestación de los servicios de salud incluidos en los planes de beneficios y aquellos que se requieren con necesidad, así como para desincentivar su negación?

3.1.3. ¿Qué mecanismos o ajustes, diferentes a los contemplados en la normatividad actual, propone para asegurar el acceso oportuno y efectivo de las personas a los servicios de salud incluidos en el POS o POS-S, así como aquellos que se requieran con necesidad y que no están contemplados dentro del plan de beneficios del régimen al cual se encuentran afiliadas? y ¿qué herramientas son necesarias para desincentivar la negación de los servicios de salud en los términos antedichos y para evitar las prácticas irregulares o abusivas?

3.1.4. ¿Qué criterios, estándares o indicadores y qué herramientas de medición de indicadores o fórmulas, judicialmente aplicables, pueden ser considerados por la Corte Constitucional para valorar el acceso a los servicios de salud en condiciones de oportunidad, continuidad, eficacia y calidad y de acuerdo con el principio de integralidad?

3.2. Interrogantes relacionados con las órdenes 17 y 18. Actualización de los planes de beneficios:

En relación con los contenidos de los planes de beneficios, la Corte Constitucional encontró que gran cantidad de tutelas se interponen por las dudas que surgen en su aplicación y por “... *la ausencia de mecanismos institucionales dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud para superar claramente dicha incertidumbre*”, situación que provocaba diferentes interpretaciones acerca de los servicios incluidos en el POS. Además resaltó que, a pesar de los cambios hechos a los listados, estos “... *no han sido revisados de acuerdo con los criterios que señala la ley para desarrollar esta tarea...*” como son “... *los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema*”.

Por las razones anteriores, en los numerales décimo séptimo y décimo octavo de la sentencia T-760 de 2008, ordenó a la Comisión Nacional de Regulación en Salud que, antes del 1 de febrero de 2009, realizara una “...*actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS)...*”, en la que se garantizara “...*la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud...*”, se definieran con claridad los servicios incluidos y excluidos de los planes de beneficios, respetando “...*el principio de integralidad en función de los servicios de salud ordenados y de la atención requerida para las patologías aseguradas*”. Además, le ordenó que continuara actualizando los planes de beneficios por lo menos una vez al año, de lo cual

debe presentar un informe a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación.

Atendiendo a que el proceso de actualización integral y permanente de los planes de beneficios, que de conformidad con los informes de la Comisión de Regulación en Salud fue realizado mediante los Acuerdos 003 y 008 de 2009 y 014 de 2010, implica un conocimiento técnico y especializado, se hace necesario contar con el apoyo de expertos que aporten a la Corte algunos patrones de estudio judicialmente relevantes sobre determinadas variables, a partir de los cuales pueda apropiarse el soporte para la evaluación del cumplimiento de las órdenes 17 y 18. Tales pautas deben estar soportadas en las competencias y límites de este tribunal en el seguimiento de políticas públicas. Por lo expuesto habrá de indagarse lo siguiente:

3.2.1. ¿Qué criterios, estándares o indicadores y qué herramientas de medición de indicadores o fórmulas, judicialmente aplicables, pueden ser considerados por la Corte Constitucional para valorar el cumplimiento del proceso de actualización de los planes de beneficios, teniendo en cuenta las condiciones ordenadas por la sentencia T-760 de 2008, y el contenido, la estructura y los soportes de los Acuerdos 003 y 008 de 2009 y 014 de 2010, la Guía Metodológica para la Elaboración de Guías de Atención Integral y la Guía de Diabetes Mellitus?

3.2.2. ¿Cuál fue la participación de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud en la actualización de los planes de beneficios? Los mecanismos adoptados en este proceso, ¿fueron/son suficientes y aptos para garantizar la participación real y efectiva de dichas agrupaciones?

3.2.3. El proceso de actualización de los planes de beneficios, ¿atendió las condiciones de sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud? El valor de la UPC, ¿soporta la prestación oportuna, efectiva e integral de los servicios de salud contenidos en los planes?

3.3. Interrogantes relacionados con el orden 20. Ranking de EPS e IPS por vulneración del derecho a la salud.

Continuando con las medidas para eliminar la incertidumbre acerca de los contenidos de los planes de beneficios, la Corte Constitucional también consideró importante desestimular las prácticas violatorias de derechos, pues evidenció *“que persisten en el sistema de salud entidades que vulneran el derecho a la salud de los usuarios, a pesar de sus obligaciones constitucionales, legales y reglamentarias”*, razón por la cual no se limitó a adoptar medidas para corregir las fallas estructurales del sistema y de regulación del mismo, sino que, adicionalmente, adoptó medidas *“para asegurar que la regulación premia al que cumple y sanciona al que incumple...”*.

En virtud de lo anterior, la Corte ordenó, en el numeral vigésimo de la parte resolutive de la sentencia T-760 de 2008, que el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, antes del 31 de octubre de 2008, adopten las medidas necesarias para identificar las EPS e IPS “*que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad.*”, para lo cual las citadas entidades deberán informar a la Defensoría del Pueblo, a la Procuraduría General de la Nación y a la Corte Constitucional: “*(i) cuáles son las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas; (ii) cuáles son las medidas concretas y específicas con relación a éstas entidades que se adoptaron en el pasado y las que se adelantan actualmente, en caso de haberlas adoptado; y (iii) cuáles son las medidas concretas y específicas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, de las personas que se encuentran afiliadas a las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios identificadas*”.

En cumplimiento del citado mandato, el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, allegaron informes de cumplimiento y luego de efectuar una revisión de los mismos, esta Corporación considera necesario que se dé respuesta a los siguientes interrogantes:

3.3.1. Las variables aplicadas por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, presentes en los informes allegados por estas entidades, ¿permiten definir el ranking de las EPS e IPS que con mayor frecuencia vulneran el derecho a la salud?

3.3.2. En caso de ser negativa la respuesta anterior, ¿cuáles deberían ser esas variables, teniendo en cuenta que dicho ranking debe ser útil para el ejercicio de los derechos de los usuarios y demás actores del sistema?

3.4. Interrogante relacionado con la orden 21. Unificación de planes de beneficios:

En la misma sentencia T-760 de 2008, la Corte reconoce que aunque con la actualización periódica del plan de beneficios se daría un paso importante para asegurar a las personas el acceso a los servicios de salud, esta medida resulta insuficiente, por lo que se hace necesario eliminar la diferencia entre los beneficios del régimen contributivo y los del régimen subsidiado, obligación que, según la Ley 100 de 1993, debía cumplirse antes del año 2001. Sin embargo, esta Corporación comprobó que al momento de proferirse la mencionada sentencia no existían programas ni cronogramas para alcanzar este objetivo.

Específicamente, en el caso de los menores de edad, sujetos de especial protección constitucional, la necesidad de unificar los planes de beneficios es mayor y por este motivo se ordenó a la Comisión de Regulación en Salud, en el numeral vigésimo primero de la sentencia T-760 de 2008, que antes del 1º de octubre de 2009 se llevara a cabo la equiparación de los contenidos de los Planes Obligatorios de Salud de los niños y las niñas de los regímenes contributivo y subsidiado.

Para dar cumplimiento a lo ordenado por la Corte, la Comisión de Regulación en Salud expidió el Acuerdo 004 de 2009, que previó en su artículo segundo: “... *el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado a que tiene derecho la población comprendida entre los cero (0) y los doce (12) años de edad, afiliada tanto en el esquema de subsidios plenos como en el de parciales, será el previsto por las normas vigentes para el Régimen Contributivo*”. Asimismo, mediante el Acuerdo 005 de 2009 estableció el incremento en la UPC – S, como consecuencia de la unificación.

Posteriormente, la Corte recordó que el concepto de “*niñez*” al que se refirió la orden vigésima primera de la sentencia T-760 de 2008 es el consagrado en la Constitución Política y la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, es decir, aquellas personas que no han cumplido 18 años. Por tanto, mediante el Auto 342A del 15 de diciembre de 2009, la Sala Especial de Seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008 declaró el incumplimiento parcial de este mandato y ordenó a la Comisión de Regulación en Salud y al Ministerio de la Protección Social que procedieran a dar cumplimiento estricto e inmediato a la orden mencionada, “... *en el sentido de Unificar los Planes de Beneficios para los niños y las niñas de los regímenes contributivo y subsidiado, en cuanto también comprenda a los mayores de 12 y menores de 18 años...*”.

Además, indicó que “*Hasta tanto la Comisión de Regulación en Salud –CRES- y el Ministerio de la Protección Social adopten las medidas necesarias para cumplir cabalmente con el numeral anterior, **debe entenderse que a partir del 1º de octubre de 2009, el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo cubre a los niños y las niñas de los regímenes contributivo y subsidiado, desde los cero (0) hasta los menores de 18 años...***”.

Como consecuencia del Auto 342A, la Comisión de Regulación en Salud expidió el Acuerdo 011 de 29 de enero de 2010. Vista dicha reglamentación, la Corte Constitucional estima importante verificar si actualmente todo niño, sin distinción de sexo, raza, estrato social o régimen de salud al que se encuentre afiliado, tiene acceso real y efectivo a todos los servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, por lo que se hace necesario obtener respuesta a los siguientes interrogantes:

3.4.1. Las EPS-S y las entidades territoriales, ¿están garantizando a los niños y niñas beneficiarios del Régimen Subsidiado la prestación de todos los servicios contenidos en el plan de beneficios del Régimen Contributivo? En caso de

encontrar obstáculos para el acceso a estos servicios, ¿cuáles son y qué mecanismos serían necesarios para superarlos?

3.4.2. El incremento de la UPC-S, establecido como consecuencia de la unificación de planes de beneficios de los niños y niñas, ¿fue suficiente para soportar el acceso a los servicios de salud del régimen contributivo?

3.4.3. ¿Qué criterios, estándares o indicadores y qué herramientas de medición de indicadores o fórmulas, judicialmente aplicables, pueden ser considerados por la Corte Constitucional para evaluar el acceso real y efectivo de los niños y niñas beneficiarios del Régimen Subsidiado a la prestación de servicios contenidos en el plan de beneficios del Régimen Contributivo?

3.5. Interrogantes vinculados con la orden 23. Funcionamiento de los comités técnico científicos (CTC):

A lo largo de la sentencia T-760 de 2008 se aclaró que *“Toda persona tiene el derecho constitucional a acceder a los servicios de salud que requiera con necesidad, es decir, que hayan sido ordenados por el médico tratante que ha valorado científicamente la necesidad del mismo y que el interesado no tiene para costearlo por sí mismo la capacidad económica (porque su costo es impagable por el interesado dado su nivel de ingreso o le impone una carga desproporcionada para él)”* y que *“... una EPS viola el derecho a la salud de una persona, cuando le niega el acceso al servicio con base en el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud al Comité Técnico Científico”,* desconociendo que *“Las EPS no pueden imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad”*.

Asimismo, la Corte afirmó que *“... existe un vacío en la regulación, por cuanto si el servicio de salud es distinto a un medicamento, el Comité Técnico Científico, no tiene competencia para autorizar el servicio, y por tanto, la entidad promotora tampoco. En estos casos, el medio de defensa con el que cuenta toda persona para que se le garantice su derecho a acceder a un servicio de salud que requiere, y el cual no está contemplado en el plan de servicios, es recurrir a la protección del juez constitucional, mediante una acción de tutela”*.

Advirtiendo lo anterior y en aras de hacer más eficiente la prestación de servicios de salud, la Corte ordenó a la Comisión de Regulación en Salud que adoptara *“... las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente tanto los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud (contributivo o subsidiado), diferente a un medicamento, como los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e*

intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando estas sean ordenados por el médico tratante”.

Igualmente, dispuso que el Ministerio de la Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud adoptaran, mientras se expide de manera definitiva la regulación del citado trámite interno, “... *las medidas necesarias para garantizar que se ordene a las entidades promotoras de salud, EPS, extender las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de la entidad la aprobación de un medicamento no incluido en el POS, a las solicitudes de aprobación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, distintos a medicamentos, tales como actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando éstos sean ordenados por el médico tratante, teniendo en cuenta los parámetros fijados por la Corte Constitucional*”.

En virtud de lo anterior y en el marco del proceso de seguimiento de la orden vigésimo tercera, el 8 de junio de 2010 fue proferido el auto No. 106, en el que se requirió a los Comités Técnico-Científicos de las EPS y EPS-S para que dieran respuesta a una serie de interrogantes, tendientes a identificar si la regulación expedida a la fecha ha sido o no suficiente para cumplir la finalidad de dicho mandato. A partir de lo expuesto, se requiere absolver las siguientes cuestiones, partiendo de las respuestas obtenidas de parte de los Comités Técnico-Científicos:

3.5.1. La regulación vigente, ¿es suficiente para garantizar el trámite interno para la autorización directa de los servicios No POS ordenados por el médico tratante?

3.5.2. El funcionamiento actual de los Comités Técnico-Científicos, ¿constituye garantía real para que los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud accedan a los servicios de salud que se requieran con necesidad y para controlar los posibles excesos o abusos?

3.6. Interrogantes relacionados con las órdenes 24 y 27. Procedimiento de recobro:

Al analizar el flujo de recursos dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, la Corte encontró que se habían adelantado esfuerzos para asegurar que aquel fuera oportuno hacia los prestadores de servicios de salud (IPS); sin embargo, identificó que no sucedió lo mismo en cuanto a los dineros que el Sistema debe reintegrar a los aseguradores por la prestación de servicios no POS. Principalmente, se encontró que la regulación no imprimía “... *suficiente celeridad a los procedimientos...*”, situación que comprometía la garantía de protección del derecho a la salud de los colombianos.

En consecuencia, la Corte Constitucional, en los numerales vigésimo cuarto y vigésimo séptimo de la sentencia T-760 de 2008, ordenó al Ministerio de la

Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga que adoptaran medidas para que el procedimiento de recobro efectuado por las entidades promotoras de salud ante el Fosyga y los respectivos entes territoriales sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al sistema de salud.

Atendiendo a lo ordenado por la Corte, el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 3099 de 2008, que establece una nueva reglamentación para tramitar los recobros ante el Fosyga, modificada por la Resolución 3754 de 2008 que establece, entre otras disposiciones, su aplicación para el recobro ante las entidades territoriales hasta tanto éstas adopten su propio procedimiento.

Teniendo en cuenta que el análisis de la efectividad de dichas resoluciones implica un estudio de campo, que se desarrolle en la parte más amplia posible del territorio nacional, se hace necesario solicitar:

3.6.1. ¿Cómo se está desarrollando, en lo fundamental, el procedimiento de recobro, tanto en el Régimen Contributivo como en el Subsidiado, y qué virtudes y defectos se observan en ellos?

3.6.2. La reglamentación expedida por el Ministerio de la Protección Social y aquella que ha sido proferida y aplicada por los diferentes departamentos, ¿establece un procedimiento de recobro ágil, que asegure el flujo oportuno de recursos a las EPS, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado?; ¿los pagos se realizan dentro de los plazos establecidos?

3.6.3. ¿Qué alternativas permitirían mejorar el flujo de recursos hacia las EPS e IPS dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud?

3.6.4. ¿Qué criterios, estándares o indicadores y qué herramientas de medición de indicadores o fórmulas, judicialmente aplicables, pueden ser considerados por la Corte Constitucional para evaluar la suficiencia y oportunidad del flujo de recursos a cada uno de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud?

3.7. Interrogantes relacionados con la orden 28. Cartas de Derechos de los Pacientes y de Desempeño y Calidad de las EPS e IPS:

La Corte precisó que para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud es necesario proteger “... *el derecho a recibir información sobre los derechos y los deberes que, dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, corresponden a cada uno de los actores: usuarios, estado, aseguradores y prestadores...*”. En consecuencia, ordenó al Ministerio de la Protección Social que adoptara las medidas necesarias para garantizar que, al momento de afiliación de una persona a una EPS o EPS-S, le fueran entregadas una carta con los derechos del paciente y una de desempeño y calidad de las diferentes EPS e IPS, las cuales debían ser redactadas en términos sencillos y accesibles,

de forma que se garantizara a las personas el ejercicio adecuado de la libertad de escogencia.

Dando cumplimiento a lo ordenado por la Corte, el Ministerio de la Protección Social profirió la Resolución 1817 de 29 de mayo de 2009, modificada mediante Resolución 2818 de 2009, en la cual se establecen los lineamientos y los aspectos operativos para la elaboración y entrega, por parte de las EPS y EPS-S, de las cartas de derechos del afiliado y del paciente y de desempeño de las entidades promotoras de salud. Esta normatividad señala que las mismas deben ser entregadas a partir del 1º de diciembre de 2009 a los nuevos vinculados y, dentro de los dos meses siguientes, a las personas que estuvieran afiliadas con anterioridad. Finalmente, fija como una de las consecuencias de su no suministro, o de su entrega sin el cumplimiento de los requisitos, que el afiliado pueda trasladarse de EPS o EPS-S aún cuando no haya cumplido el término mínimo establecido legalmente, por entenderse menoscabado el derecho a la libre escogencia. Allí también se indica que la Superintendencia Nacional de Salud es la entidad encargada de verificar la observancia de esta obligación.

Es evidente que el goce efectivo del derecho a recibir información sobre los derechos y deberes sólo se hace posible cuando todos los actores del Sistema cumplen sus obligaciones. No es suficiente el desarrollo de la normatividad pertinente, cuando ésta no se materializa en acciones concretas que, como en este caso, permitan a los ciudadanos acceder a una información clara, verídica y actualizada para exigir el cumplimiento de sus derechos y ejercer adecuadamente el derecho a la libre escogencia.

Bajo tales condiciones se hace necesario el desarrollo de una investigación de campo en la que se determinen las condiciones de cumplimiento de la orden vigésimo octava de la sentencia T-760 por parte de las EPS y EPS-S que actualmente funcionan en el país. En consecuencia se indaga:

3.7.1. Las EPS y EPS-S, ¿han venido haciendo entrega a todos sus afiliados de una carta de derechos del paciente y una de desempeño de las diferentes EPS e IPS que funcionan dentro del respectivo régimen? En caso afirmativo, ¿en qué momento se produce dicha entrega?, ¿corresponde su contenido a los lineamientos establecidos por la Corte Constitucional a través de la sentencia T-760 de 2008 y por el Ministerio de la Protección Social mediante la Resolución 1817 de 2009, modificada por la Resolución 2818 de 2009?, ¿dichas cartas han sido redactadas en términos sencillos y accesibles? Si no se ha venido haciendo la entrega, ¿cuáles son las causas de la omisión de dicha obligación y qué mecanismos se plantean para darle solución?

3.7.2. ¿Se han implementado mecanismos de seguimiento, mediante los cuales se verifique y garantice que los documentos que se entreguen a los usuarios sean completos, pertinentes, confiables y, sobre todo, comprensibles?

3.7.3. ¿Qué mecanismos adicionales a la entrega de las Cartas de Derechos y Deberes de los pacientes y de desempeño de EPS e IPS, asegurarían a los ciudadanos el acceso a la información necesaria para promocionar y ejercer adecuadamente sus derechos y la libertad de escogencia?

3.8. Interrogante relacionado con la orden 29. Universalización del aseguramiento:

Aunque la Corte reconoce los esfuerzos del Gobierno Nacional encaminados a la ampliación del régimen subsidiado, del análisis de algunos de los expedientes acumulados en la sentencia T-760 de 2008, concluyó que “... *el sistema de salud en el país aún no se ajusta al principio de universalidad, uno de los principios basilares de la seguridad social contemplados en el artículo 48 de la Constitución...*”, a pesar del plazo establecido en la Ley 100 de 1993, posteriormente ampliado por la Ley 1122 de 2007.

Por esta razón, ordenó al Ministerio de la Protección Social que adoptara las medidas necesarias para lograr, antes de enero de 2010, “... *la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud...*” y le indicó que en caso de que esa meta fuera imposible de alcanzar, debía justificar las razones del incumplimiento y fijar una nueva.

Puesto que el Ministerio no allegó ninguna comunicación en la que justificara la imposibilidad de lograr la universalización en la prestación de los servicios de salud, la Corte asume que, desde enero de 2010, todos los colombianos se encuentran afiliados y cuentan con cobertura efectiva y material por parte del Sistema de Seguridad Social en Salud. En este ámbito, la Corte evidencia que el Ministerio de la Protección Social sólo expidió la Resolución 2042 de 1º de junio de 2010 “*Por la cual se fijan los mecanismos y condiciones para consolidar la universalización de la afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud*”. En consecuencia se pregunta:

3.8.1. ¿Todas las personas gozan de las condiciones materiales para acceder, efectiva y oportunamente, a los beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud?; ¿la Resolución 2042 de 2010 garantiza la cobertura universal del aseguramiento? De no ser así, ¿cuáles son las principales causas que han impedido el logro de este objetivo?

3.8.2. ¿Qué criterios, estándares o indicadores y qué herramientas de medición de indicadores o fórmulas, judicialmente aplicables, pueden ser considerados por la Corte Constitucional para evaluar la implementación de la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia?

3.9. Interrogante relacionado con la orden 32. Divulgación de la sentencia:

Aunque el numeral trigésimo segundo de la sentencia T-760 de 2008 únicamente ordena la divulgación de la providencia entre los jueces de la República, esta Sala ha considerado que es necesario ampliar su difusión a la ciudadanía en general, de forma que en el cumplimiento de sus mandatos y en la discusión sobre el contenido del derecho a la salud, hagan parte cada vez más personas. Por esta razón se indaga:

3.9.1. ¿Qué alternativas se hacen necesarias para ampliar la difusión del contenido de la sentencia T-760 de 2008 y los mecanismos para materializar el goce efectivo del derecho a la salud?

3.9.2. ¿Qué criterios, estándares o indicadores y qué herramientas de medición de indicadores o fórmulas, judicialmente aplicables, se hacen necesarios y pueden ser considerados por la Corte Constitucional, para evaluar el conocimiento, por parte de la ciudadanía, de los contenidos de la sentencia T-760 de 2008, de manera tal que se garantice el goce efectivo del derecho a la salud?

4. Las universidades, grupos de investigación y grupos de seguimiento deberán manifestar la aceptación de la invitación hecha en el presente Auto, a más tardar el 20 de octubre de 2010, al correo electrónico saraeg@cor.teconstitucional.gov.co, indicando qué persona se hará responsable y sus datos de contacto, y qué preguntas habrán de abordar y responder. A través del correo electrónico mencionado podrán contactar a la Sala de Seguimiento y, en caso de ser necesario, se programarán reuniones o sesiones técnicas, personalmente o a través de videoconferencia o Internet. Asimismo, a través de este medio se determinará la estrategia idónea y más expedita para dar traslado de la información que la Sala considera importante en el desarrollo de cada cuestión.

5. En las respuestas a las preguntas planteadas y las propuestas diseñadas por cada una de las instituciones que acepten la invitación efectuada en este auto, deben tenerse en cuenta, de manera rigurosa, las competencias que ostenta la Corte Constitucional para ordenar a las autoridades competentes la realización de acciones y el desarrollo de políticas que permitan garantizar a la población colombiana el acceso efectivo a los servicios de salud.

6. Además, la invitación a las diferentes universidades, grupos de investigación expertos en la materia y grupos de seguimiento, se plantea de forma que cada uno de ellos defina el enfoque y la metodología con que dará la respuesta más completa y fidedigna a las preguntas; de esta manera, se espera obtener diferentes aproximaciones a cada uno de los puntos, lo cual dará a la Corte una visión más amplia de los problemas planteados.

Dicha información deberá hacer parte del informe final que se remita a esta Corporación al correo electrónico saraeg@corteconstitucional.gov.co, de conformidad con el siguiente cronograma, fijado a partir de unos criterios de priorización que parten de las fechas establecidas para el cumplimiento de cada una de las órdenes, la importancia que revisten en aras de garantizar el derecho a la salud de los colombianos y el hecho de contar con los suficientes elementos de información para dar respuesta a cada uno de los interrogantes:

6.1. Para preguntas contenidas en los numerales 3.3. y 3.9. de este Auto, hasta el 3 de diciembre de 2010

6.2. Para preguntas contenidas en los numerales 3.1., 3.2., 3.5. y 3.7. de este Auto, hasta el 1 de febrero de 2011.

6.3. Para preguntas contenidas en los numerales 3.4., 3.6. y 3.8. de este Auto, hasta el 1 de marzo de 2011.

En mérito a lo expuesto, la Sala Especial de Seguimiento,

RESUELVE:

Primero.- INVITAR a las siguientes universidades, grupos de investigación especializados y grupos de seguimiento, para que precisen, desde su área de influencia, cuáles han sido las condiciones materiales de cumplimiento de las cuestiones que se enumeran a continuación y que la Sala Especial de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008 ha identificado como críticas y que requieren de un análisis especializado:

1. Universidad Nacional de Colombia: Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) y Grupo de Investigación: Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud, quienes podrán presentar sus respuestas de forma conjunta o por separado.
2. Universidad de Antioquia - Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
3. Pontificia Universidad Javeriana: Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX) y Postgrados en Administración de Salud, quienes podrán presentar sus respuestas de forma conjunta o por separado.
4. Universidad de los Andes: Programa de Justicia Global y Derechos Humanos.
5. Universidad del Valle: Escuela de Salud Pública.
6. Universidad Industrial de Santander (UIS): Grupo de Investigación en Demografía, Salud Pública y Sistemas de Salud – Guindess.

7. Universidad CES: Grupo de Investigación Observatorio de la Salud Pública.
8. Universidad del Tolima: Dirección de Investigaciones.
9. Universidad de Cartagena: Vicerrectoría de Investigaciones.
10. Universidad de Caldas: Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados.
11. Universidad del Norte: Dirección de Investigaciones y Proyectos (DIP) y Centro de Estudios Regionales (CERES), quienes podrán presentar sus respuestas de forma conjunta o por separado.
12. Universidad del Cauca: Vicerrectoría de Investigaciones.
13. Universidad del Magdalena: Vicerrectoría de Investigación.
14. Universidad Surcolombiana: Vicerrectoría de Investigación y Proyección Social.
15. Universidad de Nariño: Centro de Investigaciones Sociojurídicas y Centro de Estudios en Salud (CESUN), quienes podrán presentar sus respuestas de forma conjunta o por separado.
16. Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP).
17. Grupos de seguimiento reconocidos por la Sala.

Para el efecto, por Secretaría General de esta Corporación, remítase copia del presente auto a cada una de las entidades invitadas.

Segundo.- Las entidades que acepten la invitación realizada en el presente auto deberán manifestarlo, a más tardar, el 20 de octubre de 2010 al correo electrónico saraeg@corteconstitucional.gov.co, indicando qué persona se hará responsable, sus datos de contacto y qué preguntas habrán de abordar y responder. Además, deberán enviar sus respuestas a la misma dirección electrónica, de conformidad con el cronograma establecido en el numeral 6 de la parte considerativa de este auto, acompañadas de una justificación del enfoque y la metodología utilizada para resolver los interrogantes.

Tercero.- Las preguntas a las cuales se invita a dar respuesta son las siguientes:

1. Interrogantes relacionados con la Orden 16. Fallas de regulación en los planes de beneficios:
 - 1.1. El acceso a los servicios de salud, tanto en el Régimen Contributivo como en el Subsidiado, ¿se presenta en condiciones de oportunidad, continuidad, eficacia y calidad, y de acuerdo con el principio de integralidad, según lo descrito en el numeral 4.4.6. de la sentencia T-760 de 2008? Si no existen estas

condiciones, ¿cuáles son los factores que, en mayor medida, obstaculizan la obtención de los servicios de salud en los términos descritos?

1.2. La normatividad expedida por el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, ¿ha sido suficiente para incentivar la prestación de los servicios de salud incluidos en los planes de beneficios y aquellos que se requieren con necesidad, así como para desincentivar su negación?

1.3. ¿Qué mecanismos o ajustes, diferentes a los contemplados en la normatividad actual, propone para asegurar el acceso oportuno y efectivo de las personas a los servicios de salud incluidos en el POS o POS-S, así como aquellos que se requieran con necesidad y que no están contemplados dentro del plan de beneficios del régimen al cual se encuentran afiliadas? y ¿qué herramientas son necesarias para desincentivar la negación de los servicios de salud en los términos antedichos y para evitar las prácticas irregulares o abusivas?

1.4. ¿Qué criterios, estándares o indicadores y qué herramientas de medición de indicadores o fórmulas, judicialmente aplicables, pueden ser considerados por la Corte Constitucional para valorar el acceso a los servicios de salud en condiciones de oportunidad, continuidad, eficacia y calidad y de acuerdo con el principio de integralidad?

2. Interrogantes relacionados con las órdenes 17 y 18. Actualización de los planes de beneficios:

2.1. ¿Qué criterios, estándares o indicadores y qué herramientas de medición de indicadores o fórmulas, judicialmente aplicables, pueden ser considerados por la Corte Constitucional para valorar el cumplimiento del proceso de actualización de los planes de beneficios, teniendo en cuenta las condiciones ordenadas por la sentencia T-760 de 2008 y el contenido, la estructura y los soportes de los Acuerdos 003 y 008 de 2009 y 014 de 2010, la Guía Metodológica para la Elaboración de Guías de Atención Integral y la Guía de Diabetes Mellitus?

2.2. ¿Cuál fue la participación de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud en la actualización de los planes de beneficios? Los mecanismos adoptados en este proceso, ¿fueron/son suficientes y aptos para garantizar la participación real y efectiva de dichas agrupaciones?

2.3. El proceso de actualización de los planes de beneficios, ¿atendió las condiciones de sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud? El valor de la UPC, ¿soporta la prestación oportuna, efectiva e integral de los servicios de salud contenidos en los planes?

3. Interrogantes relacionados con la orden 20. Ranking de EPS e IPS por vulneración del derecho a la salud.

3.1. Las variables aplicadas por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, presentes en los informes allegados por estas entidades, ¿permiten definir el ranking de las EPS e IPS que con mayor frecuencia vulneran el derecho a la salud?

3.2. En caso de ser negativa la respuesta anterior, ¿cuáles deberían ser esas variables, teniendo en cuenta que dicho ranking debe ser útil para el ejercicio de los derechos de los usuarios y demás actores del sistema?

4. Interrogantes relacionados con la orden 21. Unificación de planes de beneficios:

4.1. Las EPS-S y las entidades territoriales, ¿están garantizando a los niños y niñas beneficiarios del Régimen Subsidiado la prestación de todos los servicios contenidos en el plan de beneficios del Régimen Contributivo? En caso de encontrar obstáculos para el acceso a estos servicios, ¿cuáles son y qué mecanismos serían necesarios para superarlos?

4.2. El incremento de la UPC-S, establecido como consecuencia de la unificación de planes de beneficios de los niños y niñas, ¿fue suficiente para soportar el acceso a los servicios de salud del régimen contributivo?

4.3. ¿Qué criterios, estándares o indicadores y qué herramientas de medición de indicadores o fórmulas, judicialmente aplicables, pueden ser considerados por la Corte Constitucional para evaluar el acceso real y efectivo de los niños y niñas beneficiarios del Régimen Subsidiado a la prestación de servicios contenidos en el plan de beneficios del Régimen Contributivo?

5. Interrogantes vinculados con la orden 23. Funcionamiento de los comités técnico científicos (CTC):

5.1. La regulación vigente, ¿es suficiente para garantizar el trámite interno para la autorización directa de los servicios No POS ordenados por el médico tratante?

5.2. El funcionamiento actual de los Comités Técnico-Científicos, ¿constituye garantía real para que los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud accedan a los servicios de salud que se requieran con necesidad y para controlar los posibles excesos o abusos?

6. Interrogantes relacionados con las órdenes 24 y 27. Procedimiento de recobro:

6.1. ¿Cómo se está desarrollando, en lo fundamental, el procedimiento de recobro, tanto en el Régimen Contributivo como en el Subsidiado, y qué virtudes y defectos se observan en ellos?

6.2. La reglamentación expedida por el Ministerio de la Protección Social y aquella que ha sido proferida y aplicada por los diferentes departamentos, ¿establece un procedimiento de recobro ágil, que asegure el flujo oportuno de recursos a las EPS, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado?; ¿los pagos se realizan dentro de los plazos establecidos?

6.3. ¿Qué alternativas permitirían mejorar el flujo de recursos hacia las EPS e IPS dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud?

6.4. ¿Qué criterios, estándares o indicadores y qué herramientas de medición de indicadores o fórmulas, judicialmente aplicables, pueden ser considerados por la Corte Constitucional para evaluar la suficiencia y oportunidad del flujo de recursos a cada uno de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud?

7. Interrogantes relacionados con la orden 28. Cartas de Derechos de los Pacientes y de Desempeño y Calidad de las EPS e IPS:

7.1 Las EPS y EPS-S, ¿han venido haciendo entrega a todos sus afiliados de una carta de derechos del paciente y una de desempeño de las diferentes EPS e IPS que funcionan dentro del respectivo régimen? En caso afirmativo, ¿en qué momento se produce dicha entrega?, ¿corresponde su contenido a los lineamientos establecidos por la Corte Constitucional a través de la sentencia T-760 de 2008 y por el Ministerio de la Protección Social mediante la Resolución 1817 de 2009, modificada por la Resolución 2818 de 2009?, ¿dichas cartas han sido redactadas en términos sencillos y accesibles? Si no se ha venido haciendo la entrega, ¿cuáles son las causas de la omisión de dicha obligación y qué mecanismos se plantean para darle solución?

7.2. ¿Se han implementado mecanismos de seguimiento, mediante los cuales se verifique y garantice que los documentos que se entreguen a los usuarios sean completos, pertinentes, confiables y, sobre todo, comprensibles?

7.3. ¿Qué mecanismos adicionales a la entrega de las Cartas de Derechos y Deberes de los pacientes y de desempeño de EPS e IPS, asegurarían a los ciudadanos el acceso a la información necesaria para promocionar y ejercer adecuadamente sus derechos y la libertad de escogencia?

8. Interrogantes relacionados con la orden 29. Universalización del aseguramiento:

8.1. ¿Todas las personas gozan de las condiciones materiales para acceder, efectiva y oportunamente, a los beneficios del Sistema de Seguridad Social en

Salud?; ¿la Resolución 2042 de 2010 garantiza la cobertura universal del aseguramiento? De no ser así, ¿cuáles son las principales causas que han impedido el logro de este objetivo?

8.2. ¿Qué criterios, estándares o indicadores y qué herramientas de medición de indicadores o fórmulas, judicialmente aplicables, pueden ser considerados por la Corte Constitucional para evaluar la implementación de la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia?

9. Interrogante relacionado con la orden 32. Divulgación de la sentencia:

9.1. ¿Qué alternativas se hacen necesarias para ampliar la difusión del contenido de la sentencia T-760 de 2008 y los mecanismos para materializar el goce efectivo del derecho a la salud?

9.2. ¿Qué criterios, estándares o indicadores y qué herramientas de medición de indicadores o fórmulas, judicialmente aplicables, se hacen necesarios y pueden ser considerados por la Corte Constitucional, para evaluar el conocimiento, por parte de la ciudadanía, de los contenidos de la sentencia T-760 de 2008, de manera tal que se garantice el goce efectivo del derecho a la salud?

Cuarto.- Las respuestas a las preguntas planteadas y las propuestas diseñadas por cada una de las instituciones que acepten la invitación efectuada en este auto, deben tener en cuenta, de manera rigurosa, las competencias que ostenta la Corte Constitucional para ordenar a las autoridades competentes la realización de acciones y el desarrollo de políticas que permitan garantizar a la población colombiana el acceso efectivo a los servicios de salud.

Quinto.- ORDENAR a las diferentes entidades y actores del Sistema General de Seguridad Social del país, que entreguen o permitan el acceso a las universidades, grupos de investigación especializados y grupos de seguimiento, a la información de carácter público que ellos soliciten para dar respuesta a las preguntas formuladas en el presente auto, de forma oportuna y veraz. Para este efecto, por Secretaría General de esta Entidad, remítase copia del presente auto al Ministerio de la Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Defensoría del Pueblo, al Consorcio Fidufosyga 2005, a la Comisión de Regulación en Salud, al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, al Departamento Nacional de Estadística, al Departamento Nacional de Planeación y a la Contraloría General de la República.

Sexto.- Los interrogantes relacionados en el numeral tercero de la parte resolutive de esta providencia podrán ser ajustados o complementados de acuerdo a las precisiones que se presenten por cualquiera de las entidades enlistadas, previa aprobación de la Sala Especial de Seguimiento.

Comuníquese y cúmplase.

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO
Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO
Magistrado

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General