



INFORME DE RESULTADOS ACTUACIÓN ESPECIAL DE FISCALIZACIÓN

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008

021
CGR-CDDSS- No. _____
Fecha: Julio de 2014



Contralora General de la República

Sandra Morelli Rico

Vice Contralora

Ligia Helena Borrero Restrepo

Contralor Delegado Sector Social

Carlos Eduardo Umaña Lizarazo

Directora de Vigilancia Fiscal

Aba Lucía Londoño Suárez

Supervisor

Javier Alex Hurtado Malagón

Responsable de Actuación

Maritza Peláez Falla

Equipo Auditor

Sandra Ivonne Gavilán Sarmiento
Ana Modesta Pineda Pulido
Marco Antonio Tafur Barrios
Myriam Stella Gómez Angarita

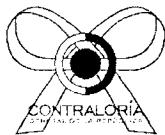


TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. PRESENTACIÓN, SINTESIS Y CONCLUSIONES	4
2. HECHOS RELEVANTES	9
3. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE CADA ORDEN	10

ANEXO RELACIÓN DE HALLAZGOS



1. PRESENTACIÓN, SÍNTESIS Y CONCLUSIONES



Bogotá DC;

Doctor

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social
Carrera 13 N° 32-76
Bogotá D.C.

Respetado señor Ministro

La Contraloría General de la República, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, Leyes 42 de 1993 y 1474 de 2011, Resoluciones 6680 y 6750 de 2012 y 7130 de 2013, practicó Actuación Especial de Fiscalización de seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008.

El objetivo general fue el de efectuar el seguimiento y evaluación a cada una de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional para verificar *In situ* el cumplimiento de la Sentencia T 760 de 2008, desde el momento en que fue proferida hasta el 31 de diciembre de 2013.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y analizada por la CGR. La responsabilidad de la Contraloría consiste en producir un informe que contenga un pronunciamiento sobre el seguimiento y evaluación de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T 760 de 2008.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las normas de auditoría gubernamental colombianas (NAGC) compatibles con las normas internacionales de auditoría – (NIA's) y con políticas y procedimientos prescritos por la CGR.

La estrategia del seguimiento se dirigió a la verificación *in situ* de los informes de cumplimiento que debió rendir el Ministerio de Salud y Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud en su momento y la Superintendencia Nacional de Salud a la Corte Constitucional y demás destinatarios señalados por esta Corporación. De igual manera, se consideraron para la evaluación, los informes de la Defensoría del Pueblo, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF- y de la Superintendencia Nacional de Salud, sobre aspectos generales y/o específicos relacionados con la Sentencia.

En el desarrollo de la Actuación se presentó como limitante la no disponibilidad por parte del MSPS y la SNS de todos los informes presentados a la Corte en atención



a lo ordenado por la Sentencia y sus autos de seguimiento, debiendo recurrir a dicha Corporación para recopilarlos. (Ordenes vigésima, vigésima sexta, vigésima octava, vigésima novena).

Las observaciones se dieron a conocer oportunamente a los responsables del cumplimiento de las ordenes, es decir al Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, quien asumió las funciones de la extinta Comisión de Regulación en Salud -CRES- y a la Superintendencia Nacional de Salud-SNS-, dentro del desarrollo de la Actuación Especial de Fiscalización y las respuestas de estas entidades fueron analizadas e incorporadas cuando se consideró pertinente.

Síntesis del Seguimiento

La Actuación Especial de Fiscalización se centró en las ordenes genéricas décima sexta a trigésima, del total de treinta y cinco impartidas en la Sentencia T-760 de 2008, en consideración a que seis de ellas correspondieron a trámites de notificaciones, comunicaciones o levantamiento de términos, que no fueron objeto de verificación y a que las específicas, de la segunda a la décima quinta, atañen a casos particulares, recogidos en las ordenes genéricas impartidas a los órganos de regulación con el fin de atacar problemas recurrentes del sistema generados en fallas en la regulación, dentro de un patrón de violación al derecho a la salud.

Los temas de las ordenes genéricas fueron: -Actualización y Unificación de planes de beneficios (ordenes décima sexta a décima octava, vigésima primera y vigésima segunda), -Recobros por servicios no cubiertos por el POS (ordenes vigésima cuarta a vigésima séptima), Identificación de EPS e IPS que con mayor frecuencia niegan servicios incluidos en el POS (orden vigésima), Carta de derechos y Carta de desempeño- (orden vigésima octava), cobertura universal y sostenible (orden vigésima novena), ampliación de competencias de Comités Técnicos Científicos (orden vigésima tercera), Negación de servicios (orden décima novena) y comportamiento de tutelas en salud (orden trigésima). La responsabilidad del cumplimiento de las órdenes estuvo en cabeza de la CRES o el CNSSS, el MSPS, el Administrador Fiduciario del FOSYGA y la SNS.

Algunas de las obligaciones generales implicaban diseño de políticas públicas requiriendo inversión de recursos y un desarrollo progresivo y otras fueron sencillas e inmediatas sin exigir un programa completo sino una acción simple. Respecto a los recursos asociados al cumplimiento de las órdenes, en su mayoría y según lo informado por las entidades responsables no fue posible diferenciarlos de los recursos propios de las funciones misionales, por lo que se efectuó un análisis global.



En el seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 la CGR evidenció regulaciones que no se ajustaron a cabalidad a lo dispuesto por la Corte o fueron insuficientes frente a la problemática (Ordenes décima novena, vigésima tercera, vigésima cuarta, vigésima séptima y vigésima octava) e incumplimiento de los términos fijados por la Corte para adoptar medidas regulatorias (ordenes décima octava, vigésima séptima, vigésima octava y vigésima novena). De acuerdo con la Sentencia, el estado debe expedir las reglas necesarias e idóneas para organizar el sistema, carecer de ellas o tener unas inadecuadas es tan grave como carecer de recursos para atender a los pacientes.

También se determinó inoportunidad en la entrega de los informes dentro de los términos dispuestos por la Corte e inconsistencias y/o deficiencias en el contenido de la información reportada a la Corte y/o a la CGR (ordenes décima octava, décima novena, vigésima segunda, vigésima tercera, vigésima cuarta, vigésima quinta, vigésima sexta, vigésima séptima, vigésima novena y trigésima), así como ineffectividad o insuficiencia de algunas medidas adoptadas, por cuanto a pesar de las acciones adelantadas, en su aplicación persiste la problemática original (ordenes décima séptima, décima novena, vigésima, vigésima primera, vigésima tercera, vigésima cuarta, vigésima séptima, vigésima octava y trigésima).

En la Sentencia se enfatiza en que una cosa es el cumplimiento formal como la entrega de informes y otra la materialización real y efectiva de la orden en procura del goce efectivo del derecho a la salud. Al respecto hay evidencias de la vulnerabilidad de las personas frente a la organización del sistema de salud, ante la persistencia de barreras para acceder en forma oportuna y de calidad a los servicios y la falta acercamiento, presencia y respaldo del Estado al usuario en su interacción con los prestadores y aseguradores. Por su parte, el ejercicio de inspección, vigilancia y control no es contundente ni conducente a la corrección de las desviaciones frente a los propósitos de la Sentencia.

Con las medidas regulatorias adoptadas en varias órdenes se cumplió con la formalidad, sin embargo hay debilidad en el seguimiento, monitoreo y evaluación del desempeño, principalmente porque los sistemas de información que soportan la materialización de las órdenes y fundamentan las decisiones de política en salud, mantienen deficiencias en cuanto a completitud, consistencia, pertinencia y calidad de los datos, sin que se evidencien medidas sancionatorias ejemplarizantes frente a los responsables de los reportes. Es el caso de información de negación de servicios en salud (orden décima novena), identificación de EPS e IPS que con mayor frecuencia niegan los servicios de salud incluidos en el POS (orden vigésima), base de datos de recobros (orden vigésimo cuarta a vigésimo séptima), información de los recursos para cubrir los servicios No POS del régimen subsidiado (orden vigésima cuarta), Registros



Individuales de Prestación de Servicios –RIPS-, Base Única de Afiliados –BDUA- e informes para la fijación de la Unidad de Pago por Capitación –UPC (órdenes décima sexta, décima séptima, décima octava y vigésima novena).

Ahora bien, pese a los avances y mejoras en los controles y validaciones del proceso de recobros, continúan aprobándose recobros por servicios prestados a personas fallecidas y pagos dobles, los cuales tienen presunta incidencia fiscal. Las medidas adoptadas no aseguran total confiabilidad en los procesos pues se presentan reconocimientos sin justa causa.

Luego de seis años de haberse proferido la Sentencia T-760 de 2008 y siendo su propósito la protección del derecho fundamental a la salud que en ese entonces se encontraba vulnerado, la mayoría de las acciones emprendidas no han sido sumarias o expeditas sino que se han dilatado en el tiempo sin que logre demostrarse claramente el cumplimiento y la superación total de las causas de la problemática en el acceso a los servicios de salud.

Conclusiones

Con base en los hallazgos contenidos en los resultados de la Actuación Especial de Fiscalización de Seguimiento al Cumplimiento de la Sentencia, la Contraloría General de la República conceptúa que las acciones y resultados obtenidos a partir de lo ordenado en la Sentencia T-760 de 2008 no se ajustan a cabalidad a los principios de eficiencia, eficacia y equidad.

En desarrollo de la presente Actuación Especial de Fiscalización, se establecieron treinta y cuatro (34) hallazgos administrativos, de los cuales dos (2) tienen presunto alcance fiscal.

Este informe será enviado a la Superintendencia Nacional de Salud, como responsable del cumplimiento de la orden vigésima.

01 AGO 2014

CARLOS EDUARDO UMAÑA LIZARAZO
Contralor Delegado para el Sector Social

Revisó: *Aba Lucía Londoño Suárez - Directora de Vigilancia Fiscal*
Javier Alex Hurtado Malagón - Supervisor
Elaborado por: *Funcionarios Designados*



2. HECHOS RELEVANTES

En la vigencia 2013 el Ministerio adoptó medidas tendientes a mejorar el trámite de recobros y el contenido del POS, sin embargo su aplicación no se dio en esta vigencia por lo cual los efectos se verán reflejados a partir del 2014.

La resolución 5395 de 2013 rediseñó el procedimiento de recobros ante el FOSYGA, incorporando la radicación web con el fin de realizar en forma previa al proceso de auditoría: la validación reglas de negocio y respuesta en tiempo real previos a radicación del recobro, generación de alertas tempranas, validación automática de la información y cotejo documental. Como etapas del proceso se definieron: -Pre radicación, Radicación, Pre auditoría y Auditoría Integral.

La resolución 5521 de 2013 define, aclara y actualiza el POS, medida positiva para el Sistema, en el sentido de incluir en el POS tecnologías que antes eran No POS y ampliar la cobertura en algunos medicamentos al incluir en la característica de “concentración”, “todas las concentraciones” y en otros casos “todas las formas farmacéuticas”, con la intención de favorecer al usuario que las requiera y disminuir los recobros.



3. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE CADA ORDEN

3.1. ORDEN DÉCIMA SEXTA

"Ordenar al Ministerio de la Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (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.

Esta regulación también deberá (i) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales.

Para dar cumplimiento a esta orden, se adoptarán por lo menos las medidas relacionadas en los numerales décimo séptimo a vigésimo tercero"

En consideración al último párrafo de la orden, el seguimiento se centró en las medidas adoptadas en las ordenes décimo séptima a vigésima tercera.

3.2. ORDEN DÉCIMA SÉPTIMA

"Ordenar a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS). Para el cumplimiento de esta orden la Comisión deberá garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud, según lo indicado en el apartado (6.1.1.2.). En dicha revisión integral deberá: (i) definir con claridad cuáles son los servicios de salud que se encuentran incluidos dentro de los planes de beneficios, valorando los criterios de ley así como la jurisprudencia de la Corte Constitucional; (ii) establecer cuáles son los servicios que están excluidos así como aquellos que no se encuentran comprendidos en los planes de beneficios pero que van a ser incluidos gradualmente, indicando cuáles son las metas para la ampliación y las fechas en las que serán cumplidas; (iii) decidir qué servicios pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión, en aras de una mayor protección de los derechos, según las prioridades en materia de salud; y (iv) tener en cuenta, para las decisiones de incluir o excluir un servicio de salud, la sostenibilidad del sistema de salud así como la financiación del plan de beneficios por la UPC y las demás fuentes de financiación.

En la definición de los contenidos del POS deberá respetarse el principio de integralidad en función de los servicios de salud ordenados y de la atención requerida para las patologías aseguradas.

Los nuevos planes de beneficios de acuerdo a lo señalado antes deberán adoptarse antes de febrero uno (1) de 2009. Antes de esa fecha los planes serán remitidos a la Corte Constitucional y serán comunicados a todas las entidades Promotoras de Salud para que sea aplicado por todos los Comités Técnico Científicos de las EPS. Este plazo podrá ampliarse si la Comisión de Regulación en Salud, CRES, expone razones imperiosas que le impidan cumplir con esta fecha, la cual, en ningún caso podrá ser superior a agosto 1 de 2009.



En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada el 1º de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual deberá garantizar también la participación directa de la comunidad médica y de los usuarios.”

Acciones adelantadas por la Entidad responsable - CRES y MSPS-

La actualización del POS se adoptó mediante Acuerdos de la CRES 003 y 008 de 2009; 014 de 2010, 25, 28 y 29 de 2011 y Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013 del MSPS.

De acuerdo con la Sentencia T-760 de 2008 los Planes de Beneficios debían actualizarse una vez al año, pero la Ley 1438 del 19 de enero de 2011, en el Artículo 25 dispuso que “El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.

Las metodologías utilizadas para definición y actualización del Plan de Beneficios deben ser publicadas y explícitas y consultar la opinión, entre otros, de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad (Sic) Social en Salud, organizaciones de profesionales de la salud, de los afiliados y las sociedades científicas, o de las organizaciones y entidades que se consideren pertinentes.

Parágrafo. El Plan de Beneficios deberá actualizarse de manera integral antes del primero (1º) de diciembre de 2011.”

Los recursos asociados al cumplimiento de la orden se incrementan del 2011 al 2014 a medida que se da la universalización, actualización y unificación del POS e igualación de primas de los regímenes contributivo y subsidiado, como se detalla a continuación.

Cuadro No. 1
Financiación POS

Cifras en millones de pesos

	REGIMEN SUBSIDIADO			
	2011	2012	2013	2014*
Universalización	5.233.341	9.113.985	11.847.937	
Unificación POS - Actualización POS	236.952	931.233	1.914.242	13.294.309
Igualación de Primas			1.802.720	
Inversiones adicionales estimadas	236.952	931.233	3.716.962	2.169.215

* Dato estimado Estudio de Sostenibilidad

	REGIMEN CONTRIBUTIVO			
	2011	2012	2013	2014*
Universalización	10.520.700	11.890.659	12.823.159	13.718.641
Inversiones adicionales estimadas	1.369.959	932.499	895.482	

* Dato estimado Estudio de Sostenibilidad - no incluye recobros No POS ni prestaciones económicas
Fuente: MSPS



Resultado del seguimiento y evaluación adelantado por la CGR

La unificación de los Planes de Beneficios contemplada desde la Ley 100 de 1993 que en su artículo 162 dispuso tanto el acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001, como la unificación progresiva en los regímenes contributivo y subsidiado hasta alcanzar la unificación total en el 2001, no se cumplió en dichos términos, por lo cual se retomó el tema en la Sentencia T- 760 de 2008, dada la proliferación de tutelas por negación de servicios y medicamentos incluidos en el POS.

Hallazgo 1- Efectividad Actualización del POS – Orden décima séptima

La actualización se dio formalmente con la expedición de los acuerdos mencionados, sin embargo y a pesar de la difusión y socialización de los mismos, su implementación e impacto en la prestación del servicio de manera oportuna y con calidad no son contundentes para el periodo evaluado (2008-2013), debido a que los contenidos del POS no siempre son suministrados con prontitud por las entidades prestadoras y aseguradoras, como lo evidencian los informes de tutelas de la Defensoría del Pueblo, de PQR de la SNS y de negaciones del MSPS. Además, la permanencia de solicitudes de recobros por tecnologías incluidas en el POS es un indicador de falta de claridad en los contenidos del mismo.

- De acuerdo con el informe “La tutela y el derecho a la salud 2012” de la Defensoría del Pueblo, de las 191.183 tutelas interpuestas en salud en la vigencia 2012, 135.606 (70,93%) obedecieron a servicios negados que se encontraban en el POS, con un incremento del 3.46% frente al 2011, como se detalla en el cuadro siguiente.

Cuadro 2

Solicitudes en tutelas de salud - Regímenes contributivo y subsidiado
Periodo 2011 y 2012

	2011		2012		Variación
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %	
Pos	131.077	67,81	135.606	70,93	3,46
No Pos	62.225	32,19	55.577	29,07	-10,68
Total	193.302	100,00	191.183	100,00	-1,10

Fuente: Defensoría del Pueblo

- Las Peticiones, Quejas y Reclamos –PQR presentadas en la vigencia 2013 ante la SNS fueron 43.513, de las cuales 3.857 (9%), corresponden a servicios incluidos en el POS. A pesar de que las actualizaciones pudieron impactar en la disminución del 2012 al 2013 de los motivos específicos de PQR por servicios contenidos en el POS, continúan presentándose negaciones y demoras en la prestación de estos servicios.

**Cuadro 3**
Reporte de las PQR - Régimen Subsidiado - Motivos Específicos POS
Vigencia 2012 - 2013

Actividad	2012	%	2013	%	Variac.	%
Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos - POS	1.226	32,0	1.323	34,3	97,0	2,3
Demora de la Autorización de procedimientos - POS	754	19,7	737	19,1	-17,0	-0,6
Demora de la autorización de - Cirugías - POS	734	19,2	1.061	27,5	327,0	8,3
Demora de Autorización de Medicamentos - POS	284	7,4	204	5,3	-80,0	-2,1
Negación para la entrega de Medicamentos - POS	281	7,3	218	5,7	-63,0	-1,7
Demora de la Autorización de Insumos - POS	186	4,9	180	4,7	-6,0	-0,2
Negación de la Autorización de Procedimientos - POS	124	3,2	52	1,3	-72,0	-1,9
Negación de la Autorización de Medicamentos - POS	85	2,2	45	1,2	-40,0	-1,1
Negación de Autorización de Cirugías - POS	61	1,6	0	0	-61,0	-1,6
Negación de Insumos médicos Hospitalarios - POS	57	1,5	0	0	-57,0	-1,5
Negación de la Autorización de Insumos - POS	35	0,9	37	1,0	2,0	0,0
Total	3.827	100,0	3.857	100,0		
	35.553		43.513			

Fuente: SNS PQR's - Régimen Subsidiado - 2012 - 2013

- Los informes de negaciones presentados por el MSPS evidencian que los médicos tratantes solicitan autorizaciones al CTC para suministrar servicios incluidos en el POS, cuando el contenido del POS debe proporcionarse sin someter al usuario a trámites adicionales.
- En las vigencias 2010 y 2011 se presentaron picos altos de glosas en los recobros radicados por prestaciones contenidas en el POS, con una disminución en las vigencias 2012 y 2013. A pesar de estas disminuciones, se mantiene una cifra importante de recobros con este tipo de glosa (\$9.776.4 millones en 2013), lo cual es un indicador de que en las entidades recobrantes no hay total claridad frente al contenido del POS y continúan solicitando recursos del FOSYGA destinados específicamente a lo no cubierto por el POS, para financiar lo que ya se les pagó a través de la UPC.

Cuadro 4

Valores glosados por contenido en POS

AÑO	CONCEPTOS		VALOR GLOSADO	Cifras en pesos
	Como consecuencia del acta de CTC o fallo de tutela se incluyen prestaciones contenidas en los planes de beneficios	Como consecuencia del fallo de tutela se incluyen prestaciones contenidas en los planes de beneficios		
2008	234.128.630		7.301.232.820	7.535.361.451
2009	14.393.824.718		3.866.260.013	18.260.084.731
2010	23.133.948.381		11.550	23.133.959.931
2011	29.632.779.351			29.632.779.351
2012	11.199.347.235		8.827.015	11.208.174.250
2013	9.776.166.216		238.200	9.776.404.416

Elaboró Equipo Auditor con base en Mapa de glosas suministrado por el MSPS

3.3. ORDEN DÉCIMA OCTAVA

"Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud la actualización de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley. La Comisión presentará un informe



anual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación indicando, para el respectivo período, (i) qué se incluyó, (ii) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, (iii) cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad, y (iv) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, de salud pública y de sostenibilidad financiera.

En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada el 1° de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Cuando sea creada la Comisión de Regulación ésta deberá asumir el cumplimiento de esta orden y deberá informar a la Corte Constitucional el mecanismo adoptado para la transición entre ambas entidades.”

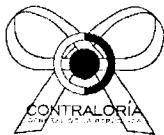
Acciones adelantadas por la CRES y Ministerio de Salud y Protección Social

Expedición de los Acuerdos 003 y 008 de 2009 de la CRES por los cuales se aclaran y actualizan integralmente los Planes de Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Posteriormente se expiden los Acuerdos 28 y 29 de 2011. Por su parte, la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 en su artículo 25 estableció que el Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.

Resultado del seguimiento y evaluación adelantado por la CGR

La actualización del POS estaba contemplada desde la Ley 100 en el parágrafo 2 del artículo 162, donde señalaba que “Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con 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”. Igualmente, la Ley 1122 de 2007 estipuló: “Artículo 7 Funciones. La Comisión de Regulación en Salud ejercerá las siguientes funciones: 1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades promotoras de Salud (EPS) garantizaran a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. 2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.” Lo contemplado en estas normas no se realizó en los términos establecidos y la frecuente negación de servicios incluidos en el POS, dio lugar a la Sentencia T – 760 de 2008, que nuevamente ordena actualización de Planes.

El Informe de seguimiento con corte 31 de diciembre de 2013, presentado el 9 de junio de 2014 por la Defensoría del Pueblo, como destinataria de los informes del MSPS en cumplimiento de la Orden décima octava, de acuerdo con su análisis y seguimiento determina cumplimiento de la orden, pero con observaciones, de las cuales se destaca lo siguiente:



- El proceso de implementación tiene un tiempo corto desde la última reglamentación, sin embargo continúan presentándose violaciones en el acceso a los beneficios del POS. En el 2013 se presentaron 454.500 tutelas, la cifra más alta desde la implementación de esta figura constitucional, adicional al reporte de negaciones realizado por las EPS, que en el mismo año fue de 297.433, un 34,68% superior al promedio de 2012.
- No es clara la forma y procedimiento con el cual se están incluyendo las sugerencias y peticiones de las inclusiones del POS a nivel nacional y local. El proceso debería hacerse más transparente y abierto, presentando públicamente los criterios con los cuales se toman las decisiones de evaluación e inclusión.
- Es absolutamente imperativo un sistema de información de seguimiento, control y evaluación ágil que permita la respuesta de los actores y propiciar: i). La actuación coordinada y oportuna de las instancias de control y, ii). Obtener resultados del comportamiento de los actores que permitan políticas regulatorias óptimas para cada proceso de inclusión.

Hallazgo 2 - Oportunidad y Contenido de Informes – Orden Décima Octava

La orden décima octava dispuso que la CRES debía presentar informe a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación. Al respecto, en el Auto del 5 de marzo de 2012, la Corte señala que "...a la fecha no obra en el expediente...prueba del envío por parte de la CRES del informe anual de cumplimiento correspondiente al año 2011 a la Defensoría del Pueblo, ni de la remisión de los respectivos informes de los años 2010 y 2011 a la Procuraduría General de la Nación...". Por su parte, la Procuraduría en el informe del 8 de agosto de 2012, Informó "...advertencia sobre el segundo informe anual que no ha sido allegado por parte de la CRES a este Ente de Control...". En consecuencia, no se evidencia oportunidad en la entrega de los informes por parte de la CRES y en el Auto citado la Defensoría del Pueblo, manifiesta "específicamente sobre la orden décimo octava... que la oportunidad en la entrega de los informes no se dio en las fechas estipuladas... como se relaciona en el oficio de marzo 14 de 2012", así:

- Segundo Informe – 31 de Julio de 2010 y fue entregado por la CRES el 04 de Mayo de 2011.
- Tercer Informe – 31 de Julio de 2011 y fue entregado por la CRES el 15 de Marzo de 2012.
- En la vigencia 2012 no se presenta actuación realizada, de acuerdo a lo mencionado en el oficio.

Los informes tampoco cumplieron con los contenidos exigidos en la Orden así: "(ii) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, (iii) cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad, y (iv) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, de salud pública y de sostenibilidad financiera.". Lo anterior se origina en deficiencias en el seguimiento y control, afectando la evaluación al cumplimiento de la orden por parte de la entidad responsable definida por la Corte.

3.4. ORDEN DÉCIMA NOVENA

"Décimo noveno.- Ordenar al Ministerio de la Protección Social que adopte medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la



Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad; (iii) indicando en cada caso las razones de la negativa, y, en el primero, indicando además las razones por las cuales no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico.

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

Acciones adelantadas por la Entidad Responsable –MSPS-

- Primer informe ordenado por la Corte radicado el 30 de enero de 2009.
- Circulares emitidas a las EPS y EPS-S - vigencia 2009.
- Emisión de Resoluciones 3173 y 3821 de 2009; 163 de 2011 que deroga las anteriores y 744 de 2012 que deroga la anterior.
- Informes de negación de servicios solicitados por la Corte: tercer y cuarto trimestre del 2011 e informe de abril de 2011 a marzo de 2012. Informes del primer y segundo trimestre del 2012 remitidos en septiembre de 2012 y del tercer trimestre de 2012 remitido en enero de 2013, así como del cuarto trimestre de 2012 remitido en marzo de 2013.
- El informe de negaciones del primer trimestre de 2013 fue remitido en julio y el del segundo trimestre se remitió en octubre del mismo año y los del tercer y cuarto trimestre de 2013 se remitieron en marzo de 2014, por lo que no se establece una periodicidad precisa para la entrega de la información a la Corte.
- Convocatoria a los representantes de gremios de las EPS en octubre de 2013 para evaluar estadísticas y comportamiento de los servicios negados.

Resultado del seguimiento y evaluación adelantado por la CGR

La Sentencia en las consideraciones iniciales dispone “...presentar un informe sobre deficiencias en el suministro de lo que si está incluido en el POS (décimo noveno)” y el Auto del 13 de Julio de 2009 confirma la problemática así: “... Aunque la Corte reconoce los esfuerzos realizados por el Estado en esta materia, considera que deja de proteger el derecho a la salud cuando permite que la mayoría de violaciones a éste se presenten en situaciones recurrentes en las cuales se obstaculiza a las personas el acceso a servicios contemplados en los planes obligatorios de salud, es decir, servicios ya financiados por estar incluidos dentro del POS”.

Hallazgo 3 - Medidas Adoptadas Orden Décima Novena

Las medidas adoptadas por el Ministerio no han solucionado la problemática señalada en la Sentencia, al no definir explícitamente y fijar disposiciones respecto a las deficiencias tanto en el suministro de lo incluido en el POS como en las autorizaciones por parte de las EPS, por cuanto el cumplimiento de la orden se



orientó al reporte de información referida al CTC, instancia que autoriza servicios NO POS.

Los campos contemplados en el anexo técnico, guía de los reportes de negaciones, han presentado imprecisiones que confunden en referencia a conceptos, instancias y trámites, de manera que este instrumento no ha sido efectivo para medir de modo confiable y diferenciado, la negación de servicios del POS, al estar diseñado para registrar negaciones de servicios **No POS**, lo cual estaba ya regulado en la Resolución 3099 de 2008, artículo 4 numeral 3º.

Así mismo, las deficiencias en la estructura normativa asociadas a la ausencia de lineamientos precisos para la definición y clasificación de los servicios negados según lo establecido por la Corte, frente a los servicios no autorizados del POS, afectan la calidad, oportunidad y suficiencia de los reportes de negaciones con deficiencias en el seguimiento y evaluación que apunten a esclarecer los motivos reales de las negaciones para tomar decisiones oportunas tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

De esta forma, el primer informe del MSPS entregado según lo señalado en la orden, se fundamentó en estadísticas sobre servicios **No POS** de entidades recobrantes correspondientes a lo dispuesto en la Resolución 3099 de 2008, razón por la cual la información no fue pertinente y no ofreció soluciones a la problemática planteada por la Corte, sobre deficiencias en el suministro de lo incluido en el POS.

La Corte en el Auto del 13 de julio de 2009 solicita al MSPS definir los lineamientos que garanticen el recibo de la información de negaciones, por lo que se expide la Resolución 3173 de agosto de 2009, modificada por la 3821 de octubre del 2009, que dispuso en su artículo 2º. "Las EPS y EOC de los regímenes contributivo y subsidiado de salud deberán reportar al Ministerio de la Protección Social del 20 al 25 de cada mes, la información contenida en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución."

En lo observado, esta norma no dispuso medidas para que la información fuera allegada a la SNS y la Defensoría, instancias señaladas en la orden como destinatarias de la información. De otra parte, no puntualizó el enfoque de los reportes con relación a los servicios del POS, presentó formato para recolección de información con dificultades para su diligenciamiento, la periodicidad de entrega de la información tampoco se ajustó a lo ordenado y no dispuso informar a la SNS sobre incumplimientos en la presentación de los reportes y en el efecto mismo de las negaciones, con el fin de que esta Entidad aplique las medidas sancionatorias correspondientes.



Además, se evidenció que la SNS recibió información según criterios expuestos en la Circular 053 del 29 de abril de 2009 expedida por ella misma, derogada por la 055 del 24 de junio, medidas que para la Corte tampoco se ajustaron a lo ordenado. Por su parte, la Defensoría del Pueblo analizó informe remitido por el Ministerio relacionando observaciones de las entidades que no enviaron los reportes o que los enviaron sin los requerimientos de la Corte y manifestó la complejidad y confusión del formato dispuesto, por lo que las aseguradoras no remitieron información. Igualmente señaló dificultades en la remisión a través de la WEB habilitada por el Ministerio para su recolección.

Aunque el Ministerio de acuerdo con la orden no era responsable de recopilar la información de negaciones, el resuelve segundo del mismo Auto dispone: "DEVOLVER al Ministerio de la Protección Social la información y documentación que hasta el momento ha sido allegada en relación con la orden 19, con el objetivo de que la misma sea ordenada y sistematizada, y se garantice que su envío cumple con las condiciones de precisión, confiabilidad y utilidad para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, conforme a la problemática planteada para esta orden en la sentencia T-760 de 2008".

Con la Resolución 163 de enero de 2011, el MSPS reguló el nuevo Registro de Servicios Negados y al igual que la anterior, omite ordenar la entrega de los reportes de negaciones a las entidades destinatarias determinadas por la Corte. Además, suprime lo dispuesto en el artículo 4º de la Resolución 3173 de 2009, sin que estipule informar a la SNS los incumplimientos para que esta aplique sanciones y el anexo técnico no clasifica la información de negaciones del POS.

En consecuencia, la Defensoría en informe de 2011 señaló que perdió el control en el seguimiento a los envíos de negaciones por parte de las EPS cuando la Resolución 163 de 2011 ordenó a las EPS que la información llegue solo al Ministerio -Dirección General de Financiamiento- y no a las Entidades dispuestas por la Corte. Por lo que se basó en los reportes emitidos por el Ministerio, que son incompletos y sobre los cuales no se realiza corrección o requerimientos cuando incumplen. De igual forma, la SNS manifestó no recibir la información de negaciones por lo que en el 2012 no reportó seguimiento, como lo referencia la Defensoría en sus informes.

Con las normas expedidas, en el Auto del 19 de agosto del 2011 se indica que: "pese a la normatividad expedida, algunas entidades radicaron la información correspondiente a la negación de los servicios en un nuevo formato, razón por la cual la información suministrada no cumple a cabalidad con los parámetros necesarios para el cague en el sistema, presentándose inconsistencias en el momento de la consolidación".

Por esta razón, la Corte en el Auto 043 del 5 de marzo de 2012 señala que el Ministerio debe: "Adoptar las medidas necesarias tendientes a que exista un flujo de información adecuado entre las EPS de ambos regímenes, la Superintendencia Nacional de Salud, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y la Defensoría del Pueblo y además señala que el Ministerio claramente omitió las instancias destinatarias para el seguimiento. Determina que el formulario para el Registro de Negación de Servicios Médicos -Resolución 163 de 2011,



tiene graves falencias en su diseño, aunado a la complejidad del mismo, por cuanto se incluyeron numerosos campos de obligatorio diligenciamiento que han hecho confuso el informe. Por tanto, ha propiciado que los aspectos que realmente deben ser evaluados pierdan trascendencia o se llenen de manera incompleta y/o incoherente". **Frente a las inconsistencias en el diseño del formato manifiesta la Corte que:** "Además, se aparta drásticamente de las variables exigidas por la sentencia, al incluir múltiples ítems que desdibujan el objetivo inicial del informe y hacen que pierda trascendencia la información que la Corte quiso rescatar en la sentencia T-760 de 2008."

Los informes de la SNS y la Defensoría del Pueblo reflejan las dificultades en el estudio de las negaciones, como consecuencia de la deficiente calidad y desorganización de la información allegada por las EPS, en virtud del formulario único creado por el Ministerio que además no permite identificar el origen y concepto de la negación. En consecuencia, la Corte ordena en el citado Auto: "REQUERIR al Ministerio de Salud y Protección Social para que (...) profiera una nueva regulación en relación con los registros de servicios negados...".

Resolución 744 del 9 de abril del 2012, a partir de lo ordenado en el Auto 043 de 2012, el Ministerio profiere esta disposición, "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las entidades promotoras de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado...", vinculando a las entidades destinatarias de la información de negaciones que había omitido en las tres normas anteriores y adopta un nuevo formato de registro de negaciones.

Nuevamente se evidencia que en su articulado no contempla disposiciones para informar a la SNS los incumplimientos de las EPS en relación con la entrega de información oportuna, con calidad y consistencia. Así mismo, el anexo técnico y la malla validadora dispuestos para evaluar los servicios negados no permiten el conocimiento total de la problemática ni las limitaciones reales en el acceso a los servicios de la salud contemplados en el POS.

En relación con la CRES, igualmente destinataria de los informes de negaciones, no se advirtió su participación, aparte de los pronunciamientos señalados por la Corte en el Auto 043 de 2012. En la respuesta del MSPS no se precisa cumplimiento de lo dispuesto en el Auto del 13 de julio de 2009, Resuelve Cuarto, relacionado con las gestiones, estudios o evaluaciones efectuadas sobre la información allegada a la CRES como consecuencia de la orden y la infraestructura humana, organizativa, material, estrategias y cronogramas dispuestos para el seguimiento.

De esta forma, la regulación del MSPS no ha sido efectiva ni precisa para definir los reportes de entrega de la información por parte de las EPS, correspondientes a negaciones de servicios contemplados en el POS, que a la fecha siguen presentando deficiencias de estructura normativa al no incluir todas las disposiciones ordenadas y ausencia de mecanismos de evaluación, seguimiento y



control, lo que no ha permitido formalizar ni organizar la recepción de los reportes de manera oportuna, sistematizada y útil, con un flujo pertinente y correctivo sobre la información de las negaciones de los servicios contemplados en el POS.

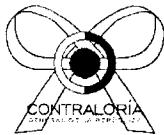
Hallazgo 4- . Efectividad Acciones Orden Décima Novena

Verificados los archivos presentados a la CGR por el MSPS, se estableció que en las vigencias 2012 y 2013 las aseguradoras presentaron los reportes de negaciones de manera extemporánea, algunas con información acumulada de varios períodos pendientes y otras no reportaron. Además, la mayoría de reportes no pasaron la malla validadora por errores de estructura, lo que ocasiona nuevos requerimientos, deficiencias en la oportunidad de entrega e ineffectividad en el método de verificación de la información. Esta situación conlleva incumplimiento de la Resolución 744 de 2012, en cuanto a los tiempos contemplados en el artículo 4º. Corrección de la información y 5º. No reporte de información, sin que existan por parte del MSPS requerimientos por incumplimiento a las EPS ni a la SNS, debido a debilidades en el seguimiento y evaluación de la información.

Ante esta evidencia, el Ministerio, manifiesta¹: “cumplimiento de las aseguradoras con relación al registro de los servicios negados”, sin embargo, la CGR, pudo constatar en la base de datos de negaciones del MSPS vigencia 2013, que las EPS no presentan las correcciones oportunamente, se identifican EPS con validación exitosa que presentaron las correcciones después de tres meses y no en 5 días como lo estipula la norma en el artículo 4º, así: “La información debidamente corregida por las EPS y EOC deberá ser presentada nuevamente (...) en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, siguientes al recibo de la solicitud de corrección.” Sin evidencia de requerimientos o reportes de incumplimiento por el MSPS, cuando las entidades desatienden lo dispuesto en la Resolución 744, artículo 5 que señala: “Se entenderá como no presentada la información del Registro de Negación de Servicios Médicos, cuando: a. Sea reportada de forma extemporánea, b. No se efectúen en debida forma las correcciones solicitadas por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y c. Tales correcciones sean presentadas fuera del término establecido en el artículo anterior.” Al respecto, la CGR evidenció que el MSPS permite que la información anteriormente mencionada sea suministrada por fuera de los términos establecidos. Además, no se determina regulación sobre las EPS registradas en la base de datos que no presentaron ningún tipo de información.

En la información del último trimestre, en octubre de 2013 el 70% de las EPS pasaron la validación, en noviembre de 2013 el 61.40% y en diciembre el 56.14%. Cabe resaltar que pasar la malla validadora dispuesta por el MSPS no significa

¹ Respuesta a la CGR del 23 de abril de 2014 radicado 201430000595161.



cumplimiento, por cuanto este instrumento solo valida el diligenciamiento de los campos y no la consistencia de la información.

Frente a las repetidas inconsistencias en los reportes de negaciones se observa debilidad en los procesos de capacitación del MSPS dispuestos en las Circulares 1336 y 1337 de 2012 y artículo 6º de la Resolución 744 de 2012, pues los resultados comunicados a la Corte² registran en la sesión de capacitación del 30 de marzo de 2012, la asistencia de solo 10 EPS del contributivo y en la segunda sesión del 3 de abril de 2012, solo 9 EPS del subsidiado, confirmando la inasistencia.

De otra parte, se constató que la revisión de la información de negaciones en el MSPS está en cabeza de la Dirección de Administración de Fondos de acuerdo a la Resolución 744 de 2012, sin embargo, es la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, quien efectúa esta revisión, lo que no guarda relación con sus funciones asignadas. Tampoco se evidencia formalmente un procedimiento institucional para adelantar la revisión y requerimientos a las EPS.

En la consistencia y calidad de la información de negaciones de servicios vigencias 2012 y 2013 del MSPS, presentan como causa “Otros Motivos” para el Régimen Contributivo, dentro del campo negaciones no tramitadas ante el CTC – NTR-, revelando en estos la existencia de solicitudes incompletas o mal diligenciadas que representan el 65.5% del total; “el servicio ya había sido tratado anteriormente” (10.8%) y “El servicio se encuentra incluido en el POS” (3.6%). Lo que ratifica la persistencia de fallas administrativas en las EPS que limitan el acceso a los servicios, sin medidas efectivas por parte del MSPS.

En los informes trimestrales de las vigencias 2012 y 2013 el MSPS presentó datos estadísticos y comparativos entre vigencias, que plantean los motivos de negación como justificados concluyendo que “... podría decirse que la casi totalidad de los servicios negados cuentan con una justificación legal, administrativa o técnica, sin que sea posible concluir que ello sea producto de una actitud negligente o deliberada de quien le corresponde autorizarlos.”

La Defensoría indica en informe de junio de 2013, en referencia a las dificultades de calidad, suficiencia y veracidad de la información “fallas en los archivos remitidos por los aseguradores”; expone falta de mecanismos regulatorios y de control para mejorar el reporte; reseña inconsistencias en la clasificación del tipo de servicio negado, mala codificación CUMS y CUPS. En este mismo contexto, la SNS en informe comparativo de negaciones de mayo de 2014, señala que: la Resolución 744 de

² En informe del 10 de abril de 2012 - Auto 043 de 2012-



2012 no se acoge a las normas vigentes en cuanto a la clasificación de los servicios negados, además indica confusión en las EPS en el diligenciamiento de la causa de la negación, fecha y acta del CTC; los errores frente al total de registros corresponden al 16% en el Contributivo y 18% en el Subsidiado, en la vigencia 2013.

Existen registros donde la negación se origina en la causa "El servicio está contenido en el POS", que ponen en evidencia, según la SNS, que el médico tratante no conoce la diferencia entre POS y No POS, lo que da lugar a un trámite innecesario para el paciente. Al respecto, la CGR no evidencia actuaciones de corrección ni sancionatorias.

Para la CGR, ante las quejas, peticiones, reclamos y tutelas de los usuarios por la falta de oportunidad y calidad en el acceso a los servicios, no es de utilidad un reporte de negaciones que no mida las barreras de acceso, si no que presente la mayoría de negaciones por "otros motivos", correspondientes al 98.5% en el 2012 y 99.3% en el 2013 en el régimen subsidiado como se detalla en el cuadro siguiente, en el cual también se observan otras negaciones por razones "justificadas" o "permitidas", cuando corresponden a situaciones que no deberían presentarse de acuerdo con las leyes y la misma Sentencia, como en el caso de negaciones por "periodos en mora" y los "servicios solicitados que corresponden al POS" que en el último caso corresponde al 77.29% para el 2013 en el régimen contributivo. Estas "negaciones" si se toman como NTR (motivos no tramitados ante CTC) obviamente estarían justificadas en la correspondencia del trámite, más no en la razón de la insuficiencia de la prestación del servicio, que estando cubierto por el POS no se concedió o se dilató, llevándolo a una instancia que no correspondía pues su aprobación debía ser directa por el médico tratante o la misma EPS.

Cuadro 5

	NEGACION DE SERVICIOS IV TRIMESTRE DE 2012 - 2013 POR TIPO DE RÉGIMEN Y MOTIVO (NTR)			
	CONTRIBUTIVO		SUBSIDIADO	
	2012	2013	2012	2013
A- Servicio solicitado es cobertura del POS	1.964	9.403	25	1
B - Médico solicitante servicio no pertenece a red EPS	13	15	19	6
C - El usuario presenta periodo de mora	230	480	0	0
D El usuario se encuentra en periodo de urgencia	156	192	0	0
E - Traslado entre EPS	6	10		
F - Cambio de régimen de seguridad social en salud	12	35	2	21
G - La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	7	37	202	67
H - Cobertura póliza de itris seguros no ha sido agotada	10	98	0	2
I- Otros motivos	5.074	1.896	16.885	14.561
TOTAL	7.472	12.166	17.133	14.658

Fuente: Informe del Ministerio Negación de servicios comparativo cuarto trimestre 2012-2013

El alto índice de "Otros motivos" deja incertidumbre sobre el impacto generado, sin certeza respecto a las razones de la disminución de las negaciones en el régimen



subsidiado frente al aumento en el contributivo, ni la eficiencia en la prestación del servicio.

Hallazgo 5 - Consistencia Información de Negaciones- Orden décima novena

El sistema de información de negaciones no ha resultado rápido y ágil ni contribuye a solucionar las debilidades de las negaciones de servicios de salud, no determina una adecuada verificación de la información reportada y de análisis de los motivos reales presentados en cumplimiento de la Orden. Después de cinco años y cuatro normas expedidas, las entidades receptoras no reciben de manera oportuna los informes de negación de servicios que deben enviar las EPS. Los reportes e inconsistencias no permiten la consolidación, unificación y análisis sobre una base de datos real, lo cual refleja en el Ministerio debilidad administrativa y deficiencias de mecanismos de evaluación y seguimiento efectivo a las causas ilegales de negaciones de servicios y solución a la problemática planteada en la Sentencia, en una decisión de política de salud.

Los informes de negaciones presentados por el Ministerio, SNS y Defensoría, evidencian inconsistencia de los datos de número de negaciones, pese a que deben recibir mensualmente la misma información por parte de las EPS en cumplimiento de la Resolución 744 de 2012.

Cuadro 6
Registro de negaciones vigencia 2013
INFORMES DE NEGACIONES

<u>MINISTERIO</u>	<u>SNS</u>	<u>DEFENSORIA</u>
264.364	293.694	284.915

Fuente: Informes presentados por cada una de estas entidades a la Corte Constitucional.

La cifra del MSPS registrada en la tabla anterior, tomada de los informes presentados a la Corte vigencia 2013, no coincide con la registrada en la base de datos entregada a la CGR que contiene 385.684 registros de negaciones.

Cuadro 7
Registro de negaciones vigencia 2013
BASES DE DATOS

<u>MINISTERIO</u>	<u>SNS</u>	<u>DEFENSORIA</u>
385.684	293.701	101.706

Fuente: Base de datos de cada entidad con corte a 31 de diciembre de 2013.

Respecto de las diferencias señaladas, la CGR observa en las bases de datos, que las 62 EPS registradas reportan información diferente a cada una de las



entidades destinatarias, las fechas de radicación con relación al período reportado no coinciden para las entidades destinatarias, la misma EPS reporta primero al MSPS y posteriormente o meses después a la SNS. En otros casos, no se reporta al MSPS pero a las otras entidades si se allega información de negaciones. En ninguno de los casos coinciden el número de negaciones y tampoco hay pronunciamientos ni evidencias de sanciones por las inconsistencias e incumplimientos de las EPS, lo que evidencia falta de comunicación entre las entidades destinatarias y de seguimiento y control a la información de negaciones.

Tampoco se evidencia articulación de los entes responsables del seguimiento para la materialización real y efectiva en solución a la problemática, ante lo cual el MSPS manifiesta entregar copias de los reportes a la SNS y a la Defensoría, pero como órgano rector de la salud y de donde emana la normatividad de negaciones desconoce los informes y/o base de datos que las EPS envían a estas entidades.

Se resalta que confrontadas las respuestas de expertos en atención al Auto 133-A del 2012, pese a la diferencia de vigencias de estudio de la información, coinciden con lo expresado por la CGR, en cuanto al inconsistente manejo de la información, lo que comprueba que la problemática de negaciones no avanza en la solución.

3.5. ORDEN VIGÉSIMA

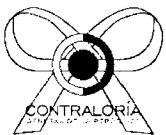
"Vigésimo.- Ordenar al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que adopten las medidas para identificar las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad. Con este fin, el Ministerio y la Superintendencia 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.

El informe a cargo de la Superintendencia y el Ministerio deberá ser presentado antes de octubre 31 de 2008".

Acciones y resultados presentados por la Entidad Responsable - MSPS

- Informes de cumplimiento del 30 de octubre de 2008; 26 de enero de 2009; suministro de información del 30 de julio de 2009.
- Estudio Ranking 2009 - CID, 4 de febrero de 2011.
- Informe Conjunto MSPS y SNS del 3 de Mayo de 2012.



- Primer y segundo informe de cumplimiento del Auto 260 del 28 de diciembre de 2012, radicados en la Corte el 11 de enero de 2012 y 29 de Abril de 2013 respectivamente, con el cálculo del ordenamiento de EPS siguiendo los 14 parámetros solicitados por la HCC en el Auto 044 de 2012.
- Informe de cumplimiento del Auto 249 del 2 de diciembre de 2013; Informes mensuales de cumplimiento a la orden tercera del mismo Auto, presentados a la Defensoría del Pueblo el 29 de noviembre y 30 de diciembre de 2013.

Resultados del seguimiento y evaluación por parte de la CGR

En el Auto del 13 de julio de 2009 se determina la problemática en indicación a esta orden, afirmando: "2.2.2. ¿Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas, al permitir que la mayoría de las decisiones judiciales que tutelan el acceso a los servicios de salud, tengan que ocuparse de garantizar el acceso a servicios contemplados en los planes obligatorios de salud, ya financiados? Aunque la Corte reconoce los esfuerzos realizados por el Estado en esta materia, considera que deja de proteger el derecho a la salud cuando permite que la mayoría de violaciones a éste se presenten en situaciones recurrentes en las cuales se obstaculiza a las personas el acceso a servicios contemplados en los planes obligatorios de salud, es decir, servicios ya financiados por estar incluidos dentro del POS". En el mismo Auto se plantea: "4.4.3.1. (...) Para la Corte Constitucional, conlleva un irrespeto especialmente grave al derecho a la salud, el no garantizar el acceso a un servicio de salud que se requiere y está incluido dentro del plan obligatorio de salud aplicable, con base en la errada consideración de que dicho servicio no se encuentra incluido dentro del plan, o más grave aún, afirmar que se encuentra excluido del mismo".

Hallazgo 6 - Efectividad Acciones Orden Vigésima

En el entendido que la orden décimo novena identificaría las negaciones de lo incluido en el POS, la orden vigésima identificaría las EPS e IPS "que con mayor frecuencia se niegan a oportunamente autorizar servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad", frente a lo cual no se evidencia efectividad de las acciones adelantadas por el MSPS y la SNS, debido a que no se ha diseñado la metodología de medición para las IPS y en el caso de las EPS y EPS S, la información no cumple con las especificaciones de calidad para establecer el ordenamiento o ranking. Situación que muestra debilidades en el seguimiento y control y genera incertidumbre sobre la solución de la problemática y garantía del goce efectivo del derecho a la salud a través de este instrumento, orientando al usuario en la escogencia de las EPS e IPS.

En el Auto 044 de marzo de 2012, resuelve primero la Corte ordena: "a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social que, de manera conjunta, presenten un informe en el que identifiquen las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en las prácticas violatorias del derecho a la salud descritas en la sentencia T-760 de 2008 y en la parte considerativa de esta providencia. Dicho informe deberá contener un ranking de las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en estas prácticas, así como: i) las medidas concretas y específicas que han adoptado con relación a éstas entidades; y ii) las medidas concretas y específicas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de las personas afiliadas." En el mismo Auto se identificaron catorce criterios de evaluación de las prácticas violatorias del derecho a la salud a partir de los cuales se ordena realizar el ordenamiento de las



EPS e IPS. De igual forma, en concepto de la Corte, dicho ranking deberá: "i) tener en cuenta el número de usuarios con los que cuenta cada EPS e IPS; y ii) ser comprensible para todas las personas, incluso para aquellas que no tengan conocimientos técnicos sobre el sistema de salud.".

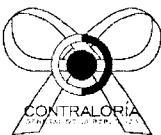
Sin embargo, el informe del 3 de mayo de 2012 en atención a este Auto, muestra los indicadores de calidad de las EPS ajustados a la Circular Única 047 de 2007 de la SNS, donde la información presentada fue incompleta e inconsistente, pues solo reportaron el 53% de las EPS del Régimen Subsidiado y el 62% de las del Contributivo, con deficiencias en la calidad que conllevan a indicadores imprecisos, no ajustados a la realidad.

Los indicadores señalados evidencian una evaluación individual e independiente pero no como comparación ni ordenamiento uno a uno (ranking), de acuerdo con lo dispuesto por la Corte. De igual forma, no se contempló el reporte de ordenamiento de las IPS, como lo establecía la Orden, según lo manifestado por la SNS y el MSPS debido a que los indicadores definidos en los catorce criterios citados anteriormente, hacen referencia a negaciones y/o autorizaciones, los cuales no aplican de acuerdo con las funciones propias de las IPS.

De otra parte, la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud -CSR- consideró en la vigencia 2012 que el ejercicio del ranking EPS e IPS frente a prácticas violatorias del derecho a la salud es importante, sin embargo, no garantiza una elección del ciudadano para optar por EPS o IPS, decisiones que de todas formas serían limitadas por la presencia territorial y el condicionamiento de la afiliación a una EPS y a una red de servicios determinada.

Respecto de las medidas informadas por la SNS, de control a los actores que intervienen en el proceso, no se identificó con precisión el motivo ni la entidad sancionada, presentando una generalidad de sanciones que no especifica las adoptadas por prácticas violatorias del derecho a la salud, de acuerdo con lo dispuesto en la Orden. Tampoco fue posible establecer las medidas aplicadas a las EPS que no reportaron la información necesaria para el desarrollo y ejecución de la Orden, en cumplimiento de la Circular anteriormente señalada.

En cuanto a las medidas adoptadas frente a las EPS violatorias del derecho a la salud y las tomadas para garantizar el goce efectivo del mismo, según lo dispuesto por el Auto 44 de 2012, no se determinan actividades concretas que garanticen la solución de la problemática definida en la Sentencia, que por el contrario se robustece en la debilidad de los sistemas de información y deficiencias en el seguimiento y control. El MSPS en respuesta a la CGR argumentó la realización de cambios en la metodología, fuentes de información y presentación de resultados, consultados a la Corte con el fin de aclarar y mejorar el producto.



El Auto 260 de noviembre de 2012 “Declara el cumplimiento parcial de la orden vigésima de la Sentencia T-760 de 2008...”, señala que el MSPS y la SNS han realizado esfuerzos en sus actividades y recopilación de la información “...que si bien constituyen un avance en el cumplimiento de la misma, los parámetros utilizados por dichas entidades para identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud no han sido suficientes ni eficaces, toda vez que al limitarse a medir de manera parcial dichas prácticas no permiten identificar con claridad y precisión cuáles entidades vulneran en mayor medida el derecho a la salud de los colombianos.”

Por su parte, la Defensoría señala que los análisis metodológicos consideran un tipo de resultado, basado en negaciones por lo que el ordenamiento de las entidades se ve limitado en su propósito, no se consideran características que puedan explicar resultados negativos y positivos de las EPS, la distribución y las alternativas de normalización no son evidentes y no se profundiza en el impacto del ranking. Adicionalmente, indica que los informes presentados por las EPS muestran fallas respecto al sistema de información e indicadores que no permiten recopilar y validar los datos necesarios para conocer, individualizar e identificar tanto las EPS como las IPS que con mayor frecuencia incurren en las prácticas violatorias del derecho a la salud.

Por tanto la Sala de Seguimiento encuentra que los indicadores no responden a los mínimos lineamientos exigidos para el cumplimiento de la orden, máxime cuando los mismos tan solo permiten valorar factores de habilitación de las EPS e IPS y su función administrativa, y no si estas entidades vulneran el derecho a la salud de los usuarios. Además, encuentra que en los informes allegados tanto por el MSPS como por la SNS no se tienen en cuenta los parámetros constitucionales indicados en la Sentencia T-760 de 2008, reiterados en el Auto 044 de 2012.

La CGR en el análisis de los informes objeto de este Auto presentados por el MSPS y SNS a diciembre 20 de 2012, 30 de abril de 2013 y el 30 de abril de 2014, evidencia dificultades en obtener una solución a la problemática, por cuanto no hay suficiencia ni precisión en los datos, se establece un ordenamiento alfabético de las EPS del contributivo y subsidiado, con una clasificación de alto, medio alto, medio bajo y bajo que no determina puntaje ni la posición de cada EPS con respecto a las demás, en cuanto a prácticas violatorias en la prestación de servicios. Además, no se identifican medidas de control frente a las EPS ubicadas en cada uno de estos niveles.

De acuerdo con lo ordenado en el Auto 249 del 31 de octubre del 2013, el MSPS presenta rediseño en el ordenamiento de las EPS sobre lineamientos de la realización de auditorías propuestas por la SNS, donde solicita reconsiderar la realización del ranking de las EPS. De igual forma, presenta cambios en las



fuentes y metodologías de recolección de información, solicitud sobre la cual aún no hay pronunciamiento de la Corte.

Producto de estos cambios, la SNS presenta los “Informes de entidades que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud – año 2013, régimen contributivo y subsidiado” del 29 de abril de 2014, correspondientes a las auditorías que sustituyeron el ranking de 2014, las cuales determinaron resultados con promedios globales, donde todas las EPS presentan cumplimiento, sin determinar las entidades que con mayor frecuencia incurrieron en prácticas violatorias.

De igual forma, persisten debilidades en los reportes de las EPS, que no fueron remitidos en su totalidad por lo que los resultados de análisis no son equitativos para realizar un ordenamiento, sin criterios claros frente a las que no reportaron información. En el Régimen Contributivo el promedio global fue calculado sobre el 73% del total de las Entidades, por cuanto en cada uno de los criterios 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 14, las EPS no aportaron la información pertinente, sobre las cuales la SNS informa que iniciará acciones pertinentes por incumplimiento.

En los resultados de las auditorías se resalta en el criterio 9, que el 93.3% de las EPS presentan quejas relacionadas con pago de cuota moderadora. En el Criterio 14 un 40% de las EPS del contributivo presenta desacatos de tutela y no registra fecha posterior de prestación efectiva del servicio.

En el Régimen Subsidiado se revela que en los catorce criterios, varias EPS no reportaron la información requerida, así: en el Criterio 2, el 8.82%; en el 4 el 14.7%, en el 5 el 73.5%, en el 6 el 38.2% y en el 7 el 23.52%. En el Criterio 11, en las negaciones, el 29.41% no aportó base de datos con justificación de no aplica, el 41.17% no reportó y no justifica y el 29.41% no presenta causales. Por último, en el Criterio 14, el 17.65% no registra desacato, el 82.35% incurrió en desacato de tutelas, el cálculo se realiza sobre el 46.4% de las entidades toda vez que el 32.14% no registra las fechas y el 21.4% reporta promedios negativos.

3.6. ORDEN VIGÉSIMA PRIMERA

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

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



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

En el 2008 no se habían unificado los planes de beneficios para niños y niñas, población con protección especial de acuerdo con la Constitución Política, pese a que la meta de unificación fijada en la Ley 100 de 1993 debía haberse cumplido en el 2001. Al respecto, en el Auto del 5 de Junio de 2013, la desigualdad entre el POS de los regímenes contributivo y subsidiado fue considerada inadmisible por la Corte, máxime cuando desde la Ley 100 de 1993 Artículo 162 Inciso 3, se estableció que para los afiliados del régimen subsidiado se diseñaría un programa para que progresivamente alcanzaran el contenido del POS del régimen contributivo. Para la Corte, tal desigualdad resultaba ser menos aceptable en el caso de los niños y niñas, por lo que en el numeral vigésimo primero de la parte resolutiva de la citada Sentencia se ordenó unificar los Planes de Beneficios de ambos regímenes para los menores de edad.

Acciones adelantadas por la Comisión de Regulación en Salud –CRES-

Expedición de los Acuerdos 04 y 05 de 2009 y 11 y 15 de 2010, para la unificación de planes de beneficios de niñas y niños del régimen contributivo y subsidiado.

Resultado del Seguimiento y Evaluación por parte de la CGR

Con la expedición del Acuerdo 004 de 2009 se unificó el POS de niños y niñas del Régimen Contributivo y Subsidiado, como lo establecía la Orden antes del 1 de octubre de 2009. Posteriormente, el Acuerdo 11 de 2010, acatando lo dispuesto en el Auto 342 de 2009, extendió la cobertura del POS para mayores de doce y menores de dieciocho años, afiliados tanto en el esquema de subsidios plenos como parciales, lo cual no estaba contemplado en el Acuerdo anterior.

Hallazgo 7 – Efectividad Medidas Orden Vigésima Primera

Con la expedición de los acuerdos unificando el plan de beneficios del Régimen Subsidiado y Contributivo, para la población entre cero y dieciocho años, se acoge formalmente lo dispuesto en la Orden, sin embargo los informes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF- reflejan deficiencias en la materialización de las medidas, pues continúan presentándose casos de fallas en el acceso oportuno a los servicios de salud para los niños y niñas del Régimen Subsidiado, como se detalla en el cuadro siguiente.



Cuadro 8

Casos de fallas en la atención en salud para niños, niñas y adolescentes reportados por el ICBF
Periodos de enero 2011 a marzo de 2013

Período	No casos de fallas en atención	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Vinculados	Observación
Enero de 2011 a 31 de mayo de 2012	1.426	93 (7%)	1.275 (89%)	58 (4%)	De estos 1.426 casos, 428 (30%) correspondieron a derechos de petición para obtener respuesta frente a algún tipo de servicio, 214 (15%) a acciones de tutela y 784 (55%) a otro tipo de comunicaciones solicitando solución o informando sobre las fallas en el proceso de atención.
Julio a septiembre de 2012	793	87 (11%)	700 (88.3%)	6 (0.7%)	De los 793 casos, 157 (20%) fueron derechos de petición para obtener respuesta frente a algún tipo de servicio, 119 (15%) correspondieron a tutelas y 517 (65%) fueron otro tipo de comunicaciones solicitando solución o informando fallas en la atención en salud.
Enero a marzo de 2013	866	94 (10.80%)	703 (81.20%)	47 (10%)	De los 866 casos, 121 (14%) fueron derechos de petición para obtener respuesta frente a algún tipo de servicio, 160 (19%) tutelas y 585 (67%) a otro tipo de comunicaciones solicitando solución o informando fallas en la atención en salud.
Abri Junio de 2013	468	18 (4%)	401 (87.70%)	47 (10%)	De los 468 casos, 70 (15%) fueron derechos de petición, 84 (18%) tutelas y 314 (67%) otros tipos de comunicación solicitando solución o información sobre fallas en la atención en salud.

Elaboró: Equipo Auditor con base en informes del ICBF

Es importante señalar que se toman como fuente los informes del ICBF porque mediante Auto 065 del 17 de Abril de 2012 la Corte requiere a esta Entidad para que adelante las actuaciones necesarias para verificar que todos los niños y niñas del Régimen Subsidiado estén accediendo oportunamente a los servicios de salud cubiertos por el Régimen Contributivo y a aquellos que requieran con necesidad, debiendo presentar informe trimestral con los respectivos hallazgos.

El MSPS en su respuesta cuestiona la referencia que se hace a casos del Contributivo y Vinculados, lo cual para la CGR obedece a la importancia de determinar la representatividad del Subsidiado frente a las demás categorías. De igual forma, asocia el tema de derechos de petición con negligencia administrativa de las EPS y en el caso de tutelas, como los informes del ICBF no identifican causas, el Ministerio las enmarca en violación del derecho de petición por predeterminar el término de respuesta, oportunidad o calidad del servicio, cobro indebido de cuotas moderadoras, copagos o de cuotas de recuperación, actividades NO POS o exclusiones del mismo, o en últimas, por negación de servicios POS. Finalmente en el caso de otro tipo de comunicaciones solicitando solución o informando sobre las fallas en el proceso de atención, indica que



podrían referirse a maltrato al usuario, no observancia en la hora de la cita y efectiva prestación del servicio, información incompleta, tiempo de la consulta, no suministro de medicamentos, errores en la expedición de la formula médica por los cuales no se entrega el medicamento, etc.

Para la Defensoría, de acuerdo con el último informe de seguimiento del 9 de junio de 2014, esta orden se **cumple parcialmente** con observaciones, señalando como dificultades persistentes que la integralidad de la oferta de servicios es insuficiente en muchas zonas del País y que la BDUA continúa presentando fallas tales como inconsistencias por la fiabilidad de algunas fuentes y reporte de fallecidos. Por su parte, la Corte en el Auto 262 del 16 de noviembre de 2012 declaró el **incumplimiento parcial** de la orden.

3.7. ORDEN VIGÉSIMA SEGUNDA

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

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

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

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



Acciones adelantadas por la CRES y el MSPS

El 30 de enero de 2009 el MSPS remitió el cronograma de unificación de planes de beneficios y la metodología a implementar para el desarrollo de la actualización del POS. Además, indicó que la primera etapa del proceso de unificación consistiría en “asegurar la portabilidad de los beneficios del POS del Régimen Subsidiado en todo el territorio nacional”, la cual “podrá estar implementada antes del 1 de octubre de 2009”. En el documento “Unificación gradual y sostenible de los planes obligatorios de salud –POS”, el Gobierno especificó que la unificación del “Plan Esencial” se realizaría durante el segundo semestre del 2012, aunque en nota al pie advirtió que este término estaría sujeto a los recursos disponibles.

Al respecto, mediante Auto del 13 de julio de 2009 la Corte solicitó allegar la formulación “precisa” de los cronogramas para adelantar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios. El 31 de julio de 2009 el Ministerio afirmó haber continuado con el cumplimiento de la Orden y precisó el cronograma de unificación. De igual manera, advirtió que tanto la actualización como la unificación de planes garantizaron la participación “directa y efectiva” de los usuarios y de la comunidad médica, para lo cual dispuso canales presenciales y virtuales de participación y mediante oficio del 17 de marzo de 2010 el MSPS señaló cumplimiento de la Orden pues remitió el programa y cronograma el 30 de enero de 2009 y los informes de avance de la CRES y el MSPS el 31 de julio de 2009. Adicionalmente, el 31 de enero de 2010, la CRES envió el informe de avance.

En cumplimiento de la Orden, la CRES expidió Acuerdos 12 y 13 de 2010, con dos experiencias piloto, Acuerdo 27 de 2011, unificando el POS para las personas de sesenta y más años de edad y modificando la UPC del Régimen Subsidiado y Acuerdo 32 de 2012 unificando el POS de los Regímenes Subsidiado y Contributivo a nivel nacional, para las personas de dieciocho a cincuenta y nueve años de edad.

Resultado del análisis y verificación por parte de la CGR

Hallazgo 8 - Términos y Contenido del Programa de Unificación – Orden vigésima segunda

En la Orden vigésimo segunda se estableció que el programa y cronograma para la unificación se presentaran el 1 de febrero de 2009 con el contenido establecido en la Orden, sin embargo, según lo expuesto en el Auto 255 de 2011, el programa presentado en esa fecha no contempló objetivos ni fases reales de avance tendientes a la unificación, ni acató todas las exigencias de la Corte, al no identificar acciones concretas tendientes a obtener desestímulos para el pago de cotizaciones por parte de los usuarios ni prever la adopción de las medidas



necesarias para estimular que quienes tienen capacidad económica coticen y que quienes pasen del Régimen Subsidiado al Contributivo se les garantice que pueden regresar al Subsidiado de manera ágil cuando su ingreso disminuya o su situación socioeconómica se deteriore. Esto evidencia inoportunidad de las acciones y deficiencias en la programación.

De acuerdo con la respuesta de la Entidad, en contestación del Auto 255 de 2011 se entregó la información requerida el 13 de febrero de 2012, tres años después del término inicialmente fijado por la Corte y en el Auto 261 del 2012 la Corte observa que el programa y cronograma presentados en respuesta al anterior Auto, no cumplen con la totalidad de las exigencias, determinando el **cumplimiento parcial** de la orden.

De otro lado, a pesar de las diferencias en los cronogramas presentados por la CRES y el MSPS y los desfases en las fechas de cumplimiento de algunas actividades, expuestos en el Auto 255 de 2011, la CGR evidencia que la unificación en términos formales se dio de manera gradual, sin embargo, como se expone en la Orden décima séptima, en el hallazgo relacionado con la efectividad de la actualización de los Planes, el comportamiento de las tutelas, PQR y negaciones de servicios, dan cuenta de las dificultades que persisten para el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud en ambos Regímenes.

En concepto de la Defensoría del Pueblo de acuerdo al último informe de junio 9 de 2014, la Orden vigésima segunda **se cumple de manera parcial** y dentro de los aspectos negativos reseña la baja disminución de negaciones POS frente al esfuerzo realizado (0.9% para el 2013) y que aún se presentan tutelas por negaciones de servicios POS en el Régimen Subsidiado. Como principal dificultad persistente señaló que la capacidad de oferta en el Régimen Subsidiado continúa siendo insuficiente.

De otra parte, en cuanto a la UPC, esta ha venido equiparándose entre regímenes y en concepto de la CRES no es posible su igualación, en razón a que ambos grupos manejan tipos de riesgos diferentes, así como frecuencias y severidades distintas. A lo largo de los Autos de Seguimiento diferentes organizaciones plantean la insuficiencia de la UPC tanto en el Contributivo como en el Subsidiado, sin embargo para la CGR, mientras persistan las deficiencias en la información que se toma como base para este cálculo, cuya fuente son los reportes de la EPS, no habrá certeza respecto a la suficiencia o no de la UPC o a la equidad de la misma entre Regímenes.

Frente a la fijación de la UPC la CGR en funciones de advertencia ha planteado el no cumplimiento de lo señalado por la Corte, entre otros aspectos por las



deficiencias en el ejercicio técnico de su definición al no basarse en información confiable, completa e integra que deben suministrar las EPS³.

Los Autos 261 y 262 del 16 de noviembre de 2012 señalaron que la CRES "...no ha cumplido con la carga de la prueba que le asiste para acreditar la sostenibilidad, pudiendo afirmarse que las razones esbozadas hasta el momento por el Gobierno Nacional para establecer diferencialmente los valores de la UPC y UPC-S, son controvertibles, especialmente por cuanto la misma Comisión de Regulación en Salud reconoce, tal como se transcribió anteriormente, que la información con que se cuenta respecto al régimen subsidiado no representa criterios de calidad que permitan efectuar un estudio tendiente a obtener una decisión sobre la suficiencia o insuficiencia de La UPC".

Por su parte, el MSPS y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el 18 de diciembre de 2012 solicitaron a la Corte autorización del cumplimiento progresivo de las ordenes frente a la igualación de la UPC entre los dos regímenes, entre otras razones porque no se cuenta con un histórico de información en gastos de salud para la realización de los cálculos actariales de los cuales se puede generar su fijación y que los gastos administrativos y la frecuencia de uso de los servicios médicos conducen a establecer una UPC disímil. Para la CGR, la Resolución 3374 de 2000 con la que el MSPS reglamentó los Registros Individuales de Prestación de Servicios –RIPS-, es una herramienta que permitiría obtener de primera mano información sobre los servicios prestados y valores, como fuente para determinar el gasto en salud, sin embargo la calidad de los reportes ha sido cuestionada.

3.8. ORDEN VIGÉSIMA TERCERA

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

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

³ Radicados 2013EE0048229 de 31/05/2013 y 2013EE0119323 de 04/10/2013



Cuando el Comité Técnico Científico niegue un servicio médico, de acuerdo con la competencia de que trata la presente orden, y posteriormente se obligue a su prestación mediante una acción de tutela, sólo procederá el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, de acuerdo con lo dicho en esta providencia.

El Ministerio de la Protección Social deberá presentar, antes de marzo 15 de 2009, un informe sobre el cumplimiento de esta orden a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, con copia a la Corte Constitucional.”

Acciones adelantadas y Resultados reportados por la Entidad responsable

- En la Resolución 3099 de 2008 se estableció el procedimiento de autorización por los CTC de tecnologías no incluidas en el POS, diferentes a medicamentos.
- La Resolución anterior estableció en el parágrafo del artículo 6º que en ningún caso el CTC podía aprobar tratamientos experimentales ni medicamentos para atención de las actividades, procedimientos e intervenciones expresamente excluidos del POS, parágrafo suspendido provisionalmente por el Consejo de Estado, por lo que el MSPS⁴ indicó que “en virtud de la jurisprudencia constitucional los CTC están facultados para autorizar prestaciones expresamente fuera del POS...”. Finalmente en la Resolución 5395 de 2013 no hizo referencia a exclusiones POS, con el fin de asegurar la prestación del servicio y la posibilidad de recobro al FOSYGA.
- Urgencia Manifiesta: La Circular 019 de mayo de 2012 recordó a las EPS, IPS, EOC y ET, su deber cuando se requieran con urgencia servicios no incluidos en el POS, solicitados por el médico tratante, de suministrarlos de manera inmediata sin que medie trámite ante el CTC, en atención a la Resolución 3099 de 2008. La Resolución 5395 de 2013 derogó la anterior, sin embargo consagró igualmente la obligación de prestar los servicios NO POS para eventos de urgencia, así como para las víctimas de que trata el artículo 3º de la Ley 1448 de 2011; casos en los cuales las tecnologías serán presentadas al CTC, dentro de los 5 días siguientes a su suministro.

Resultados de seguimiento y evaluación adelantado por la CGR

La regulación del trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la EPS autorice directamente servicios de salud no incluidos en el POS Contributivo, diferentes a medicamentos, se estableció en la Resolución 3099 de 19 de agosto de 2008, artículo 7º.

⁴ Mediante oficio 12150-199824 del 15 de julio de 2010, dirigido al administrador fiduciario FIDUFOSYGA 2005. Por la Dirección General de Financiamiento



Hallazgo 9 - Reglamentación Orden vigésima tercera

La reglamentación del Ministerio frente a la Orden vigésima tercera no se ajusta a cabalidad a lo dispuesto por la Corte, dejando por un lado, de aplicar el castigo económico previsto en la Sentencia para las EPS que negaran servicios NO POS y luego los usuarios tuvieran que recurrir a la tutela para acceder a ellos y por otro, sin regular la capacidad económica del usuario como criterio para autorizar un servicio de salud, por lo que siguen presentándose negaciones de servicios NO POS que terminan en tutelas. Lo anterior, en razón a debilidades en los mecanismos de seguimiento, evaluación y control, como se evidencia a continuación:

- La Orden vigésima tercera estableció que “Cuando el Comité Técnico Científico niegue un servicio médico, de acuerdo con la competencia de que trata la presente orden, y posteriormente se obligue a su prestación mediante una acción de tutela, sólo procederá el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos...”⁵. Con anterioridad a la Sentencia T-760 de 2008, la Ley 1122 de 09 de enero de 2007 en su artículo 14 literal j había dispuesto que: “En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga...”. Este texto fue declarado condicionalmente exequible mediante Sentencia C-463 de mayo de 2008, “...en el entendido de que la regla sobre el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, también se aplica, siempre que una EPS sea obligada mediante acción de tutela a suministrar medicamentos y demás servicios médicos o prestaciones de salud prescritos por el médico tratante, no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legalmente vigentes.” Posteriormente, se expide la Ley 1438 de enero 19 de 2011 que deroga el literal j del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

Al respecto, las disposiciones del Ministerio mediante Resoluciones 3099 de 19 de agosto de 2008 artículo 26, literal f, 3754 de 02 de octubre de 2008 artículo 9° literal d y 548 de 12 de febrero de 2010 artículo 23 literal b⁶, no acataron la orden,

⁵ La parte considerativa de la Sentencia T-760 de 2008, en el numeral 6.1.3.2.1. establecía que “...En estos casos se aplicará la regla establecida recientemente en la sentencia C-463 de 2008 en la que se revisó la constitucionalidad del literal j del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, en la cual se decidió que “siempre que una EPS sea obligada mediante acción de tutela a suministrar medicamentos y demás servicios médicos o prestaciones de salud prescritos por el médico tratante, no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legalmente vigentes” se reembolsará sólo la mitad de los costos no cubiertos. Es decir, cuando el Comité Técnico Científico niegue un servicio médico de acuerdo con la competencia de que trata la presente orden, y posteriormente la EPS se obligue a su prestación mediante una acción de tutela, sólo procederá el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos.

⁶ Según el MSPS, al amparo de la Emergencia Social declarada mediante Decreto 4975 de 2009, se expidió la Resolución 548 de 2010 que derogó las Resoluciones 3099 y 3754 de 2008, sin embargo con la declaratoria de inexequibilidad del mencionado Decreto, estas últimas recobraron su vigencia.



al definir porcentajes entre el 85% y el 100% de lo facturado por el proveedor para recobros **negados** por CTC y ordenados posteriormente a través de tutela. Como se detalla a continuación:

Resolución 3099 de 19/08/2008 artículo 26 literal f: “f) Medicamentos, Servicios médicos y prestaciones de salud NO POS ordenados por fallo de tutela previamente negados por el Comité Técnico Científico. El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (POS), ordenados por fallos de tutela y no autorizados por Comité Técnico Científico y ordenados por fallo de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud....”

Resolución 3754 de 02/10/2008 que en su artículo 9°, modificó el artículo 26 de la Resolución 3099 de 2008 así:

“d) Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS ordenados por fallos de tutela. El valor a reconocer y pagar por el Fosyga, por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS, ordenados por fallos de tutela que no fueron tramitados por el Comité Técnico-Científico de la respectiva entidad, será el 50% del valor total facturado por el proveedor. (...)

Cuando por razones médica-científicas el Comité Técnico-Científico niega la solicitud de autorización del medicamento, servicio médico y prestación de salud ordenada por el médico tratante y la EPS y/o EOC es obligada a su prestación por fallo de tutela, el valor a reconocer y pagar será el 85% del valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud. Dicho valor se reconocerá siempre y cuando la negación por la no pertinencia médica demostrada se consigne en la respectiva Acta, y tales razones científicas fueron puestas en consideración del juez de tutela. Para estos efectos, se deberá anexar el acta del CTC como soporte del recibo.”

Resolución 548 12/02/2010 (deroga la 3099 y 3754 de 2008) artículo 23: “b) Medicamentos, Servicios Médicos y Prestaciones de Salud no incluidos en los planes obligatorios de salud no tramitados por el Comité Técnico-Científico y ordenados por fallos de tutela. Cuando se trate de un recibo ordenado por un fallo de tutela, el valor por reconocer y pagar por el Fosyga, por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS, que no fueron tramitados por el Comité Técnico-Científico de la respectiva entidad, será el 50% del valor correspondiente.

Cuando por razones médica-científicas el Comité Técnico-Científico niega la solicitud de autorización del medicamento, servicio médico y prestación de salud ordenada por el médico tratante y la EPS y/o EOC es obligada a su prestación por fallo de tutela, el valor a reconocer y pagar será el 100% del valor correspondiente, lo propio ocurrirá cuando se trate de prestaciones ordenadas por fallos de tutela, que nunca fueron solicitadas a través de CTC, lo cual deberá constar en el fallo o en la contestación a la acción de tutela, debidamente radicada ante el juzgado.

Dicho valor se reconocerá siempre y cuando la negación por la no pertinencia médica demostrada se consigne en la respectiva Acta, y tales razones científicas fueron puestas en consideración del juez de tutela. Para estos efectos, se deberá anexar el acta del CTC como soporte del recibo.”

Con la expedición de la Ley 1438 de enero 19 de 2011 que derogó expresamente el literal j) del Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, se diluye lo ordenado por la Corte.

El Ministerio en su respuesta precisó que “...es claro que la orden prevista en el numeral 23 de la Sentencia tuvo como finalidad el cumplimiento de la regla establecida en la sentencia C-463 de 2008 bajo el principio que la misma fue adoptada por el legislador y modulada por la misma Corporación, pero en ningún momento fue la de establecer el monto del valor a pagar de los recobros sin un marco legal que lo soportara, pues la Corte carece de competencia para ello.”

De esta forma, los criterios para el pago de recobros vía tutela fueron: para tecnologías NO POS suministradas hasta el 18 de enero de 2011 que no se hubieran tramitado previamente por CTC el 50% del valor facturado y aquellas suministradas después del 18 de enero de 2011 el 100% del valor facturado. Las negadas previamente por CTC y ordenadas por tutela debían pagarse al 100% o al 85% dependiendo de la Resolución vigente. En la práctica estos porcentajes no se aplicaron para todos los recobros, pues solo cuando en el texto de la tutela se mencionaba el trámite o negación por el CTC, la auditoría efectuaba el descuento.



De tal forma que las cifras registradas del 2008 a 2010 descritas en la página 40 del presente informe generan incertidumbre en cuanto a la aplicación del descuento ordenado por la Corte. Para la CGR la no aplicación del castigo económico previsto en la norma corresponde a una gestión ineficiente, sin embargo la cuantificación no es posible porque en la reglamentación y particularmente en el formato MYT02 no se contempló el reporte de trámite o negación ante CTC previo a la tutela, información esencial para establecer el valor a pagar.

- La situación expuesta en el numeral 6.1.3.1.6. de la Sentencia respecto a que el CTC "...no ha aplicado entre los criterios para autorizar un servicio de salud la capacidad económica del usuario...", no se contempló en la regulación, pese a corresponder a un aspecto de la problemática que dio lugar a la Orden. En la respuesta el Ministerio señaló haber previsto implementar criterios relacionados con la capacidad de pago, sin embargo y dado que la Corte ha señalado que los pagos, además de ser razonables, no pueden constituir barreras de acceso para quienes no tienen capacidad económica, dichos criterios no se han implementado a la fecha.
- Un aspecto adicional observado en la regulación es referente al trámite interno para que las EPS autoricen los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del POS, cuando sean ordenados por el médico tratante⁷, el cual no fue contemplado en la regulación inicial, de acuerdo con el parágrafo del artículo 6º de la Resolución 3099 de 2008. Al respecto, la SNS determinó "...un vacío frente a la reglamentación que determine en qué casos, condiciones y características pueden ser sometidos a los Comité Técnico-Científico, aquellos servicios que son exclusiones explícitas del POS y cuyo suministro se ha ordenado constantemente a las EPS a través de Fallos de Tutela, dado que las exclusiones expresas del POS no pueden ser aprobadas por el CTC según el parágrafo del Artículo 6 de la mencionada resolución..."⁸. Este parágrafo fue suspendido provisionalmente por el Consejo de Estado considerando violación de normas constitucionales, por lo que el Ministerio el 15 de julio de 2010 indicó al administrador fiduciario que "...los CTC están facultados para autorizar prestaciones expresamente fuera del POS..."⁹, medida tomada dos años después de la Sentencia T-760 y que tres años después se incorporó en la Resolución 5395 de 2013.

Por otra parte, en cuanto a la **aplicación de las medidas adoptadas**, se evidenció que a partir de la Resolución 3099 de 2008, las entidades han recobrado

⁷ Contenida en el primer párrafo de la orden vigésimo tercera.

⁸ Oficio 2-2013-055987 del 19/07/2013 de la Superintendencia Nacional de Salud a la Corte, entregado a la CGR en físico con oficio 2-2014-023544 de 21/04/2014.

⁹ Oficio 12150-199824 del 15/07/2010, dirigido al administrador fiduciario FIDUFOSYGA 2005.



ante el FOSYGA prestaciones diferentes a medicamentos, como se indica en el cuadro siguiente.

Cuadro 9

Valor recobrado ante FOSYGA

Cifras en pesos corrientes

TIPO DE ITEM	2.008	2.009	2010	2011	2012	2013
MEDICAMENTOS	866.420.817.961	1.886.584.132.541	2.708.433.274.500	2.275.555.970.307	2.052.387.026.910	2.439.675.687.290
PROCEDIMIENTOS	242.456.594.631	316.330.229.573	366.186.222.316	286.290.177.873	325.006.428.487	454.481.945.347
INSUMOS	179.841.652.734	350.793.297.994	348.557.094.180	261.249.511.957	248.879.987.109	336.012.356.803
SIN DISCRIMINAR	546.954.820.591	-	-	-	-	-
TOTAL	1.835.673.885.917	2.553.707.660.108	3.423.176.590.996	2.823.095.660.137	2.626.273.442.506	3.230.169.991.454

Fuente: Ministerio de Salud y la Protección Social

Además, los recobros vía tutela muestran una tendencia decreciente del 2009 al 2013 en contraposición a los recobros vía CTC que han aumentado, reflejando aplicación del trámite dispuesto a partir de la Orden vigésima tercera. El MSPS también informó sobre solicitudes de recobro por tecnologías excluidas del POS entre 2010 y noviembre de 2013 por \$25.646 millones y por urgencia por \$930 mil millones entre el 2011 y noviembre de 2013.

Cuadro 10

Valores recobro ante FOSYGA por medicamentos y tutela

2008-2013

Cifras en pesos

AÑO	CTC			TUTELAS			TOTAL GENERAL				
	CANTIDAD	RECOBRADO	APROBADO	REPRESENTATIVIDAD DE LO APROBADO SOBRE EL TOTAL	CANTIDAD	RECOBRADO	APROBADO	REPRESENTATIVIDAD DE LO APROBADO SOBRE EL TOTAL	CANTIDAD	TOTAL RECOBRADO	APROBADO
2008	763.662	719.881.952.803	549.318.132.307	50%	787.822	1.039.520.309.186	550.927.683.212	50%	1.551.484	1.759.402.261.989	1.100.245.815.519
2009	1.597.476	1.402.813.231.443	1.119.593.232.468	62%	1.048.688	1.150.912.871.642	674.900.977.557	38%	2.646.164	2.553.726.103.085	1.794.494.210.025
2010	2.948.548	2.397.075.301.862	1.774.081.952.918	75%	987.884	1.026.101.290.786	577.170.693.950	25%	3.936.432	3.423.176.592.648	2.351.252.646.867
2011	3.477.315	2.328.980.176.594	1.655.936.456.771	82%	780.105	688.260.491.808	373.883.666.705	18%	4.257.420	3.017.240.668.402	2.029.820.123.476
2012	3.572.331	2.002.840.630.573	1.446.949.475.639	83%	705.998	623.432.590.767	295.438.365.387	17%	4.278.329	2.626.273.221.340	1.742.387.841.027
2013	4.296.602	2.490.988.215.633	1.983.556.418.123	84%	833.413	739.181.773.808	387.411.096.072	16%	5.130.015	3.230.169.989.441	2.370.967.514.195

Fuente: MSPS

Hallazgo 10 - Efectividad de las medidas adoptadas Orden vigésima tercera

Las deficiencias en la operación de los CTC, la falta de reglamentación e implementación de las Juntas Técnico Científicas de Pares –JTCP- y el



incremento de peticiones, quejas y reclamos por negaciones de servicios NO POS en el 2013, muestran ineffectividad del trámite regulado y persistencia de falencias que constituyen barreras en el acceso a los servicios, lo cual se sustenta así:

- La SNS frente a la operación de los CTC en las EPS afirmó que "...no se reglamentó suficientemente el mecanismo o procedimiento de control que debía ejercerse sobre la conformación, autonomía y funcionamiento de los Comités Técnicos Científicos, pues se sigue evidenciando el papel pasivo del representante de los usuarios, el nombramiento de profesionales de la salud allegados a la EPS, la ubicación de los comités en las capitales de departamento o incluso fuera del mismo que limita el acceso y la oportunidad de respuesta al usuario, el desconocimiento y la presunta negligencia del médico tratante en el diligenciamiento de la solicitud, entre otros."¹⁰. Según la SNS se acude al mecanismo de tutela "...sin solicitar el servicio al CTC por diferentes motivos como la desconfianza en el trámite..."¹¹.
- De acuerdo con las auditorías realizadas por la SNS en febrero y marzo de 2014¹², del total de casos reportados por las EPS del Régimen Subsidiado dentro del campo 14 – Motivos de negación del CTC- en promedio el 32.19% fue clasificado como "Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR)". En el Régimen Contributivo, el 33.33% de las EPS presentan entre el 11% y el 56.8% de servicios ordenados por el médico tratante no tramitados ante CTC y en el 40% de las EPS, menos del 10% de casos no fueron tramitados ante el CTC.

El MSPS en su respuesta presenta los motivos de negaciones¹³, los cuales evidencian que el trámite interno en las EPS no es claro ni funciona acorde con la reglamentación, pues el CTC niega solicitudes del médico tratante por servicios incluidos en el POS, los cuales no debieron haberse solicitado al CTC, pero en la práctica esto se presenta. Además, el profesional de salud presenta ante CTC la solicitud incompleta o insuficiente (una de las principales causas de negación) dilatando la presentación oportuna y efectiva del servicio. Otro motivo que evidencia la persistencia de los problemas expuestos en la Sentencia, es el de no tramitar por parte del CTC una solicitud del médico tratante porque el médico solicitante no pertenece a la red de la EPS¹⁴.

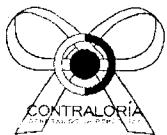
¹⁰ Oficio 2-2013-055987 del 19/07/2013 de la Superintendencia Nacional de Salud a la Corte, entregado a la CGR en físico con oficio 2-2014-023544 de 21/04/2014.

¹¹ Oficio 2-2013-055987 del 19/07/2013 de la Superintendencia Nacional de Salud a la Corte, entregado a la CGR en físico con oficio 2-2014-023544 de 21/04/2014.

¹² Oficio 1-2014-030749 de la SNS al Equipo Auditor el 02/05/2014. Las auditorías se hicieron a las bases de datos dispuestas de conformidad con la Resolución 744 de 2012.

¹³ Establecidos en el Anexo Técnico de la Resolución 744 de 2012

¹⁴ Al respecto, en el numeral 2.1.4 de la Sentencia se consignó: "...Con base en su jurisprudencia, la Sala reiterará que cuando (i) existe un concepto de un médico que no está adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, (ii) que es un profesional reconocido que hace parte del Sistema de Salud y (iii) que la entidad no ha desvirtuado dicho concepto, con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente, corresponde a la entidad



- Las Juntas Técnico Científicas de Pares, como instancia decisoria frente a servicios no previstos en el POS, además de los CTC, no se han reglamentado ni implementado de conformidad con el artículo 16 del Decreto 19 de 10 de enero de 2012, que otorgaba un plazo de seis (6) meses al Gobierno Nacional para la reglamentación, el cual venció en julio de 2012. Según la SNS no se cuenta con los recursos para su financiación¹⁵. Según respuesta del MSPS no fueron reglamentadas por dos razones fundamentales: “En primera instancia , debido a que la norma establece la necesidad que médicos especialistas revisen cada una de las decisiones de los médicos tratantes que formulaban medicamentos o servicios no incluidos en el plan de beneficios. Esto implica una enorme demanda de médicos especialistas vinculados a las Juntas Técnico Científicas, lo cual, según el análisis realizado por el consultor del Ministerio Jaime Cardona, era en la práctica (sic) una tarea inviable. La según da razón, fue la determinación del Gobierno de someter a consideración del Congreso una Ley de carácter Estatutaria que regule el derecho a la salud. En esta Ley se aborda el tema del acceso a medicamentos y servicios no incluidos en el Plan de Beneficios, como un conflicto de carácter exclusivamente médico que debe ser abordado desde Juntas Medicas al interior de IPS o como parte de una red de hospitales y no como un ente adscrito a la SNS . En este sentido la disposición de la Ley Estatutaria es derogar tácitamente las JTC de la Ley 1438...”
- No es evidente el mejoramiento en el acceso a servicios no incluidos en el POS considerando el comportamiento de las peticiones, quejas y reclamos por negaciones de los mismos. En autos de seguimiento la SNS indicó que recibió 14.074 reclamos por prestación de servicios NO POS en 2012 y 8.400 en el primer semestre de 2013, concluyendo que de la comparación entre 2012 y 2013 el incremento aproximado anual fue del 60%. Con relación a las investigaciones administrativas, señaló que entre 2008 y 2013 inició 69 relacionadas con las negaciones referidas, en contra de las administradoras de planes de beneficios e impuesto 21 sanciones por la misma causal. Según la última información de la SNS¹⁶ las peticiones, quejas y reclamos por negaciones de servicios NO POS en el 2013 fueron 18.673, incrementándose en 32.7% frente al 2012.
- En el informe sobre el cumplimiento de la Orden, referido en el Auto del 05 de junio de 2013, el MSPS indicó “....la necesidad de encontrar mecanismos más adecuados para regular el trámite que debe adelantar el médico tratante ante la EPS respecto de las solicitudes de prestaciones no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud –POS”. Posteriormente, las EPS consultadas por la Corte señalaron ineffectividad e inefficacia de las medidas adoptadas y en el mismo Auto, la Defensoría del Pueblo¹⁷ “específicamente sobre la orden vigésima tercera adujo que el único avance advertido es la expedición de la Circular 019 de 2012 como consecuencia de las determinaciones tomadas por la Corte

someter a evaluación médica interna al paciente en cuestión y, si no se desvirtúa el concepto del médico externo, atender y cumplir entonces lo que éste manda.”

¹⁵ Oficio 2014 ER0052611 del 21/04/2014 de la SNS al Equipo Auditor de la CGR.

¹⁶ Oficio 2-2014-008561 del 20/02/2014 en respuesta al Auto 015 de 2014

¹⁷ Mediante escrito de 08/11/2012 sobre el cumplimiento general de la Sentencia T-760/08



en el Auto 066 de 2012... ”. De lo anterior, se concluye el cumplimiento de la formalidad de presentar el informe, pero no es contundente la efectividad de la medida adoptada.

- La Defensoría del Pueblo¹⁸ con corte 31 de diciembre de 2012 señala que no hay avance frente a esta Orden y considera su incumplimiento. El Ministerio presentó como avance la propuesta de reforma mediante Ley Ordinaria 2013, la cual está sujeta a la aprobación incierta del legislador y su implementación puede llevar años, de manera que no remedia de manera inmediata los problemas referentes al trámite engorroso para acceder a los servicios de salud, diferencias en el trámite de CTC en los Regímenes donde en el Subsidiado se debe agotar autorización ante la ET antes del CTC, así como insuficiencia de recursos en las ET para cubrir el gasto de lo no cubierto por el POS.

Para el MSPS el incremento en los recobros vía CTC “...es una clara evidencia del impacto de este mecanismo (CTC), que precisamente fue creado para que los ciudadanos contaran con un medio más directo y expedito para acceder al derecho a la salud en estos casos...”. Argumenta que ha cumplido con la ampliación de funciones y posicionamiento del CTC como instancia técnica y ha implementado un procedimiento para acceso a tecnologías NO POS en situaciones de urgencia. Para la CGR, el comportamiento de los recobros muestra la operatividad del CTC, pero no es suficiente para demostrar la efectividad de las medidas.

3.9. ORDEN VIGÉSIMA CUARTA

“Ordenar al Ministerio de la Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga que adopten medidas para garantizar que el procedimiento de recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud ante el Fosyga, así como ante las entidades territoriales respectivas, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al sistema de salud para financiar los servicios de salud, tanto en el evento de que la solicitud se origine en una tutela como cuando se origine en una autorización del Comité Técnico Científico.

Para dar cumplimiento a esta orden, se adoptarán por lo menos las medidas contenidas en los numerales vigésimo quinto a vigésimo séptimo de esta parte resolutiva.”

Al respecto, en el Auto 263 del 16 de noviembre de 2012 la Sala de Seguimiento declara el **incumplimiento parcial** de esta Orden, así: “... se declara el incumplimiento parcial de la orden vigésimo cuarta de la Sentencia T-760 de 2008, como quiera que a pesar de la suficiencia de recursos para la atención de las necesidades en salud de la población colombiana, estos son dilapidados, destinados a intereses de particulares o perdidos en la cadena de intermediación. En este punto, la Corte llama la atención acerca de los sobrecostos en medicamentos POS y No POS, lo cual sugiere una grave inactividad tanto de las entidades regulatorias del sistema, como de los organismos de inspección, control y vigilancia.

¹⁸ Quinto Informe de Seguimiento presentado por la Defensoría del Pueblo a la Corte, sobre el cumplimiento de la Sentencia T-760/08 del 16/07/2013, con corte 31/12/2012, radicado 40-297



Aunado a lo anterior, en los últimos días se ha hecho público que al interior del sistema se están investigando hechos de corrupción que le han costado al SGSSS varios billones de pesos, frente a lo cual la Sala destaca que la falta de flujo de recursos impide conservar la sostenibilidad financiera del sector y, por ende, la atención de las necesidades en salud de la población colombiana⁷¹.

La Corte resalta que no existe justificación alguna para que se sigan inyectando recursos al sistema, cuando claramente nos encontramos ante un saco roto, que sin la debida y necesaria actuación de los organismos de regulación, control y vigilancia, tendrán un destino similar a los dineros ya malversados.”

Acciones adelantadas y resultados obtenidos reportados por la Entidad Responsable (MSPS)

En cuanto al trámite de recobros ante FOSYGA, el MSPS presenta tres acciones: Giro previo a la auditoría integral¹⁹, Giro directo a los proveedores de tecnologías en salud NO POS y Saneamiento de cuentas de recobros. La primera, se implementó gradualmente desde julio de 2011 y la segunda desde julio de 2013. La tercera, aplicada en el 2012 y 2013, condujo a establecer el monto de valores glosados desde 2005 hasta octubre de 2011 por \$1.4 billones, frente a los cuales se ejecutaron los mecanismos dispuestos en los Artículos 111 y 122 del Decreto Ley 019 de 2012, para resolver glosas únicas de extemporaneidad y las aplicadas por considerar la tecnología en salud incluida en el POS, por lo que el FOSYGA reconoció recobros glosados por dichas causales previa realización de una nueva auditoría integral. Respecto a la glosa administrativa, mediante el Artículo 11 de la Ley 1608 de 2013, se definieron los elementos esenciales²⁰ que demuestran la existencia de la obligación para reconocimiento y pago de recobros, de tal forma que en el nuevo proceso de auditoría integral se verificaron dichos requisitos.

Los resultados que presenta el MSPS correspondientes a las vigencias 2011 en adelante, indican avances en cuanto a agilidad en el pago de los recursos, así como reducción de la intermediación innecesaria, así:

- Giro previo al proceso de auditoría integral de \$489.234 millones en 2011, \$1.238 mil millones en 2012, \$1.316 mil millones en 2013 y \$ 119 mil millones a febrero de 2014.
- Giro directo a IPS de \$914.332 millones desde julio de 2012 hasta diciembre de 2013 en aplicación de la Resolución 1405 de 07 de junio de 2012.

¹⁹ Mecanismo que permite efectuar pagos de forma previa al proceso de auditoría integral a las solicitudes de recobros radicadas para optimizar el flujo de caja de las entidades recobrantes

²⁰ Los elementos esenciales están relacionados con: i) La no inclusión de la tecnología en salud objeto de recobro en el plan de beneficios, ii) El derecho del usuario a la prestación del servicio y, iii) La ordenación de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios mediante fallo de tutela o Comité Técnico Científico –CTC, así como el suministro de la misma al usuario y su pago por la entidad recobrante.



- Giro directo a proveedores de tecnologías en salud NO POS de \$436.009 millones de octubre de 2012 a diciembre de 2013.

Respecto al saneamiento de cuentas por recobros, de acuerdo con lo establecido en el Decreto Ley 019 de 2012 artículos 111 y 122, así como en la Ley 1608 de 2013, los resultados consolidados a diciembre de 2013 muestran que de los valores glosados del 2005 a octubre de 2011 por \$1.4 billones, se presentaron nuevamente \$659 y se aprobaron \$323 mil millones.

En cuanto a la insuficiencia de los recursos para financiar las tecnologías NO POS, planteada por algunos organismos de acuerdo con los Autos Específicos de seguimiento de la Orden, el Gobierno ha gestionado recursos y fuentes adicionales, de modo que para la Corte y varias organizaciones, los recursos han sido suficientes. Para el Ministerio, la suficiencia de los recursos en el Contributivo se ha garantizado como lo evidencia la ejecución presupuestal, así:

Cuadro 11
Reconocimiento prestaciones de servicios NO POS - FOSYGA

Cifras en miles de millones

VIGENCIA	APROPIACIÓN DEFINITIVA	EJECUCIÓN ACUMULADA	EJECUCIÓN (%)
2008	1.139,3	983,9	86%
2009	1.855,7	1.818,8	98%
2010	2.355,8	2.345,7	100%
2011	2.179,4	2.137,4	98%
2012	1.953,3	1.953,3	100%
2013	2.649,3	2.649,3	100%

Fuente: MSPS con base en informe de ejecuciones presupuestales del Administrador Fiduciario del FOSYGA

Nota: El valor de la Ejecución Acumulada corresponde al valor aprobado por concepto de solicitudes de recibo por tecnologías en salud No Pos por las líneas de MYT01, MYT02, MYT03, MYT04, Glosa Administrativa, Artículo 111 y Artículo 122. Este valor corresponde a la Ordenación de Gasto que se realiza con cargo al presupuesto de la respectiva vigencia y por lo tanto no coincide con el valor aprobado de la información registrada en la Base de Datos del FOSYGA. Es importante tener en cuenta que la normativa prevé un plazo de 2 meses para el estudiar la procedencia y el pago de las solicitudes de recibo. Así las cosas, el resultado de la auditoría de los recobros que se radican en los meses de noviembre y diciembre, se obtienen en la vigencia siguiente.

Referente al trámite de recobros ante las Entidades Territoriales –ET-, el MSPS señaló la expedición de la Resolución 5334 de 2008. Por excepción, las solicitudes de recibo del Régimen Subsidiado son reconocidas por el FOSYGA por orden de tutela, surtiendo el trámite dispuesto en la Resolución 3099 de 2008.

Seguimiento y evaluación por parte de la CGR

La Orden vigésima cuarta disponía que el MSPS adoptara medidas frente al procedimiento de recibo no solo de las EPS ante el FOSYGA sino de las EPS-S



ante las ET respectivas, para garantizar agilidad y asegurar flujo oportuno y suficiente de recursos. Las medidas adoptadas y que aplicaron hasta diciembre de 2013 fueron la Resolución 3099 de agosto 19 de 2008 para recobros ante el FOSYGA y la 5334 de diciembre de 2008 para “recobros” ante las ET.

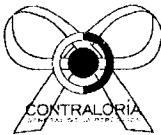
Hallazgo 11 – Resolución 5334 de 2008 - Orden vigésima cuarta

La Resolución 5334 de 2008 no reguló el trámite de recobro de acuerdo con lo ordenado por la Corte, pues no estableció un procedimiento para la evaluación, control y pago de las solicitudes de “recobro” presentadas por las EPS- S ante las ET, ni definió tiempos para agilizar el trámite y flujo de recursos. Lo contemplado en esta norma fue referente a la prestación de servicios NO POS. La falta de regulación, seguimiento y monitoreo, genera incertidumbre respecto a las condiciones de agilidad en el trámite y oportunidad en el flujo de los recursos para cubrir lo no cubierto por el POS en el Régimen Subsidiado.

Adicionalmente, esta regulación resultó inefectiva frente a la prestación del servicio NO POS en el Subsidiado de acuerdo con las razones que el Ministerio expuso²¹ y que dieron lugar a su derogación cinco años después y a la expedición de la Resolución 5073 de 2013 que entró en vigencia el 01 de mayo de 2014. Algunas deficiencias de la norma fueron:

- Prestadores de servicios de salud limitados a brindar los servicios incluidos en los contratos de prestación de servicios suscritos con la ET o en su defecto a pedir la autorización correspondiente, que en muchas ocasiones redundó en la interrupción de los tratamientos médicos.
- Imposibilidad de inclusión de la totalidad de tecnologías NO POS en los contratos, de manera que así estuvieran habilitados, los prestadores debían obtener autorización, sin la cual no podrían brindar el servicio.
- La carga administrativa para lograr autorización para tecnologías NO POS recayó en el prestador que debía adelantar un procedimiento ante la ET y otro ante la EPS – S, en caso que el primero fallara, situación no compatible con su naturaleza ni funciones asignadas en la Ley 100 de 1993.
- La mayoría de las solicitudes de servicios No POS no se tramitan en los términos establecidos, como quiera que conllevan trámites dispendiosos que generan demoras e incertidumbre frente a la prestación de los servicios.
- La autorización previa por parte del pagador de los servicios solicitados, pudo conducir a negaciones injustificadas o justificadas en argumentos no relacionados con la pertinencia de los servicios requeridos, es decir que cuando la autorización

²¹ Documento 201433100246631 de 25/02/2014



la debe generar el pagador, desaparece el criterio objetivo de la instancia técnica – científica que debe evaluar si lo requerido es pertinente de acuerdo con el diagnóstico del paciente.

Al respecto, la SNS señaló frente a la Resolución 5334 de 2008 que “....la materialización de este procedimiento se ve afectada por deficiencias administrativas y financieras de las Entidades Territoriales que dilatan con ello la prestación efectiva del servicio o en un gran número de casos dieron instrucción a las EPS de su Departamento que prestaran el servicio y posteriormente se los recobraran con un pésimo flujo de recursos por este concepto.”²²

En el Régimen Subsidiado los servicios NO POS se financian principalmente con los recursos de SGP para prestación Servicios de Salud a la Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda, con los cuales también se prestan los servicios a la población vinculada.

Hallazgo 12- Suficiencia recursos NO POS Régimen Subsidiado – Orden vigésima cuarta

La orden vigésima cuarta dispuso que el MSPS adoptara medidas, entre otros aspectos, para garantizar que el procedimiento de recobro ante las ET asegurara flujo suficiente de recursos. Se requirió al MSPS, de acuerdo con su responsabilidad frente el mandato, información de los recursos asignados en cada vigencia para financiar lo **NO POS** en el Régimen Subsidiado, sin obtener respuesta completa y oportuna que demostrara suficiencia de recursos desde cuando se profirió la Sentencia en el 2008 hasta el 2013. No es aceptable que el ente rector del sector salud y administrador del sistema de información del SGSSS, no realice seguimiento y análisis de esta información para monitorear el flujo oportuno y suficiente de los recursos NO POS en el Régimen Subsidiado²³.

De la respuesta se colige que para el Ministerio lo ordenado no era de su competencia pues “Dada la organización política del país, la distribución de competencias con la consecuente asignación de recursos y la participación de los territorios en los ingresos corrientes de la Nación para atender a los sectores sociales están dados fundamentalmente en la Ley 715 de 2001 por lo que resulta imperativo insistir que los mecanismos financieros para garantizar la financiación de las competencias legales en salud de los departamentos y distritos está dada por un mandato legal cuya aplicación se corrobora con las asignaciones de recursos del Sistema General de Participaciones que se realiza anualmente con el respectivo el CONPES y la generación de las rentas específicas de orden territorial destinadas a salud reglamentadas por la Ley 643 de 2001, la Ley 223 de 2005 y la Ley 1393 de 2010.”

²² Oficio 2-2013-055987 del 19/07/2013 de la Superintendencia Nacional de Salud a la Corte, entregado a la CGR en físico con oficio 2-2014-023544 de 21/04/2014.

²³ Se precisa que la evaluación del Ministerio de la Resolución 5334 de 2008 no se evidenció para vigencias anteriores al 2013.



Luego de reiterar la solicitud, el MSPS suministró la ejecución presupuestal de Recursos NO POS por Departamento, de acuerdo con el reporte de las ET en el Formato Único Territorial –FUT-, de las vigencias 2010 a 2012, sin entregar datos del 2008 y 2009, con la aclaración respecto a que este instrumento²⁴ es liderado por el Ministerio de Hacienda y su diligenciamiento es responsabilidad de las ET. Esta información presenta un subregistro importante, considerando el número de ET que no reportan: 16 en el 2010, 14 en el 2011, 13 en el 2012 y 14 en el 2013, lo que indica que las capacitaciones del Ministerio sobre el reporte de la información, dirigidas a las ET, al 2013 no han sido efectivas. El Ministerio identificó que la principal dificultad radica en que las ET no cuentan con información diferenciada entre los gastos a la población pobre no asegurada y las atenciones no incluidas en el Plan de beneficios del Régimen Subsidiado, lo que según la respuesta, se definió como indicador de riesgo a partir del año 2011, de conformidad con el Decreto 028 de 2008, en el marco de la estrategia de monitoreo de los recursos.

Cuadro 12

Valor pagado por prestación de servicios de salud a la población pobre afiliada al Régimen Subsidiado no incluidos en el POS (NO POS-S) Rubros A.2.3.2. y A.2.3.8

Departamento	2010	2011	2012	2013
AMAZONAS				
CUNDINAMARCA		3.833.757.000		
SANTANDER	37.955.026.000	34.180.353.000	27.375.700.000	26.855.399.000
NARIÑO	5.670.120.000	10.517.842.000	39.545.816.000	20.196.505.000
CAQUETA	20.536.340.000	18.429.639.000	9.112.047.000	12.897.498.000
GUAVIARE	17.564.000	3.779.092.000	3.785.322.000	2.966.666.000
CESAR	18.256.170.000	2.736.262.000	2.401.698.000	214.058.000
QUINDIO	1.733.923.000	1.720.276.000	945.379.000	2.220.575.000
ARAUCA			1.000.000.000	3.087.900.000
VALLE CAUCA			9.230.328.000	
ATLANTICO			16.492.929.075	12.127.305.000
GUAINIA	408.650.000			
LA GUAJIRA	22.377.258.000	10.539.293.000	80.499.000	
VICHADA		961.321.064.000		
HUILA	70.227.614			5.000.000
TOLIMA	1.745.484.000	45.247.452.000	33.929.135.000	18.324.823.000
BOLIVAR				
BOYACA		46.069.767.000	44.820.548.000	17.025.612.000
VAUPES	65.720.000	283.292.000	96.440.000	193.900.000
CAUCA	0	3.680.776.087	11.033.272.141	
CASANARE			18.483.252.000	
CÓRDOBA		591.601.352		
ANTIOQUIA	133.275.559.000	124.045.852.000	73.478.348.000	42.008.435.000
MAGDALENA				
NORTE SANTANDER	53.454.138.447	52.251.478.708	14.638.773.080	300.878.000
RISARALDA				
SUCRE				
CALDAS		24.330.231.000	20.329.954.819	8.810.030.000
CHOCO	36.010.060.000	818.708.000		
META	958.846.000	31.803.000		
PUTUMAYO			4.175.008.000	2.622.664.000
SAN ANDRES			3.978.893.000	2.215.351.000
BOGOTÁ D.C.				5.859.869.000
CARTAGENA DTC				1.387.023.000
TOTAL	332.535.086.061	383.087.476.147	334.933.342.115	190.684.493.000

Elaboró Equipo Auditor con base en información suministrada por el MSPS con fuente FUT

Notas: El dato de Vichada del 2011 no se consideró en el total por su desproporción frente a los demás Departamentos

En el 2010, 16 departamentos no tienen información; en el 2011, 14; en el 2012, 13 y en el 2013, 14

²⁴ Adoptado mediante el Decreto 3402 de 2007



Con la salvedad frente a las deficiencias de la información y tomando solo los datos reportados por el MSPS, la CGR establece que mientras los recursos aprobados para financiar tecnologías NO POS en el Régimen Contributivo alcanzan \$2.1 billones en promedio del 2010 al 2013 y crecen para este último año, en el Régimen Subsidiado son aproximadamente la sexta parte de estos y decrecen del 2012 al 2013 en un 75%, al pasar de \$334.933 a \$190.684.4 millones. Son más los afiliados al Subsidiado que los del Contributivo, sin embargo para este último se destinan mayores recursos para servicios fuera del POS, lo que podría indicar inequidad y barreras de acceso a estos servicios para la población más pobre, sin que se evidencie evaluación del MSPS para explicar este comportamiento.

Lo anterior no es aceptable para el Ministerio, argumentando que para el pago de la prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda, fueron asignados recursos del SGP en el 2014 por \$1.6 billones además de las rentas cedidas, datos que para la CGR no precisan los recursos objeto de análisis que corresponden a servicios NO POS para la población del Régimen Subsidiado, pues tal como lo señala la Entidad "...hasta tanto no se disponga de la información completa y de la viabilidad de los Planes Financieros de Salud no es procedente afirmar que por destinar mayores recursos al régimen contributivo para el No POS "podría indicar inequidad y barreras de acceso a estos servicios para la población pobre", toda vez que no es posible determinar la insuficiencia de recursos para las atenciones no incluidas en el Plan de Beneficios del régimen Subsidiado..."²⁵

Complementando lo anterior, en el Auto 263 del 16 de noviembre de 2012 se hace alusión al documento de GESTARSALUD en el cual expresó: "...que el trámite de recobro en el régimen subsidiado no funciona adecuadamente, lo cual ha ocasionado que las EPS utilicen los recursos de la UPC para pagar los servicios y luego iniciar un largo proceso de recobro. Lo anterior genera carteras muy altas que ascienden a más de 70 mil millones de pesos, además que deban someterse a multiplicidad de procesos establecidos por cada entidad territorial, dado que el Ministerio no ha creado un proceso unificado para el recobro en ese régimen. Igualmente, coligió que el flujo de recursos es incierto "considerando que no existe fuente suficiente para responder por estas obligaciones, solo se nota cierto flujo de recursos cuando, por resoluciones de asignación, el gobierno destina dinero para sanear estas deudas, pero los recursos siguen siendo insuficientes. Ciertamente el mecanismo de acceso a los servicios no POS S debe evitar procesos innecesarios a los usuarios."

Para el Ministerio, la disminución de la deuda, aunque no es un dato que refleje plenamente la suficiencia de recursos, evidencia evolución financiera positiva de los prestadores de servicios de salud, pues según la información de estos, la cartera por servicios de salud Prestados a la Población Pobre No Afiliada (PPNA) ha disminuido del 2008 a 2013 en \$293.928 millones (44.8%). Además, la Nación para el saneamiento de pasivos del sector, ha destinado recursos que ascienden a

²⁵ Radicado No 201433200744961 del 23-05-2014



\$1.6 billones entre 2010 a 2013 y se han expedido normas que posibilitan el uso por parte de las ET de recursos para el pago de atenciones no incluidas en el Plan de beneficios del Régimen Subsidiado²⁶. Para la CGR la existencia de cartera, pese a su disminución, es un indicador de insuficiencia y flujo inoportuno de recursos.

La respuesta también hace referencia a la expedición de la Resolución 4015 de 2013, que establece la integración y consolidación de la información sobre requerimiento de recursos y fuentes de financiación del SGSSS, incluyendo los relacionados con la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Con este instrumento, el Ministerio contará con la información de los gastos de las ET en la Prestación de servicios no incluidos en el POS del Régimen Subsidiado, sobre la cual realizará el monitoreo para efectos de establecer el gasto que se realiza en estos servicios.

Efectividad de las medidas frente a Recobros ante el FOSYGA

Los recobros de las EPS ante el FOSYGA se dispararon exponencialmente del 2006 al 2011, sin que se adoptaran medidas administrativas efectivas tendientes a frenar el crecimiento, lo cual ocasionó déficit en la Subcuenta de Compensación y generó riesgo de sostenibilidad financiera del Sistema.

Hallazgo 13 - Comportamiento de recobros – Orden vigésima cuarta

La actualización integral del POS realizada en el 2009 con Acuerdos 003 y 008 se vio reflejada en el comportamiento de los recobros en el 2011, con una reducción del 14%, sin embargo, la siguiente actualización realizada en el 2011 con el Acuerdo 29 que entró en vigencia a partir de enero 1º de 2012, no tuvo efecto en la reducción de recobros aprobados para el 2013 por cuanto el aumento fue del 36% frente al 2012. Es decir que las medidas adoptadas no lograron revertir de manera definitiva la tendencia creciente de los recobros al 2013 y continúa el riesgo de sostenibilidad financiera, como se detalla en el cuadro siguiente.

²⁶ Leyes 1393 de 2010, artículo 39, 1485 de 2011, artículo 89 y 1608 de 2013, artículos 2 y 3.



Cuadro 13

Recobros ante FOSYGA

2008- 2013

Cifras en pesos

AÑO	CANTIDAD	RECOBRADO	APROBADO	VARIACIÓN ANUAL APROBADO %
2008	1.551.484	1.759.402.261.989	1.100.245.815.519	
2009	2.646.164	2.553.726.103.085	1.794.494.210.025	63%
2010	3.936.432	3.423.176.592.648	2.351.252.646.867	31%
2011	4.257.420	3.017.240.668.402	2.029.820.123.476	-14%
2012	4.278.329	2.626.273.221.340	1.742.387.841.027	-14%
2013	5.130.015	3.230.169.989.441	2.370.967.514.195	36%

Fuente: MSPS

Según la respuesta de la Entidad, continuamente se presentan innovaciones y sustitución de tecnologías, frente a los cuales la CGR considera que el POS debe responder oportunamente a las necesidades en salud y avances tecnológicos. Con la actualización del POS se esperaba disminución de los recobros, pues las personas accederían directamente a los servicios POS, recurriendo excepcionalmente a trámites ante CTC o tutelas para aprobación de lo no cubierto.

La Entidad justifica el incremento en la radicación y aprobación de recobros, en la optimización de criterios de auditoría y excepción de constancia de pago de facturas, medidas que corresponden a la aprobación de \$672 mil millones en el 2013, que si se descuentan del total de \$2.37 billones aprobados en esta vigencia, darían \$1.7 billones, cifra que para la CGR es similar al 2012 por lo que no muestra reversión de la tendencia creciente, considerada como un problema de impacto en la finanzas del Sistema con consecuencias de riesgo en la sostenibilidad financiera.

Hallazgo 14- Cartera recobros – Orden vigésima cuarta

El pago previo a la auditoría, el giro directo y el saneamiento a recobros glosados son medidas que han mejorado el flujo de recursos, pero no han impactado en las cifras oficiales de cartera de recobros reportadas por la SNS, que en vez de disminuir, crecen. Para el Ministerio, el FOSYGA no tiene cuentas por pagar a las entidades recobrantes por concepto de suministro de tecnologías no incluidas en el POS, pero es la SNS, la entidad competente para fijar los mecanismos y procedimientos contables de las EPS y EPS-S y por tanto, la información por ella entregada, con base en los reportes trimestrales de las EPS y EPS-S en cumplimiento de la Circular Única²⁷, es la que oficialmente muestra el comportamiento de la cartera.

²⁷ Oficio 2-2014-023544 del 21/04/2014 de la Superintendencia Nacional de Salud al Equipo Auditor



Cuadro 14

Consolidado cartera de las EPS y EPS-S con FOSYGA por recobros

Cifras en miles de \$

AÑO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO
	EPS CON FOSYGA	EPS S CON FOSYGA
2008	269.845.778	41.220.062
2009	1.308.974.194	166.762.521
2010	1.490.942.013	259.540.960
2011	2.004.759.020	225.956.736
2012	2.127.295.400	213.341.790
2013	2.937.491.283	235.652.577

Elaboró Equipo Auditor con base en información remitida por la SNS Oficio 2-2014-023544 del 21/04/2014

Cuadro 15

Consolidado cartera mayor de 360 días de las EPS y EPS-S con FOSYGA por recobros

Cifras en miles de \$

AÑO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO
	EPS CON FOSYGA	EPS S CON FOSYGA
2008	65.964.108	7.399.005
2009	281.845.148	34.745.797
2010	469.376.565	52.825.240
2011	749.029.149	102.027.115
2012	941.273.234	117.408.447
2013	1.390.342.050	99.681.793

Elaboró Equipo Auditor con base en información remitida por la SNS Oficio 2-2014-023544 del 21/04/2014

Cuadro 16

Cartera por recobros registrada por las EPS-S con Entidades Territoriales

Cifras en miles de \$

AÑO	EPS CON ET
2008	2.646.259
2009	-
2010	70.035.541
2011	325.766.863
2012	476.565.273
2013	690.368.229

Elaboró Equipo Auditor con base en información remitida por la SNS Oficio 2-2014-023544 del 21/04/2014

Nota: para el 2009 según la SNS las EPS - S no reportaron cartera por estos Recobros en el Balance.

El criterio adoptado por la SNS frente al registro de cartera de recobros ante el FOSYGA no es compartido por el Ministerio, pues para ella, de acuerdo con la Resolución 4361 de 2011, las cuentas pendientes de radicar y radicadas ante el FOSYGA se consideran un Activo de las EPS, mientras para el MSPS, estas no son créditos a favor de las mismas ni un derecho cierto hasta tanto no se haya surtido el proceso de auditoría médica, jurídica y financiera, por lo que, para las EPS del Contributivo y Subsidiado existe cartera ante el FOSYGA, pero para el Ministerio y el FOSYGA no la hay.

Por otra parte, en cuanto a la agilidad y flujo oportuno de recursos, en los Autos de Seguimiento, diferentes organismos plantearon retrasos, inoportunidad y exceso



de intermediación, así como congestión por alto volumen de radicación, entre otras dificultades del trámite de recobros. Al respecto la CGR evidenció:

Hallazgo 15 – Términos para el trámite de recobros – Orden vigésima cuarta

La Orden vigésima cuarta se refería a agilidad y oportunidad en el procedimiento de recobros, respecto a lo cual, en el Régimen Contributivo el término para el estudio y procedencia de pago de recobros se estableció en el artículo 13 de la Resolución 3099 de 2008²⁸, disponiendo de 60 días corrientes para el proceso de auditoría integral por la firma responsable, las revisiones a los resultados de auditoría por parte de la firma interventora, la ordenación del gasto y el giro. Al respecto, los tiempos promedio, de acuerdo con lo reportado por el Ministerio²⁹ y detallado a continuación, muestran desfase frente a la norma, precisando que no se entregaron datos de la Línea MYT03 del 2008 al 2012.

Cuadro 17
Tiempos promedio para pago de recobros
por línea de radicación del 2008 al 2013

LÍNEA DE RADICACIÓN

AÑO	MYT01-MYT02	MYT03	MYT04	GLOSA ADMINISTRATIVA	ART. 111	ART.122
2008	81,59	NO REPORTÓ	76,50	N.A.	N.A.	N.A.
2009	60,42	NO REPORTÓ	69,54	N.A.	N.A.	N.A.
2010	59,92	NO REPORTÓ	59,42	N.A.	N.A.	N.A.
2011	56,17	NO REPORTÓ	214,17	N.A.	N.A.	N.A.
2012	99,00	NO REPORTÓ	266,40	N.A.	51,50	N.A.
2013	69,83	162,63	125,17	138,40	257,50	360,50

Elaboró Equipo Auditor con base en información reportada por el MSPS

Los tiempos promedio desde la radicación hasta el pago de los recobros por las líneas MYT01 (CTC) y MYT02 (Tutela) decrecieron del 2008 al 2011, sin embargo en el 2012 alcanzaron los 99 días y pese a la reducción a 69.8 días en el 2013, en estas dos últimas vigencias superan los 60 días dispuestos en la norma. Por las líneas MYT03 (Pago condicionado) y MYT04 (glosas), la desviación frente a la normativa es mucho mayor, pues los tiempos promedio en el 2013 fueron de 162.63 y 125.17 días, respectivamente. En los mecanismos previstos en los

²⁸ En este artículo se estableció que "El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, deberá adelantar el estudio de la solicitud de recobro e informar a la entidad reclamante el resultado del mismo, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual, se efectuará el pago de las solicitudes de recobro presentadas oportunamente y en debida forma."

²⁹ Soporte correo electrónico del 30/04/2014, Ayuda memoria 201433200501751 del 11/04/2014. Frente a esta información, no se tuvo en cuenta el dato correspondiente a 19 paquetes que presentaron inconsistencia.



artículos 111 y 122 del Decreto Ley 019 de 2011 y en las glosas administrativas, los tiempos promedio en el 2013 superan ampliamente los 60 días.

La Entidad en la respuesta justifica las desviaciones por la contingencia de finalización del contrato 242, declaratoria desierta del concurso CMA-03 de 2011 y suscripción del nuevo contrato de auditoría (055 de 2011), afectando los tiempos en el 2012, además de la tendencia creciente de solicitudes por MYT01 y MTY02, inconsistencias de las EPS en el uso del Formato MYT04 en reemplazo del MYT03 y falta de claridad de los soportes de las entidades recobrantes, entre otros factores. El Ministerio señaló haber adoptado las medidas de ajuste para evitar que a partir del segundo semestre de 2014, una vez se establece el modelo operativo previsto en la Resolución 5395 de 2013, se continúen presentando demoras en el proceso.

3.10. ORDEN VIGÉSIMA QUINTA

"Ordenar al administrador fiduciario del FOSYGA que, a partir de la notificación de la presente sentencia, cuando se trate de servicios de salud cuya práctica se autorizó en cumplimiento de una acción de tutela: (i) la entidad promotora de salud podrá iniciar el proceso de recobro una vez la orden se encuentre en firme, bien sea porque la sentencia de instancia no fue impugnada, bien sea porque se trata de la sentencia de segunda instancia, sin que el procedimiento de autorización del servicio de salud o de recobro pueda ser obstaculizado con base en el pretexto de eventual proceso de revisión que se puede surtir ante la Corte Constitucional; (ii) no se podrá establecer como condición para reconocer el derecho al recobro de los costos que la entidad no estaba legal ni reglamentariamente obligada a asumir que en la parte resolutiva del fallo de tutela se autorice el recobro ante el Fosyga, o la correspondiente entidad territorial. Bastará con que en efecto se constate que la EPS no se encuentra legal ni reglamentariamente obligada a asumirlo de acuerdo con el ámbito del correspondiente plan de beneficios financiado por la UPC. Y (iii) en el reembolso se tendrá en cuenta la diferencia entre medicamentos de denominación genérica y medicamentos de denominación de marca, sin que pueda negarse el reembolso con base en la glosa 'Principio activo en POS' cuando el medicamento de marca sea formulado bajo las condiciones señaladas en el apartado (6.2.1.) de esta providencia.

El Ministerio de Protección Social y el administrador fiduciario del Fosyga deberán presentar un informe sobre el cumplimiento de esta orden antes del 15 de noviembre de 2008 ante la Corte Constitucional."

Acciones adelantadas y resultados obtenidos por la entidad responsable

Cuadro 18

ACCIÓN ADELANTADA	PRODUCTO	RESULTADO OBTENIDO
El Ministerio de Protección Social y el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA dentro del marco de su competencia legal y contractual adoptaron medidas tendientes a garantizar la celeridad, eficiencia y efectividad en el trámite de los recobros que son presentados por las administradoras de planes de beneficios, teniéndose que no fueran impuestas nuevas glosas por concepto de falta de copia auténtica de la providencia que resuelve la acción de tutela, la no	Resolución 3099 de 2008	Flexibilización de requisitos: A partir de la Resolución 3099 de 2008, no se exige para recobros, la constancia de ejecutoria, la copia auténtica del fallo de tutela, ni la condena expresa al FOSYGA en la parte resolutiva del fallo.
	Resolución 3977 de 2008	Período adicional de radicación: La Resolución 3977 de 2008, definió un proceso adicional de radicación entre el 21 y el 24 de octubre de 2008, con el propósito de que le fuese posible a las entidades recobrantes ajustar sus recobros a las nuevas condiciones más flexibles establecidas en las Resoluciones 3099 y 3754 de 2008.



ACCIÓN ADELANTADA	PRODUCTO	RESULTADO OBTENIDO
inclusión de la autorización el recobro ante el FOSYGA en la parte resolutiva del fallo y por la falta de constancia de ejecutoria, en cumplimiento de la orden impartida por la Honorable Corte Constitucional, por lo que se procedió al reconocimiento de aquellas solicitudes de recobro que fueron radicadas por las entidades recobrantes y que en virtud de la aplicación de la normatividad vigente para la época habían sido rechazadas.	Resolución 3876 de 2009	Periodo adicional para la radicación de recobros por fallos de tutela extemporáneas: Con la expedición de la Resolución 3876 de 2009, se estableció plazo hasta el 15 de julio de 2010, para que las entidades presentaran las solicitudes de recobro por los servicios de salud prestados en cumplimiento de un fallo de tutela que en su parte resolutiva no otorgaba posibilidad de recobro ante el FOSYGA, la nación o el MSPS, o cuando la entidad no contaba con la copia auténtica del fallo ni con la constancia de ejecutoria y no habían sido radicados por encontrarse vencido el término de 6 meses de que trata el artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2002
Causal de glosa "Principio Activo en POS" para los medicamentos recetados en denominación de marca	Resolución 3099 de 2008	La Resolución 3099 de 2008 incluyó las reglas para determinar el monto a reconocer y pagar por las solicitudes de recobro, que previa auditoría integral resulten aprobadas.

Fuente: MSPS Oficio 201433200321461 del 11/03/2014

Resultados del seguimiento y evaluación por la CGR

La Resolución 3099 de 2008 en el Artículo 11º no exige para efectos del recobro: constancia de ejecutoria, copia auténtica del fallo de tutela ni autorización en la tutela de recobro ante el FOSYGA, con lo cual se acoge lo dispuesto por la Corte en los ordinarios (i) y (ii) de la Orden vigésimo quinta. Además, el MSPS desde el 2008 hasta el 2010 amplió los términos para radicar recobros glosados o no presentados por las causales suprimidas en la Orden, mediante Resoluciones 3754 de 2008 artículo 3º, 1099 de 2009 y 3876 de 2010.

En cuanto al numeral (iii) de la Orden, respecto a que en el reembolso se tenga en cuenta la diferencia entre medicamentos de denominación genérica y de marca, sin que pueda negarse el reembolso con base en la glosa 'Principio activo en POS', cuando el medicamento de marca sea formulado bajo las condiciones señaladas en el apartado 6.2.1. de la Sentencia, se evidenció la eliminación de esta glosa, acogiendo lo ordenado por la Corte. En lo referente al reembolso aplicando la diferencia entre medicamento genérico y de marca, de acuerdo con la respuesta del MSPS, **esto es inaplicable**, al estar ya considerado dicho aspecto en la fijación de la UPC y además, en los Acuerdos 228 de 2002, 008 de 2009 y 029 de 2012 se previó como obligatoria la utilización de Denominaciones Comunes Internacionales (nombres genéricos) en la prescripción, en este sentido el POS y su financiación con la UPC han incluido un listado explícito de medicamentos cuyo principio activo, forma farmacéutica y concentración deben suministrarse en cualquier forma de comercialización, es decir genérica o de marca, por lo tanto dichos medicamentos no pueden ser recobrados ni reconocidos por el FOSYGA.

Respecto a la última parte de la Orden, sobre la presentación a la Corte por parte del MSPS y del Administrador Fiduciario del FOSYGA, de un informe sobre el cumplimiento de la misma, antes del 15 de noviembre de 2008, según el Auto de 10 de mayo de 2011 dicho informe fue entregado el 14 de noviembre de 2008.



Por su parte, en el informe radicado 4784 del 13 de julio de 2010, en respuesta al Auto 107 de 2010, el MSPS presenta los valores de recobros pagados a las EPS, EPS-S y EPS-I, con corte 30 de abril de 2010, por la eliminación de los fundamentos de las glosas a que hace referencia la Orden vigésimo quinta así: Levantamiento automático: \$40.348.8 millones; Levantamientos automáticos recobros en estado de aprobación condicionada: \$32.765.9 (suma de lo pagado en 4 paquetes); Pago recobros objeto de la nueva radicación de acuerdo con resoluciones 3977, 3754, 5033, 1099 y 3876: \$ 863.553.6 millones y Recobros aprobados mesas de trabajo: \$94.696.3 millones (CTC y T).

En respuesta al Auto 220 de 18 de octubre de 2011 en el cual la Corte solicitó con corte a 30 de junio de 2011, los registros de los recobros glosados, discriminando la cantidad total de presentaciones, pagos y cuentas pendientes y especificando su respectivo valor, el MSPS presentó las siguientes cifras³⁰: -Levantamiento automático fallos de tutela: \$ 18.262.2 millones; -Levantamientos automáticos recobros en estado de aprobación condicionada por fallos de tutela: \$32.765.9; - Pago recobros objeto de la nueva radicación de acuerdo con resoluciones 3977, 3754, 5033, 1099 y 3876: \$ 863.553.6 millones; Recobros aprobados mesas de trabajo: \$57.356.6 millones; Recobros glosados bajo causal principio activo POS - Levantamiento automático: \$22.086.6 millones y Recobros glosados bajo causal principio activo POS – mesas de trabajo: \$25.767 millones.

Hallazgo 16- Consistencia Información pagos Orden Vigésimo Quinta

Según el Auto genérico del 13 de julio de 2009, los informes sobre el cumplimiento de la Sentencia deben orientarse a identificar y sustentar de manera seria, precisa, individual y sólo en relación con la Orden correspondiente, cómo se ha avanzado en la ejecución. En los informes presentados en cumplimiento de los Autos 107 de 2010 y 220 de 2011 se establece que los pagos realizados por la eliminación de las glosas a que hace referencia la Orden vigésimo quinta, ascendieron a \$1.019.791.9 millones y por levantamientos automáticos fueron de \$73.114,7 millones, cifras que no concuerdan con las reportadas en otros informes presentados por el Ministerio a la Corte y a la CGR que se detallan a continuación, generando incertidumbre frente a los valores realmente pagados y evidenciando debilidad en seguimiento, verificación y control.

- El informe presentado a la Corte y al Comité de Verificación el 14 de noviembre de 2008 Radicado 336451, muestra que en 2008 se realizó levantamiento automático de la glosa única por ausencia de constancia de ejecutoria de las solicitudes registradas como MYT02-Fallos de tutela, efectuando pagos por

³⁰ Radicado 360346 del 22/11/2011



\$8.583.9 millones de recobros radicados y pagados en 2008 y de \$7.982.7 millones de recobros de las vigencias 2005 al 2007. De los recobros presentados bajo formatos de aprobación condicionada (MYT03) y objeción a la auditoría (MYT04), dentro de los cuales se encontraron algunos sin pago por ausencia de constancia de ejecutoria, se pagaron \$13.629.3 millones. Para un total de \$30.195.9 millones.

- En el informe radicado 180-09 del 30 de julio de 2009 del Consorcio FIDUFOSYGA 2005 a la Corte se presenta un valor autorizado de \$32.664.3 millones por recobros a los que les aplicaron el levantamiento automático de las glosas en estado aprobado condicionado, cuyo fundamento fue eliminado de acuerdo con los contenidos de la Sentencia.
- Respecto al monto glosado a la fecha de la Sentencia por las causas referidas en la orden vigésimo quinta, nuevamente presentado y finalmente pagado, el MSPS informó a la CGR³¹ que el valor aprobado “Resultados radicación excepcional Tutelas 2008” es de \$31.334.7 millones, correspondiente a cuatro paquetes y aclaran que “...esta información no puede ser desagregada para los años subsiguientes, teniendo en cuenta que obedeció a un periodo excepcional de radicación y que tal como se explica en el siguiente numeral, dichos requisitos fueron eliminados...”

3.11. ORDEN VIGÉSIMA SEXTA

“Ordenar al Ministerio de la Protección Social y al Administrador fiduciario del Fosyga que, si aún no lo han hecho, diseñen un plan de contingencia para (1) adelantar el trámite de las solicitudes de recobro que están atrasadas y (2) agilizar los pagos de las solicitudes de recobro en las que se verificó el cumplimiento de los requisitos de las resoluciones vigentes, pero que aún no han sido pagadas, de acuerdo con lo señalado en esta providencia. Este plan deberá contener al menos: (i) metas específicas para el cumplimiento de la presente orden, (ii) un cronograma para el cumplimiento de las metas y (iii) las acciones que se llevarán a cabo para el cumplimiento de las metas, especificando en cada caso el funcionario responsable de su cumplimiento.

El Plan deberá ser presentado, antes del 15 de noviembre de 2008 ante el Comité de Verificación creado por el Consejo de Estado y ante la Corte Constitucional y deberá ser ejecutado en su totalidad antes de marzo 15 de 2009. En caso de que en esta fecha (15 de marzo de 2009) no se haya efectuado el reembolso de al menos el 50% de las solicitudes de recibo que están atrasadas en el trámite a 31 de septiembre de 2008, independiente de las glosas que tengan, operará un mecanismo de compensación general para dicho 50%. El 50% restante deberá haber sido cancelado en su totalidad antes del primero (1º) de julio de 2009. En caso de que posteriormente se verifique que el Fosyga no estaba obligado a realizar determinados reembolsos, deberá adoptar las medidas para compensar esos recursos, con la correspondiente EPS.

³¹ Radicado 201433200501751 de 11/04/2014



El Ministerio de Protección Social y el administrador del Fcsyga, presentarán un informe sobre la ejecución del Plan de Contingencia cada dos meses al Comité de Verificación.”

Acciones y resultados reportados por la Entidad Responsable

- Formulación del plan de contingencia del entonces Ministerio de la Protección Social y el Administrador de los recursos del FOSYGA, en noviembre de 2008, con el fin de tramitar y agilizar solicitudes de recobros atrasados, con su correspondiente cronograma, remitido a la Corte.
- Cumplimiento de términos previstos en la normatividad para pagos de recobros presentados por las EPS y EOC que cumplan con los requisitos establecidos en los reglamentos de manera que a la fecha no existen retrasos en los pagos.
- Mediante el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012, se amplió el término para la presentación de las solicitudes de recobro, de seis meses a un año.
- Medidas de ajuste institucional: - Creación de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, que de conformidad con el Decreto Ley 4107 de 2011, tiene dentro de sus funciones la administración del FOSYGA y - Separación de las funciones de auditoría integral de los recobros y de la administración fiduciaria de los recursos de dicho Fondo.
- Con la Resolución 2851 de 2012, modificada por la 2729 de 2013, se estableció excepción dentro de los requisitos para presentación de las cuentas, reconociendo los servicios prestados sin que la factura presentada por la IPS se encuentre cancelada por la EPS, agilizando el trámite de recobro en busca de que no se afecten los recursos de la UPC para pagar servicios NO POS.

Resultado del seguimiento y evaluación por la CGR

Hallazgo 17 – Consistencia valores plan de contingencia - Orden Vigésimo Sexta

La Orden vigésimo sexta estableció el diseño de un plan de contingencia para adelantar el trámite de las solicitudes de recobro atrasadas, al respecto se encontraron diferencias en los valores reportados por el MSPS sobre la cantidad de recobros atrasados a 30 de septiembre de 2008 y los valores cancelados con posterioridad a la Sentencia, por deficiencias en los sistemas de información y en el control y verificación de los recobros, generando incertidumbre respecto a la meta del plan de contingencia y su cumplimiento, como se sustenta a continuación.



Los informes dirigidos a la Corte con oficios 180-09 del 30 de julio de 2009 y 7657 del 24 de agosto de 2009 y a la CGR³², presentan los recobros radicados, auditados y pagados de acuerdo con el Plan de Contingencia previsto de noviembre 2008 a marzo de 2009, aclarando que éste contempló solicitudes de recobro con resultado de auditoría condicionado (MYT03) y objetado por la EPS (MYT04). Según el MSPS el Plan de Contingencia se cumplió en un 100%, efectuando los pagos en su totalidad dentro de los términos establecidos por la Corte (antes del 15 de marzo de 2009)³³, así:

Cuadro 19
Recobros radicados, auditados y pagados Plan de Contingencia a Julio 2009

Concepto	Cantidad de recobros radicados	Cantidad recobros auditados y pagados	Recobros no auditados	Cifras en millones de \$	
				Valor girado resultado de auditoría	
MYT 03	8.045	7.734	311*		6.154
MYT 04	11.771	11.771	0		5.064

*No fueron objeto de auditoría por cuanto ya se encontraban aprobados, rechazados o devueltos, no cumplían con la característica de aprobado condicionado.

Fuente: Informe de la Corte Constitucional – Seguimiento orden vigésimo sexta MSPS radicado 201433200501751 de 11/04/2014

Sin embargo, el informe presentado por el MSPS en cumplimiento del Auto 169 del 28 de julio de 2011³⁴, reportó las siguientes cifras:

Cuadro 20
Recobros atrasados a 30/09/2008

TIPO EPS RECOBRANTE	TIPO RECOBRADO	No RECOBRADO	VALOR RECOBRADO
EPS	M	3.521	6,108,009,216.79
	T	13.462	13,204,453,176.23
EPS-i	M	10	42,060,874.50
	T	7	322,998,721.50
EPS-S	M	171	264,436,206.75
	T	182	682,937,913.08
OTRA	T	2	2,211,930.00
TOTAL		17,355	20,627,108,038.85

Fuente: MSPS Oficio 266840 del 05/09/2011

³² Radicado 201433200501751 de 11/04/2014

³³ Con radicado 201433200776811 de 29/05/2014 el MSPS informó frente al no cumplimiento del informe señalado en el Auto 081 de 01/04/2014, "no se realizó ninguna actualización de dicho informe durante las vigencias 2011 y 2012, ya que los recobros que se habían identificado como atrasados en el proceso de auditoría y aquellos pendientes de pago a 30 de septiembre de 2008, habían surtido el trámite correspondiente"

³⁴ Oficio 266840 del 05/09/2011



Cuadro 21

Recobros cancelados con posterioridad a la Sentencia T760-2008 (septiembre 2008)

TIPO EPS RECOBRANTE	TIPO RECOBRADO	No RECOBRADO	VALOR RECOBRADO
EPS	M	3,521	6,106,887,136.79
	T	13,462	13,110,369,009.07
EPS-I	M	10	42,060,874.50
	T	7	322,998,721.50
EPS-S	M	171	263,558,701.75
	T	182	681,598,009.08
OTRA	T	2	2,211,930.00
TOTAL		17,355	20,529,684,382.68

Fuente: MSPS Oficio 266840 del 05/09/2011

En los informes presentados en cumplimiento del Auto 108 de 08 de junio de 2010, la cantidad de recobros radicados fue de 19.816 y los valores pagados de \$11.218 millones, mientras en el informe presentado en cumplimiento del Auto 169 del 28 de julio de 2011, las radicaciones fueron de 17.355 y los valores cancelados de \$20.529.6 millones, para una diferencia en cantidad de recobros de 2.461 y de valores pagados de \$9.311.6 millones. La Entidad en la respuesta reconoce las diferencias agregando que no ha sido posible observar las razones técnicas de las mismas.

Adicionalmente, estos informes no mencionan valores recobrados, aprobados y glosados producto de las mesas de trabajo³⁵, sin embargo el MSPS en la primera respuesta a la CGR si los reportó, asociados al cumplimiento de esta Orden, con un total aprobado de \$118.089 millones del 2008 al 2010, pero en la siguiente respuesta indicó que las mesas trabajo no correspondían a solicitudes atrasadas, generando confusión.

De otro lado, en el Auto 372 del 29 de noviembre de 2010, la Corte presenta el análisis de la información solicitada en el Auto 108 de 08 de junio de 2010, estableciendo que de las 47 EPS, EPS-S y EPS-I, que allegaron información: 20 no detallaron recobros atrasados; 15 relacionaron recobros pendientes de pago pero que la Corte los encontró ya resueltos por el Administrador Fiduciario aplicándoles glosas y 12 presentaron recobros atrasados. Respecto a estos últimos, el Administrador Fiduciario informó³⁶ que fueron auditados y aquellos no

³⁵ Las mesas de trabajo fueron otra alternativa para las EPS, en las cuales se revisaban los recobros negados para verificar si le asistía o no la razón a la EPS en su reclamo (Según radicado 336451 del MSPS del 14/2011/2008). Estas fueron cuestionadas por organismos de control y el Ministerio informó, dentro de las medidas para desactivar la problemática de recobros, la suspensión y eliminación de las mismas, de acuerdo con el documento "Balance de las principales reformas agosto de 2010-julio 2011" mencionado en el Auto 078 de 2012.

³⁶ En Oficio MYT -3200-10 CD 024062 del 24/12/2010



glosados se pagaron en su totalidad, por lo que no tendrían nada pendiente a la fecha de dicho informe.

De acuerdo con la Orden vigésimo sexta, el término máximo para cancelar la totalidad de los recobros atrasados a 30 de septiembre de 2008 era el 01 de julio de 2009, casi cinco años después, no hay certeza en los reportes de las EPS en el número y valor de los recobros atrasados, los valores cancelados y la oportunidad de los pagos. Entre el 2010 y el 2014 la Corte profirió varios Autos solicitando informes al MSPS, Administrador Fiduciario y EPS, EPS-S y EPS-I, con diferentes cortes y formatos, de tal forma que a 12 de mayo de 2014 no se ha concluido el análisis ni la Corte se ha pronunciado sobre el cumplimiento de la Orden.

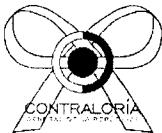
En el Auto 081 de 2014 se solicitó a 46 EPS datos precisos sobre las solicitudes de recobro atrasadas a 30 de septiembre de 2008, tramitadas y aprobadas por la entidad encargada, y de estas, cuáles no habían sido pagadas a la fecha del Auto. Al respecto, el MSPS informó a la CGR que luego de la revisión de la información remitida por las EPS, las solicitudes reportadas como "No tramitadas" ascienden a 20.002 por \$35.775.2 millones y las razones del no trámite se atribuyen a las EPS que no presentan el detalle del número de recobro o se trata de recobros inconsistentes, rechazados, bloqueados, anulados o que no se encuentran en base de datos, haciendo la salvedad que en una de las EPS la información para realizar el cruce fue allegada el 9 de junio de 2014 y se encuentra en verificación.

3.12. ORDEN VIGÉSIMA SÉPTIMA

"Vigésimo séptimo.– Ordenar al Ministerio de Protección Social que tome las medidas necesarias para que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcione de manera eficiente, y que el Fosyga desembolse prontamente los dineros concernientes a las solicitudes de recobro. El Ministerio de Protección Social podrá definir el tipo de medidas necesarias.

El Ministerio de Protección Social también podrá rediseñar el sistema de recobro de la manera que considere más adecuada, teniendo en cuenta: (i) la garantía del flujo oportuno y efectivo de recursos para financiar los servicios de salud, (ii) la definición de un trámite ágil y claro para auditar las solicitudes de recobro sin que el tiempo que dure el auditaje obstaculice el flujo de los recursos (iii) la transparencia en la asignación de los recursos del Fosyga y (iv) la asignación de los recursos para la atención eficiente de las necesidades y prioridades de la salud.

El 1º de febrero de 2009, el Ministerio de Protección Social deberá remitir a la Corte Constitucional la regulación mediante la cual se adopte este nuevo sistema. El nuevo sistema deberá empezar a ser aplicado en el tercer trimestre del año 2009, en la fecha que indique el propio regulador."



Acciones adelantadas por la Entidad Responsable y reportadas a la CGR

Cuadro 22

ACCIONES ADELANTADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS	RESULTADOS OBTENIDOS
1.1. Procedimiento claro, preciso y ágil en la verificación, control y pago de los recobros.		* Expedición de la Resolución 3099 de 2008 y sus modificaciones, las cuales se han venido realizado para lograr que el proceso del recibo sea claro y ágil mediante la definición de los siguientes elementos: i) El procedimiento mediante el cual las entidades recobrantes pueden presentar sus solicitudes ante el Fosyga, ii) El trámite que deben adelantar los médicos tratantes ante el Comité Técnico Científico, para la autorización de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios, iii) Los requisitos que las entidades recobrantes deben observar en la presentación de sus solicitudes, iv) Las glosas aplicables en los casos que las entidades recobrantes no cumplan con los requisitos exigidos y v) Los anexos técnicos que definen la estructura de la captura de la información del proceso de recobros.
1.1.1. Trámite ágil y claro para auditar cada solicitud de recibo sin que el tiempo que dure la auditoría obstruya el flujo de los recursos	*Resolución 3099 de 2008 *Resolución 458 de 2013 *Resolución 5395 de 2013	* Optimización de los criterios de auditoría aplicados a los recobros radicados a partir de marzo de 2013. *Estandarización de códigos, criterios y validaciones utilizadas en la auditoría integral de los recobros. *Expedición de la Resolución 458 de 2013, que unificó el procedimiento del recibo ante el Fosyga. *Diseño e implementación de la radicación Web de las solicitudes de recobros
1.1.2. Procedimientos de auditoría que aseguren la legalidad y la consistencia de los recobros que se presentan ante el Fosyga.	*Manual de Auditoría .	Actualización periódica al manual de auditoría e inclusión de especificaciones relacionadas con reporte al Sistema de Información de Precios de Medicamentos -SISMED y el Código Único de Medicamentos -CUM

Fuente: MSPS

Frente a las acciones reportadas por el MSPS, los avances a nivel normativo se concentran en las vigencias 2011, 2012 y 2013, como se describe en el cuadro siguiente, resaltando que el rediseño introducido con la Resolución 5395 de 24 de diciembre de 2013, entró en vigencia en el 2014.

Cuadro 23
Acciones adelantadas por el MSPS para racionalizar pagos, agilizar flujos y eliminar apropiaciones indebidas

Proceso	Medidas adoptadas
Disminución y eliminación interpretaciones de los contenidos del POS	Ampliación contenidos POS mediante Acuerdo 029 de 2011 Resoluciones aclarando contenidos POS: 4251 de 2012 y 3778 de 2013 Mecanismo de divergencias recurrentes para definir la interpretación de si ciertas tecnologías en salud se encuentran o no incluidas en el POS Expedición de conceptos de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas de Aseguramiento en Salud.
Control de precios	Regulación de precios mediante adopción valores máximos de recobros en el marco del Decreto 4474 de 2012 y Resoluciones 5229 de 2010, 005, 1020, 1967, 3470, 4316 de 2011 y 2569 de 2012 y de precios máximos de venta con circulares 04 de 2012 y 04 de 2013 de la Comisión Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos.
Fortalecimiento auditoría a Prestaciones NO POS	Optimización criterios auditoria aplicables desde marzo de 2013 para suprimir requisitos inocuos: <ul style="list-style-type: none"> • Consistencia información • Nombres usuarios • Evidencia entrega tecnología en salud • Pago de factura de venta o documento equivalente • Integrantes CTC • Reporte SISMED Actualización periódica Manual de Auditoría e inclusión especificaciones con reporte SISMED y CUM. Ajuste diseño muestral recobros que debe tomar el interventor de la firma auditora para la verificación y expedición de procedencias de pago.
Flujo de recursos	Giro previo auditoría integral Giro directo a proveedores de tecnologías en salud NO POS Saneamiento cuentas por recobros



Proceso	Medidas adoptadas
Controles automáticos	Medición de extemporaneidad
	Cruce de variables para identificar posibles pagos dobles sobre una misma presentación
	Identificación usuarios fallecidos para fecha de prestación del servicio
	Control precios en medicamentos
	Identificación soportes ilegibles
	Cruce información con Fiscalía – recobros que hacen parte de procesos penales y Cruce información con SNS – recobros en investigación administrativa
Auditoría recurrente a recobros	Comprobación, verificación y evaluación cumplimiento requisitos formales y sustanciales del recibo con el objeto de identificar sobre el mapa de riesgos y sobre los casos de glosa más representativas, las situaciones anómalas e irregulares y reportarlos
	Implementar acciones tendientes a subsanar los hallazgos evidenciados
	Identificar fallas e irregularidades en gestión recobros y reclamaciones
	Disminuir porcentaje de solicitudes glosadas en el proceso de auditoría integral.
Proceso de reintegro	Aplicación resolución 3361 de 2013. Revisión valores aprobados
Radicación web recobros	Proceso que permitirá de forma previa al proceso de auditoría <ul style="list-style-type: none"> • Validación reglas de negocio y respuesta en tiempo real previos a radicación del recibo • Generación alertas tempranas • Validación automática de la información • Cotejo documental
	Etapas del proceso <ul style="list-style-type: none"> • Pre radicación: Registro de información de cada solicitud de recibo. Esta se valida mediante cruce automático con RENEC, BDUA, CUM, SISMED, Duplicados y órganos de control. • Radicación: presentación formatos de solicitud de recobros que hayan superado etapa de pre radicación y formato resumen de radicación, junto con soportes documentales. • Pre auditoría: verificación que contengan soportes mínimos para adelantar verificación de cumplimiento de requisitos esenciales para pago.

Fuente: informe del MSPS 20133201637391 de 03/12/2013

Mediante Auto 263 del 16 de noviembre de 2012 la Sala de Seguimiento declara el **incumplimiento general** de la Orden vigésimo séptima, señalando entre otros aspectos "...La Sala ha reseñado a lo largo de este proveído las fallas en el procedimiento de recibo que han sido identificadas en el proceso de seguimiento, las cuales fueron expuestas por diversos actores; así como la grave problemática identificada en la Audiencia Pública del pasado 10 de mayo, razones por las que considera que la modificación implementada mediante la Resolución 3099 de 2008 y las normas que le han reformado, es insuficiente para cumplir con el cometido de la orden vigésimo séptima de la sentencia T-760 de 2008, máxime cuando la misma fue proferida antes de conocerse el contenido del fallo en comento. Luego entonces, no se cuenta con una normativa posterior a la providencia objeto de seguimiento, con la cual se haya ejecutado el mandato sub examine, es decir, se haya adelantado una modificación integral tendiente a que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recibo funcione bajo condiciones de agilidad, oportunidad y suficiencia.

Además, el Ministerio de Salud no cumplió con el mandato de rediseño del trámite de recibo, aún cuando la Corte desde el auto del 13 de julio de 2009, recordó la imperatividad de tal orden, si las modificaciones no surtían el efecto deseado."

Resultados de análisis y evaluación por la CGR

Los Autos Específicos de Seguimiento de la Orden vigésima séptima y en particular el 078 y el 263 de 2012, presentan pronunciamientos sobre deficiencias en el proceso de recobros, expuestos por varios organismos hasta la vigencia 2012, a continuación se sintetizan estas deficiencias y se presentan los avances o resultados a 31 de diciembre de 2013 evidenciados por la CGR.



Regulación: En los Autos se describe el exceso de normas, modificación frecuente de requisitos y proceso de recobros, dispersión y falta de claridad en la delimitación de los contenidos POS que origina diferentes interpretaciones. En cuanto a medicamentos, la falta de regulación de precios permitió abusos en recobros a tarifas y precios ilimitados.

Hallazgo 18 - Regulación Sistema de Recobros -Orden vigésima séptima

En cumplimiento de la Orden, el MSPS expidió la Resolución 3099 de 2008, con aplicación del 2008 al 2013, periodo en el cual se evidenció la complejidad del procesos, multiplicidad de requisitos y picos de radicación³⁷, lo que no se ajustaba completamente a las condiciones de un sistema de recobros ágil, claro y efectivo, por lo que se expide la Resolución 458 de 22 de febrero de 2013, optimizando los criterios de auditoría a recobros desde marzo de 2013, sin embargo el rediseño del proceso de recobros contemplado en esta Resolución, no inició su aplicación en los términos previstos (01 de octubre de 2013), por fallas en las pruebas internas y con las EPS que constituyan alto riesgo para el trámite y pago, por lo que se prorrogó su implementación al 31 de diciembre de 2013, a través de la Resolución 3877 de 2013; posteriormente la Resolución 5395 de 24 de diciembre de 2013, derogó entre otras la 3099 de 2008 y la 458 de 2013 y su estabilización e implementación inició en el 2014.

Si bien, el rediseño del sistema de recobros formalmente se dio de manera gradual desde la expedición de la Resolución 3099 de 2008, modificada parcialmente por la 3754 de 2008, en la práctica, la efectividad de los controles a los procesos fue cuestionada especialmente en las vigencias 2009, 2010 y 2011, con graves consecuencias fiscales.

Verificación, control y pagos de recobros ante FOSYGA: la problemática señalada por diferentes organismos a lo largo de los Autos Específicos de Seguimiento especialmente el 263 del 2012, apuntó entre otros aspectos, a:

- Reconocimiento y pago de solicitudes de recobro de servicios incluidos en el POS.
- Inconsistencias entre la base de datos magnética y los soportes físicos de los recobros.
- Inexistencia de documentación con la justificación del medicamento y diagnóstico.
- Ausencia de soportes que demuestren que el medicamento fue entregado.
- Cobros repetidos de un mismo servicio.
- Servicios NO POS pagados por encima de los valores máximos establecidos.
- Incongruencias en fechas de prestación del servicio.

³⁷ Aspectos planteados en oficio 201311300792561 de 18/06/2013 del MSPS a la Corte Constitucional



- Reconocimiento y pago de recobros por servicios a usuarios fallecidos.
- Debilidades en los procesos de auditoría integral e interventoría.
- Fallas en la estructura de la malla validadora, archivos planos y formatos.
- Indefinición y desactualización de los planes de beneficios.
- Desregularización de precios de medicamentos, recobros por encima del valor comercial, diferencias con los reportes de SISMED; la información sobre precios, uso y calidad de medicamentos es escasa, limitada, poco estandarizada y fragmentaria.
- Ausencia de mecanismos sancionatorios ejemplarizantes.

De acuerdo con lo anterior, diferentes organismos señalaron insuficiencia e ineeficacia de las medidas adoptadas, ausencia de controles efectivos, malversación de recursos, crisis financiera y colapso del sistema de recobros. Por su parte, la CGR ha evidenciado corrupción en el trámite de recobros, prácticas perversas y pérdidas considerables de recursos, por lo que adelanta procesos de responsabilidad fiscal por sobrecostos y pagos de medicamentos incluidos en POS e inconsistencias en recobros, entre otros. El detalle de las acciones adelantadas por la CGR se registra en los informes trimestrales que presenta en cumplimiento de lo ordenado en el Auto 263 del 2012.

La Procuraduría General de la Nación, de acuerdo con el Auto Específico 263 del 2012 "...expresó que respecto de las quejas y procesos disciplinarios que se adelantan por la entidad por malversación de recursos, desviación de fondos y/o corrupción en recobros, los procesos en trámite a 2012 son 343." y la Superintendencia de Industria y Comercio en el mismo Auto señaló adelantar investigaciones en contra de EPS y ACEMI, con sanciones administrativas por violación del régimen de protección de la competencia al haber realizado acuerdos anticompetitivos.

Con las medidas adoptadas se evidencian avances, sin embargo persisten deficiencias en el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro que afectan su eficiente funcionamiento y la transparencia en la asignación de los recursos, como se describe a continuación.

Hallazgo 19- Verificación, control y pago recobros – Orden vigésima séptima

La orden vigésima séptima disponía que el MSPS tomara las medidas para que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcionara de manera eficiente. Para ello, se establecieron controles y validaciones desde la Resolución 3099 de 2008, consistentes en auditoría médica, jurídica y financiera a los recobros radicados, luego la firma interventora verifica y certifica estos resultados previo al cierre de paquetes y de manera complementaria el MSPS realiza validaciones de sistemas para identificar posibles duplicados, correcta aplicación de valores máximos y no inclusión de los servicios POS. Estos controles y validaciones no son del todo efectivos, pues luego de haberse



auditado, certificado, validado y pagado los recobros, se identifican recobros aprobados y pagados contraviniendo los requisitos establecidos y generando apropiaciones o reconocimientos sin justa causa³⁸, como se detalla a continuación:

Cuadro 24

PRIMERA ITERACIÓN (octubre 2011 a mayo 2013)

Cifras en millones de pesos

LÍNEA	Monto involucrado solicitud aclaración	Monto involucrado aclarado	Monto que continúa en proceso de reintegro	Valor reintegrado	Valor no aclarado
BDUA	9.460,30	8.869,24	591,06	65,35	525,71
RNEC	2.306,23	369,94	1.936,29	15,65	1.920,64
DUPLICADOS	23,87	2,81	21,06		21,06
MEDICAMENTOS POS	10.658,53	5.472,94	0,00		
PROCEDIMIENTOS POS	2.703,91	938,18	0,00		
PORCENTAJE FALLOS TUTELA	19.446,41				
VALORES MÁXIMOS	17.322,42				
TOTALES	61.921,67	15.653,11	2.548,41	81,00	2.467,41

Fuente: MSPS - Radicado 201433200501751 de 11/04/2014

De los \$61.921.6 millones involucrados como posibles pagos indebidos en la primera iteración, fueron aclarados \$15.653.1 millones, en proceso de reintegro \$2.548.4 millones y en proceso de aclaración \$43.720.1 millones (74.7%) y el monto reintegrado a abril de 2014 asciende \$81 millones, cifra inferior al 1% de los recursos involucrados. Según el MSPS para las líneas BDUA, RNEC y duplicados ya se cumplieron los términos para dar respuesta a la solicitud de reintegro y está pendiente el envío a la SNS de conformidad con la Resolución 3361 de 2013.

Ahora, el 81% de monto involucrado sobre el cual se solicitó aclaración, corresponde a líneas relacionadas con posibles errores o deficiencias en la auditoría al proceso de recobros (Medicamentos y Procedimientos POS, porcentaje fallos de tutela y valores máximos), con aclaración de apenas el 12% y sin reintegro de recursos. Según el MSPS, frente a estas líneas la firma auditora se encuentra en proceso de análisis.

En la segunda iteración (junio a noviembre de 2013) el monto involucrado en solicitud de aclaración es de \$21.702.8 millones y según el MSPS se encuentra en proceso de aclaración por la firma auditora.

³⁸ Evidenciado en la información suministrada con radicado 201433200501751 de 11/04/2014, de acuerdo con la revisión de los paquetes de recobros radicados a partir de octubre de 2011, realizada por la Unión Temporal Nuevo Fosyga, en virtud del contrato 055 de 2011,



Cuadro 25

SEGUNDA ITERACIÓN (junio 2013 a noviembre 2013)

Cifras en millones de pesos

LÍNEA	Monto involucrado solicitud aclaración
BDUA	3.672,84
RNEC	3.906,52
DUPLICADOS	20,17
MEDICAMENTOS POS	1.707,43
PROCEDIMIENTOS POS	2.534,97
PORCENTAJE FALLOS TUTELA	7.887,32
VALORES MÁXIMOS	1.618,01
RÉGIMEN EXCEPCIÓN	1,20
LICENCIAS E INCAPACIDADES	354,36
TOTALES	21.702,82

Fuente: MSPS - Radicado 201433200501751 de 11/04/2014 tomado de informes de reintegro UT Nuevo Fosyga

La tercera iteración (diciembre de 2013) a 11 de abril de 2014 se encontraba en proceso de identificación de posibles casos de recursos reconocidos sin justa causa de recobros radicados en este periodo.

Aun cuando los procesos de reintegro, estarían en general dentro de los términos dispuestos en la Resolución 3361 de 2013, de acuerdo con el cronograma establecido, la recuperación de recursos de auditorías de recobros radicados durante el periodo octubre de 2011 a diciembre de 2013, tenía como fecha de finalización marzo de 2014³⁹, sin embargo, de acuerdo con el reporte del 11 de abril de 2014⁴⁰ y como se observa en cada iteración, el proceso de recuperación no había culminado.

La CGR en consideración a los antecedentes de gestión fiscal ineficiente en la recuperación de recursos reconocidos en forma indebida por recobros, las múltiples inconsistencias y deficiencias en los recobros radicados y las intervenciones y/o liquidaciones a las que continuamente se ven sometidas las entidades recobrantes, advierte sobre el riesgo en la recuperación oportuna y efectiva de la totalidad de estos recursos.

La respuesta del MSPS justifica los reconocimientos sin justa causa en la complejidad del proceso, actualizaciones permanentes de bases de datos y validaciones de tecnologías POS, valores máximos de medicamentos, duplicados y porcentaje en fallos de tutela, además informa que se adelanta el proceso de la Resolución 3361 de 2013 para el reintegro de los mismos y que con la Resolución 5395 de 2013, con implementación en el 2014, se previeron validaciones en la pre-radicación para excluir del proceso de auditoría solicitudes de recobro con

³⁹ Según radicado 201333201637391 de 03/12/2013 del MSPS a la Corte, página 20

⁴⁰ Según radicado 201433200501751 de 11/04/2014, Ayuda memoria entrevista recobros.



errores, con lo cual se espera mejorar el número de radicaciones efectivas y reducir reconocimientos indebidos.

Por otra parte y respecto a la definición de un trámite claro para auditar las solicitudes de recobro se evidencia en el comportamiento de las glosas, que aunque aumenta el valor recobrado (radicado), disminuye la glosa en la vigencia 2013 frente a los años anteriores, según el MSPS por la supresión de trámites inocuos, optimización de criterios de auditoría e implementación de la Resolución 2729 de 2013.

Cuadro 26

**Valores recobros -aprobación y glosa-
2008- 2013**

Cifras en pesos

AÑO	CANTIDAD	TOTAL RECOBRADO	APROBADO	GLOSADO	PORCENTAJE DE GLOSA
2008	1.551.484	1.759.402.261.989	1.100.245.815.519	659.156.446.471	37%
2009	2.646.164	2.553.726.103.085	1.794.494.210.025	759.231.893.060	30%
2010	3.936.432	3.423.176.592.648	2.351.252.646.867	1.071.923.945.781	31%
2011	4.257.420	3.017.240.668.402	2.029.820.123.476	987.420.544.926	33%
2012	4.278.329	2.626.273.221.340	1.742.387.841.027	883.885.380.313	34%
2013	5.130.015	3.230.169.989.441	2.370.967.514.195	859.202.475.245	27%

Fuente: MSPS

Nota: el valor glosado no coincide con el reportado en el Mapa de glosas entregado por el MSPS, información entregada como soporte del oficio 201433200501751 de 11/04/2014

Si bien se presenta reducción en el porcentaje de glosa para el 2013, las glosas tienen alta representatividad frente a la radicación, ascendiendo a \$859.202.4 millones en 2013, lo que evidencia deficiencias en el proceso de recobros en las entidades recobrantes, por ausencia de controles, de procesos y procedimientos estandarizados, desconocimiento de la normativa y sistemas de información desarticulados y sin parametrización específica para el proceso de recobros⁴¹.

Hallazgo 20- Calidad y consistencia información recobros aprobados 2013 – Orden vigésima séptima

La CGR solicitó "...los datos de los recobros aprobados y aprobados condicionados, durante el 2013 (del 1 enero al 31 de diciembre de 2013)..." y el MSPS entregó la información reportada en medio magnético por las EPS, almacenada en la base de datos de medicamentos y tutelas, a cargo del administrador fiduciario del FOSYGA, la cual no se ajusta a lo preceptuado en el Decreto Ley 1281 de 2000 Artículo 5º Inciso primero y la Ley 1438 de 2011 Artículo 114. Las deficiencias encontradas son:

⁴¹ De acuerdo con las visitas a entidades recobrantes realizadas en 2012 y 2013(4 en 2012 y 13 en 2013), en el marco de las auditorías concurrentes a recobros y reclamaciones, informadas en oficio 201433200501751 de 11/04/2014 y 201333201637391 de 03/12/2013.



- No fue posible realizar el cruce total de la información de recobros aprobados y aprobados condicionados para el 2013 con el Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011, para verificar que no se aprobaran tecnologías incluidas en el POS, debido a la deficiencias y la falta de estandarización de códigos y nombres de los medicamentos tal como se muestra en los siguientes ejemplos.

Cuadro 27

Ejemplos de deficiencias y falta de estandarización de códigos y nombres de medicamentos

NUMERO_R ADICACION	CODIGO_TIPO_ITEM_R ECOBRO	CODIGO_MEDICAMENTO	NOMBRE_MEDICAMENTO	FECHA_PRESTACION_SER VICIO
25627669	MDA	MD001768	CAPECITABINA 500 MG(TABLETA)	2012-02-24 00:00:00.000
25627669	MDA	MD001825	TRASTUZUMAB 440 MG (SOLUCION INYECTABLE)	2012-12-11 00:00:00.000
25629445	MDA	MD002258	LEVETIRACETAM 1000 MG (TABLETA)	2012-10-30 00:00:00.000
54002276	MDA	99019860	SITAGLIPTINA TABLETAS POR 50 MGRS CAJA POR 28 TABLETAS	2012-11-30 00:00:00.000
54156829	MDA	MDA001917	EXEMESTANE 25 MG (TABLETA RECUBIERTA)	2012-02-24 00:00:00.000
54000450	MDA	#N/A	#N/A	2012-12-09 00:00:00.000
54137432	MDA	2009 M-012825 R1	LAMOTRIGINA	2012-03-26 00:00:00.000
54213560	MDA	256443	PAÑAL ADULTO X 8 UNIDADES	2013-01-23 00:00:00.000

- Existen fechas de prestación del servicio anteriores a la fecha solicitud por parte del médico tratante, se detectaron 19.987 registros. Si bien existe esta posibilidad en los casos de urgencia, los tiempos de solicitud del médico tratante exceden lo establecido en la norma llegando hasta 4.383 días. Algunos ejemplos de lo anterior se observan a continuación.

Cuadro 28
Ejemplos Fechas

NUMERO_RAD ICACION	NUMERO_PAQUE TE (MES_AÑO)	CODIGO_TIPO_ RECOBRO	FECHA_RADI CACION	FECHA_SOLICITU D_MEDICO	FECHA_PRESTACI ON_SERVICIO	DIFERENCIA
55050819	6_2013	M	17/06/2013	06/02/2013	06/02/2001	-4383
54819040	6_2013	M	05/06/2013	16/02/2013	12/03/2001	-4359
55667055	8_2013	M	14/08/2013	20/05/2013	28/07/2002	-3949
53497887	1_2013	M	15/01/2013	20/05/2012	23/10/2001	-3862
54994239	6_2013	M	13/06/2013	03/04/2013	05/04/2003	-3651
53421940	1_2013	M	14/01/2013	03/10/2012	08/11/2002	-3617
53394564	1_2013	M	14/01/2013	13/03/2012	19/04/2002	-3616
55654694	8_2013	M	14/08/2013	08/05/2013	19/06/2003	-3611
54233906	4_2013	M	02/04/2013	09/04/2012	14/08/2002	-3526

Se encontraron 11 registros de recobros en los cuales el número de documento del afiliado es igual a cero (0).



Cuadro 29

Inconsistencias número de documento

NUMERO_RADICACION	NUMERO_PAQUETE_MESAÑO	NUMERO_DOCUMENTO	PRIMER_APELLIDO	SEGUNDO_APELIDO	PRIMER_NOMBRE	SEGUNDO_NOMBRE
26056797	10_2013	0	RENDON	DE QUIROZ	DOLLY	
54323558	4_2013	0	VELEZ	DE ESCOBAR	MARIA	OFELIA
54157869	3_2013	0	SANTANA	GOMEZ	Luz	MARIA
54323559	4_2013	0	HOYOS	DE FLOREZ	MARIA	DEL CARMEN
54481408	4_2013	0	ZAPATA	MAZO	JESUS	MARIA
25629249	3_2013	0	VARON	SIERRA	SAMUEL	
54323626	4_2013	0	RESTREPO	HENAO	MIRYAN	DEL SOCORRO
55706384	8_2013	0	BOLANOS	SANTACRUZ	JUAN	STEBAN
25841781	7_2013	0	ZAPATA	ZAPATA	PIEDAD	MARINA
54481407	4_2013	0	CASTRO		FRANCISCO	JOSE
56118338	9_2013	0	CASTELLANOS	GUERRA	BLANCA	ISABEL

- Se evidenciaron códigos de medicamentos incompletos o errados, tal como se muestra a continuación:

Cuadro 30

Ejemplos Códigos medicamentos incompletos o errados

NUMERO_RADICACION	NUMERO_PAQUETE_(MES_ANO)	CODIGO_TIPO_ITEM_RECUBRO	CODIGO_MEDICAMENTO	NOMBRE_MEDICAMENTO	VALOR_APROBADO_ITEM	FECHA_PRESTACION_SERVICIO
25466391	2_2013	MDA	0	QUETIAPINA 100 MG (TABLETA)	16800	2012-07-11 00:00:00.000
54467941	4_2013	MDA	0	#N/A	111720	2013-04-05 00:00:00.000

NUMERO_RADICACION	NUMERO_PAQUETE_(MES_ANO)	CODIGO_TIPO_ITEM_RECUBRO	CODIGO_MEDICAMENTO	NOMBRE_MEDICAMENTO	CODIGO_TIPO_PRESENTACION_MEDICAMENTO	VALOR_APROBADO_ITEM	VALOR_APORADO
57151670	12_2013	PD	F906471	#N/A	N/A	65300	65300
57151678	12_2013	PD	F9064106	#N/A	N/A	69600	69600
57183871	12_2013	IN	SD-000007	#N/A	TABLETAS	32500	32500
57234370	12_2013	IN	SD-000007	#N/A	CAPSULAS	32500	32500
57183842	12_2013	IN	99014435	#N/A	TUBO	28808	28808
54000450	3_2013	MDA	#N/A	#N/A	TABLETAS	201210	201210
57183909	12_2013	IN	SD-000907	#N/A	TABLETAS	32500	32500
57234375	12_2013	IN	SD-000008	#N/A	TABLETAS	37000	37000
54489132	4_2013	MDA	#N/A	#N/A	CAPSULAS	123750	123750
57234367	12_2013	IN	SD-000007	#N/A	CAPSULAS	32500	32500
54467941	4_2013	MDA	0	#N/A	CAPSULAS	111720	111720
57183917	12_2013	IN	SD-000007	#N/A	CAPSULAS	32500	32500
57216497	12_2013	IN	99011685	#N/A	AMPOLLAS	1059465	1059465

- Se identificaron 184.044 registros para los cuales el campo CODIGO_TIPO_PRESENTACION_MEDICAMENTO contiene valor cero (0), de los cuales 3.315 corresponden a medicamentos. Algunos ejemplos son:

Cuadro 31
Ejemplos inconsistencias campo tipo presentación medicamento

NUMERO_RADICACION	NUMERO_PAQUETE_(MES_ANO)	CODIGO_TIPO_ITEM_RECUBRO	CODIGO_TIPO_DIAGNOSTICO	CODIGO_MEDICAMENTO	NOMBRE_MEDICAMENTO	CODIGO_TIPO_PRESENTACION_MEDICAMENTO
26230643	12_2013	MD	I10X	00041240-01-0C05CA53	DAFLON 500	0



NUMERO_RADICACION	NUMERO_PAQUETE_(MES_AÑO)	CODIGO_TIPO_ITEM_RECOPRÓ	CODIGO_TIPO_DIAGNÓSTICO	CODIGO_MEDICAMENTO	NOMBRE_MEDICAMENTO	CODIGO_TIPO_PRESENTACIÓN_MEDICAMENTO
26256663	12_2013	MD	I839	20015001-03-0N03AX16	MARTESIAÂ® 75 MG	0
26257795	12_2013	MD	G809	20032011-09-0C05AX04	UNGUENTO "ALMIPRO"	0
26257661	12_2013	MD	N189	00047188-01-0G04BD04	DELIFON JARABE	0
26258272	12_2013	MD	I10X	00034016-02-0C07AB07	CONCORÂ® 5 MG TABLETAS LACADAS	0
				19978456-07-0R03DC03	AIRBRON (MONTELUKAST 10 MG TABLETA RECUBIERTA CON PELÂ CULA)	0
26187128	12_2013	MD	J440	00041240-01-0C05CA53	DAFLON 500	0
26211782	12_2013	MD	I872			

- En el campo PRESENTACIÓN el 89 % no tiene información, es incompleta o registra cero, el resumen de lo anterior se observa a continuación.

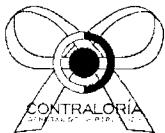
Cuadro 32
Campo presentación

PRESENTACION	TIPO DE INFORMACION
Vacios	4.723.543
A SOL. INY	17
Con cero (0)	1
Otros	96
Total	4.723.657

- Se detectaron 22 registros de recobros radicados por CTC, para los cuales el campo NUMACTACTC es igual a cero (0).

Cuadro 33
Campo NUMACTACTC es igual a cero

NUMERO_RADICACION	NUMERO_PAQUETE_MESAÑO	CODIGO_TIPO_RECOPRÓ	NUMACTACTC	FECACTA
55660394	8_2013	M	0	2013-04-16 00:00:00.000
54467319	4_2013	M	0	2013-02-15 00:00:00.000
54931493	6_2013	M	0	2013-03-22 00:00:00.000
55903056	9_2013	M	0	2013-03-15 00:00:00.000
56859853	11_2013	M	0	2013-08-30 00:00:00.000
55483631	8_2013	M	0	2013-06-11 00:00:00.000
55888436	9_2013	M	0	2010-05-27 00:00:00.000
55793813	9_2013	M	0	2013-04-23 00:00:00.000
55887922	9_2013	M	0	2013-02-26 00:00:00.000
54729510	5_2013	M	0	2013-02-05 00:00:00.000
55485161	8_2013	M	0	2010-05-27 00:00:00.000
55480134	8_2013	M	0	2013-04-26 00:00:00.000
57490031	12_2013	M	0	2013-09-03 00:00:00.000
55903434	9_2013	M	0	2013-06-07 00:00:00.000
55972910	9_2013	M	0	2013-06-21 00:00:00.000
57476602	12_2013	M	0	2013-07-26 00:00:00.000
54693703	5_2013	M	0	2013-02-08 00:00:00.000
55004875	6_2013	M	0	2013-01-22 00:00:00.000
54468597	4_2013	M	0	2013-02-27 00:00:00.000



NUMERO_RADICACION	NUMERO_PAQUETE_MESAÑO	CODIGO_TIPO_REC_OBRO	NUMACTACTC	FECACTA
55903046	9_2013	M	0	2013-02-01 00:00:00.000
55954048	9_2013	M	0	2012-11-16 00:00:00.000
56211483	9_2013	M	0	2013-02-26 00:00:00.000

- Se detectaron 28.802 registros de recobros radicados por tutela, para los cuales el campo NUMFALLO es igual a cero (0). Algunos ejemplos son:

Cuadro 34
Campo NUMFALLO es igual a cero

NUMERO_RADICACION	NUMERO_PAQUETE_MESAÑO	CODIGO_TIPO_REC_OBRO	NUMFALLO	FECFALLO
26238586	12_2013	T	0	2004-08-06 00:00:00.000
26202267	12_2013	T	0	2008-05-13 00:00:00.000
26218375	12_2013	T	0	2010-10-07 00:00:00.000
26145513	11_2013	T	0	2011-05-30 00:00:00.000
26188033	12_2013	T	0	2006-01-22 00:00:00.000
26145513	11_2013	T	0	2011-05-30 00:00:00.000
26145555	11_2013	T	0	2011-05-13 00:00:00.000
26145986	11_2013	T	0	2011-12-15 00:00:00.000
25510206	2_2013	T	0	2005-06-08 00:00:00.000
26126602	11_2013	T	0	2009-11-20 00:00:00.000
26230675	12_2013	T	0	2007-10-30 00:00:00.000
26086004	10_2013	T	0	2003-12-03 00:00:00.000
26026504	9_2013	T	0	2012-02-23 00:00:00.000
26026505	9_2013	T	0	2009-07-07 00:00:00.000
26026577	9_2013	T	0	2003-07-03 00:00:00.000
26031482	9_2013	T	0	2007-12-05 00:00:00.000
26148850	11_2013	T	0	2008-03-04 00:00:00.000
26138976	11_2013	T	0	2003-12-11 00:00:00.000
26237621	12_2013	T	0	2008-06-27 00:00:00.000
26237663	12_2013	T	0	2004-01-27 00:00:00.000
26237699	12_2013	T	0	2007-11-23 00:00:00.000

- Se encontraron 78 registros para los cuales el campo COD_EPS es inconsistente, algunos ejemplos se presentan a continuación.

Cuadro 35
Campo COD_EPS es inconsistente

NUMERO_RADICACION	NUMERO_PAQUETE_(MES_AÑO)	CODIGO_TIPO_RADICACION	CODIGO_TIPO_REC_OBRO	TRADICACION	NRORADICACIONANT	COD_EPS
25997906	9_2013	1	T	MYT01	0	170000
25997907	9_2013	1	T	MYT01	0	170000
26251379	12_2013	1	T	MYT01	0	170000
26251377	12_2013	1	T	MYT01	0	170000
26138026	11_2013	1	T	MYT01	0	170000
26251363	12_2013	1	T	MYT01	0	170000
26251312	12_2013	1	T	MYT01	0	170000
26251314	12_2013	1	T	MYT01	0	170000
26251363	12_2013	1	T	MYT01	0	170000
26138066	11_2013	1	T	MYT01	0	170000

Estas deficiencias son originadas por las EPS en la información entregada en los medios magnéticos, sin embargo para el MSPS la auditoría se realiza sobre los



medios físicos pues según la respuesta, la magnética no puede ser modificada por el Ministerio o Administrador Fiduciario.

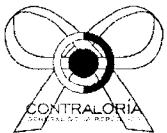
Para la CGR es claro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 11 del Decreto Ley 19 de 2012⁴², que no puede rechazarse una solicitud de recobro por errores o inconsistencias en los formatos que alimentan la base de datos, sin embargo, los errores deben corregirse e informarse al interesado y dejar trazabilidad, lo cual no se evidencia porque en el proceso de auditoría integral no siempre se deja registro en el campo “observaciones”, de las diferencias identificadas en la información física y magnética y que dan lugar a la aprobación o reliquidación de un recobro, por lo tanto tampoco se puede llevar la trazabilidad de la auditoría, tal como se evidenció en los 5.249.676 registros sin información en el campo “observaciones”, de total de recobros aprobados por 5.250.109.

El hecho de que prime la información física sobre la magnética, no es óbice para que no se garantice la calidad, veracidad y confiabilidad de información almacenada en la base de datos de recobros. Las deficiencias en la información restringen la verificación del cumplimiento de requisitos para la aprobación de los recobros, la cual únicamente puede hacerse sobre registros físicos, uno a uno, tarea que solo la firma auditora está en capacidad de realizar, pues ni la firma interventora para certificar el proceso de auditoría revisa un número representativo de recobros, ni la CGR podría analizar una muestra significativa. Esta limitante fue contemplada por la CGR en informes anteriores de auditoría al FOSYGA.

En la Orden vigésimo séptima se hace alusión a la transparencia en la asignación de los recursos del FOSYGA, la cual se ve afectada, cuando no es posible obtener en forma ágil, íntegra y veraz la información esencial que fundamenta el reconocimiento de un pago. La CGR reitera que la base de datos debe reflejar información de calidad, íntegra, veraz y confiable, de manera que sea posible realizar en tiempo real, seguimiento, control y verificación de forma sistematizada sobre el universo de los recobros y no manual y solo por muestreo.

El Ministerio en su respuesta señala al respecto que: “...ha requerido a la firma encargada de realizar la auditoría a las solicitudes de recobros, la caracterización de la información que presentan las entidades recobrantes a fin de establecer planes de acción con cada una para lograr en un determinado tiempo, la identidad de la

⁴² El Artículo 11 del Decreto Ley 019 de 2012 establece que ninguna autoridad administrativa podrá devolver o rechazar solicitudes contenidas en formularios por errores de citas, de ortografía, de mecanografía, de aritmética o similares, salvo que la utilización del idioma o de los resultados aritméticos resulte relevante para definir el fondo del asunto de que se trate y exista duda sobre el querer del solicitante. Cualquier funcionario podrá corregir el error sin detener la actuación administrativa, procediendo en todo caso a comunicar por el medio más idóneo al interesado sobre la respectiva corrección.



información entre los soportes físicos y los medios magnéticos, respecto a las variables y campos que resultan relevantes para el proceso de auditoría y para asegurar la calidad, veracidad y confiabilidad de la información.”

Hallazgo 21- Recobros aprobados por fallecidos (F)

Se realizó el cruce de la información suministrada por el MSPS de recobros aprobados y aprobados condicionados durante la vigencia 2013, con la base de datos de fallecidos de la Registraduría Nacional del Estado Civil – RNEC con corte a 6 de marzo de 2013. El resultado de este cruce fue depurado, evidenciando 1.768 registros de posibles afiliados por los cuales se aprobaron recobros con fecha de prestación del servicio posterior a la fecha de fallecimiento informada por la RNEC, por los cuales se constituye un presunto daño patrimonial por \$6.621 millones.

El MSPS entregó explicaciones en un archivo en Excel indicando las posibles deficiencias en las fechas analizadas y los posibles errores de la RNEC, así como los recobros que se encuentran en proceso de revisión para ser reintegrados, sin embargo no entregó soportes de 452 registros y no se adjuntó certificación de la RNEC en los casos en que se señala error en la fecha reportada por esta Entidad.

Hallazgo 22- Recobros pagados dos veces (F)

En la información suministrada por el MSPS de los registros de recobros aprobados y aprobados condicionados durante el 2013, se encontraron 209 registros de posibles recobros aprobados dos veces al encontrar duplicidad en los siguientes campos: LINEA_DE_RADICACION, CODIGO_TIPO_DOCUMENTO, NUMERO_DOCUMENTO, PRIMER_APELLIDO, SEGUNDO_APELLIDO, PRIMER_NOMBRE, SEGUNDO_NOMBRE y CODIGO_MEDICAMENTO y FECHA_PRESTACION_SERVICIO, sobre los cuales la Entidad en su respuesta no entrega soportes que aclaren o desvirtúen lo observado por la CGR.

Lo anterior es originado por deficiencias en la información reportada por las entidades recobrantes y registrada en la base de datos de recobros y contraviene lo establecido en la Resolución 3099 de 2008 y sus modificatorias, así como el Decreto Ley 1281 de 2000 Artículo 5 Inciso primero y la Ley 1438 de 2011 Artículo 114; lo cual se consideraría con presunto alcance fiscal por \$ 792.1 millones, de acuerdo con el artículo 6° de la Ley 610 de 2000.

Hallazgo 23- Descuento homólogos - Orden vigésima séptima

El MSPS reguló para los recobros por medicamentos NO POS autorizados por CTC, la aplicación de la diferencia con el homólogo o sustituto del POS, según artículo 26 literal a de la Resolución 3099 de 2008, es decir que el reconocimiento



del recobro debe hacerse por la diferencia entre el valor del medicamento NO POS y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se reemplaza o sustituye, no obstante se evidenció que esta medida no fue aplicada en 196 casos, en los cuales la entidad recobrante no incluyó el reemplazo o sustituto en el acta del CTC ni descontó el valor del homólogo. Según la respuesta de la Entidad, los recobros señalados serán objeto de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa. En este sentido, es necesaria la identificación por parte del MSPS, de la totalidad de los recobros aprobados y pagados en los cuales no se aplicó la diferencia establecida en la norma y adelantar el proceso de reintegro de recursos.

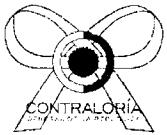
Hallazgo 24- Regulación Homólogos POS

El MSPS reguló para los recobros por medicamentos NO POS autorizados por CTC, la aplicación de la diferencia con el homólogo o sustituto del POS⁴³, es decir que el reconocimiento del recobro debe hacerse por la diferencia entre el valor del medicamento NO POS y el equivalente, sustituto u homólogo del POS, esta medida fue contemplada solo para lo autorizado por CTC y no vía tutela ni para otras tecnologías diferentes a medicamentos, solicitudes frente a las cuales, las entidades recobrantes, tendrían la instancia y/o el personal técnico en capacidad de identificar el homólogo, equivalente o sustituto del POS.

En la práctica se evidencian casos de recobros de la misma tecnología, con el mismo código, en fechas cercanas e incluso con el mismo proveedor, pero con diferencias considerables de precios y si bien, establecer el homólogo o sustituto del POS corresponde al médico tratante partiendo del diagnóstico del paciente y otras variables, para el periodo evaluado no se identifican controles en la referenciación de precios, estandarización de homólogos, ni actualización de códigos CUPS.

En la auditoría integral de recobros se toma el homólogo reportado por la EPS, sin constatarlo en el Acta de CTC para asegurar que se aplique la diferencia en el cálculo del recobro.

⁴³ La Resolución 3099 de 2008 en los literales e y f del artículo 26 así como en el artículo 9º, literal d) de la Resolución 3754 de 2008 estableció que el valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no incluidos en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, autorizados por Comité Técnico Científico, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el ó los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).



De acuerdo con la respuesta del MSPS, en el 2014 y particularmente a través de la Nota Externa No. 201433200014303 del 21 de junio de 2014 se toman medidas para el caso de Medicamentos No POS.

Hallazgo 25- Giro Previo recobros - Orden vigésima séptima

En aplicación del mecanismo previsto en el artículo 122 del Decreto Ley 019 de 2012, para recobros glosados por considerar que la tecnología se encontraba incluida en el POS, las entidades recobrantes radicaron solicitudes por \$84.351.2 millones, entre diciembre de 2012 y enero de 2013, sobre las cuales se realizó giro previo por \$60.977.8 millones el 21 de enero de 2013, de conformidad con la Resolución 4453 de 2012, es decir que del total solicitado se giró previamente el 72.29%. La auditoría de estos recobros finalizó el 19 de diciembre de 2013 aprobando finalmente pagos por \$18.862 millones (22.3% de lo solicitado), por lo cual debieron descontarse \$44.569 millones girados previamente, de los pagos siguientes así: \$35.529 millones en diciembre de 2013; \$1.091 millones en enero de 2014; \$7.406 millones en marzo de 2014; \$449 millones en abril de 2014 y \$95 millones en mayo de 2014.

Lo anterior evidencia que del total girado en forma previa por \$60.977.8 millones, el 73%, es decir \$44.569 millones, con el proceso de auditoría que culmina casi un año después del pago, se establece que no cumplían los requisitos para aprobación del recobro, lo cual no refleja eficiencia ni salvaguarda de los recursos. El propósito de la medida de giro previo es la optimización del flujo de caja pero también la utilización oportuna y eficiente de los recursos del Sistema.

3.13. ORDEN VIGÉSIMA OCTAVA

"Ordenar al Ministerio de la Protección Social que, si aún no lo han hecho, adopte las medidas necesarias para asegurar que al momento de afiliarse a una EPS, contributiva o subsidiada, le entreguen a toda persona, en términos sencillos y accesibles, la siguiente información, (i) Una carta con los derechos del paciente. Esta deberá contener, por lo menos, los derechos contemplados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (adoptada por la 34^a Asamblea en 1981) y los contemplados en la parte motiva de esta providencia, en especial, en los capítulos 4 y 8. Esta Carta deberá estar acompañada de las indicaciones acerca de cuáles son las instituciones que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos y cuáles los recursos mediante los cuales se puede solicitar y acceder a dicha ayuda.

(ii) Una carta de desempeño. Este documento deberá contener información básica acerca del desempeño y calidad de las diferentes EPS a las que se puede afiliar en el respectivo régimen, así como también acerca de las IPS que pertenecen a la red de cada EPS. El documento deberá contemplar la información necesaria para poder ejercer adecuadamente la libertad de escogencia.

El Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberán adoptar las medidas adecuadas y necesarias para proteger a las personas a las que se les irrespete el derecho que tienen a acceder a la información adecuada y suficiente, que les permita ejercer su libertad de elección de la



entidad encargada de garantizarles el acceso a los servicios de salud. Estas medidas deberán ser adoptadas antes del primero (1º) de junio de 2009 y un informe de las mismas remitido a la Corte Constitucional.”.

Acciones adelantadas por la Entidad Responsable (MSPS)

- Resolución 1817 del 29 de Mayo de 2009 modificada por la 2818 del 6 de Agosto de 2009 en los artículos 6 y 8. Lineamientos y aspectos operativos para la elaboración y entrega por parte de las EPS de la carta de derechos y deberes y carta de desempeño.
- Informe de cumplimiento Auto del 13 de Julio de 2009, no se remitió radicado de entrega a la Corte. Los Informes de cumplimiento de los Autos 317 de 2010 y 146 de 2011, del 28 de julio de 2011 y del 11 de Agosto de 2013, no fueron allegados a la CGR para su evaluación.
- Informe de verificación de contenidos de las cartas (3 de Mayo de 2012).
- Resolución 4343 de 2012, en la que se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la carta de derechos y deberes y carta de desempeño.
- Circular 014 de 2013 del MSPS, instrucciones información básica Carta de desempeño.
- Circular 016 de 2013 de la SNS y el MSPS, instrucciones para las EPS para disponer la información de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño a los usuarios.
- Link del MSPS para acceder directamente a la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño remitidas por las EPS.
- Informe trimestral MSPS a la SNS (junio 2013 y noviembre 2013).
- Informe semestral de seguimiento a la HCC (Mayo 2013 y Noviembre 2013)
- Se realizó trabajo conjunto entre el MSPS con la SNS y la Defensoría del Pueblo para divulgar masivamente la carta de derechos y deberes.
- Informe de respuesta al Auto 079 de 2013 radicado el 24 de abril de 2014 en la Corte.

Resultados del Seguimiento y Evaluación por parte de la CGR

Las EPS debieron garantizar la entrega de la carta de derechos a los usuarios en cumplimiento de sus funciones de aseguramiento, obligación que se genera con la expedición de la Ley 100 de 1993 en sus artículos 153, 159, 160, 225 y 223, sin que se diera cumplimiento de estas disposiciones.

La Sentencia T-760 de 2008, frente a casos específicos analizados, refiere que las EPS por lo menos deben: “...(1) suministrar la información que se requería para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos, (2) indicar específicamente cuál era la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que requiere y una cita con un especialista, y (3) acompañar durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos”. Señala que el derecho a la información en salud no solo debe ser garantizado a las personas que pertenecen al Sistema, sino también a los que van a ingresar “como mínimo ante la decisión de ingresar a una EPS o de elegir una IPS, una persona debería conocer, además de sus derechos y deberes, (i) cuáles son las opciones de afiliación con las que cuenta, y (ii) el desempeño de cada una de estas instituciones, en función del respeto al goce efectivo del derecho a la salud. Tener información confiable acerca del



comportamiento de EPS e IPS, acerca del cumplimiento de sus obligaciones y de la protección de los derechos de los usuarios contribuye a la adopción de decisiones informadas para escoger entidades.”

El Auto del 13 de julio de 2009 indica la problemática, de la siguiente manera: “2.2.5. Adicionalmente, se impartirán ordenes relacionadas con otros problemas generales que han llevado a la presentación de acciones de tutela y son causas de las fallas en el sistema de protección del derecho a la salud. (...) 2.2.5.2. Con relación a la información en salud, en especial sobre cuáles son los derechos de los pacientes y cuáles son los resultados obtenidos por las distintas entidades del sector, la Sala ordenará al Ministerio de la Protección Social que si aún no lo ha hecho, dentro de los seis meses siguientes, adopte las medidas necesarias para asegurar que al momento de afiliarse a una EPS, contributiva o subsidiada, le entreguen a toda persona, en términos sencillos y comprensibles, la siguiente información: (i) Una carta con los derechos del paciente (...) (ii) Una carta de desempeño..”.

Hallazgo 26- Medidas adoptadas - Orden Vigésima Octava

Las medidas adoptadas en actuación de la orden vigésimo octava, no han resultado suficientes ni oportunas para dar cumplimiento a lo dispuesto por la Corte, reflejando ausencia de mecanismos de evaluación, seguimiento y control, lo que no ha permitido determinar el cumplimiento de las disposiciones por parte de las entidades responsables de la información en un reporte oportuno, actualizado, fácil y comprensible de la Carta de Derechos del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño de las EPS, obstaculizando el derecho a la información y la libre escogencia, contrario a la solución de la problemática señalada por la Corte.

La Corte “...considera que la regulación existente si bien constituye un avance significativo para alcanzar el cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, ésta resulta insuficiente para lograr el cumplimiento total de la orden analizada, puesto que, no basta con el cumplimiento formal de la sentencia sino que además es necesario que se garantice y vigile la entrega material de la misma, es decir, para la Corte el sentir del ordinal vigésimo octavo de la sentencia, obliga a que el Ministerio de Salud y Protección Social no solo garantice el cumplimiento formal de la orden sino que también vele por la ejecución material de la misma.”

El MSPS para dar cumplimiento a la orden expidió la Resolución 1817 del 29 de mayo de 2009 “Por medio de la cual se definen los lineamientos de la Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, y se dictan otras disposiciones”. Esta norma, en el Artículo 6º, definió aspectos operativos para la elaboración y entrega de la carta de derechos, en el artículo 9º, definió la entrega de la Carta de Derechos del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño, a partir del 1º de diciembre de 2009 por las EPS del contributivo y subsidiado a quienes ingresen al Sistema. Para las personas ya afiliadas antes de dicha fecha, debieron ser entregadas dentro de los dos (2) meses siguientes al 1º de diciembre de 2009.

En el Auto del 13 de julio de 2009 la Corte indica que la regulación no implica aseguramiento de cumplimiento de las entidades responsables y cuestiona la falta de procedimientos del MSPS previo y posterior para la revisión de los documentos a entregar a los usuarios y las medidas concretas adoptadas para proteger a las



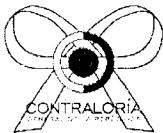
personas, por lo que solicita una evaluación en la cual justifique cumplimiento de la orden y solución de la problemática. Situación que la CGR no pudo verificar, debido a que no fueron remitidos soportes con la información de cumplimiento, seguimiento y ejercicio de vigilancia efectuado por el MSPS y la SNS respectivamente.

La Resolución 2818 del 6 de agosto de 2009, expedida por el MSPS, adiciona parágrafos en el artículo 6º con disposiciones para las EPS de información actualizada, completa y de fácil comprensión en la Carta de Derechos y en la Carta de Desempeño y en el artículo 8º determinó la vigilancia y control referido al seguimiento por parte de la SNS para el cumplimiento de estas nuevas disposiciones. De igual forma, indica a las EPS remitir las cartas de derechos del afiliado y paciente antes del 15 de noviembre de 2009. A este respecto, el MSPS profirió la Resolución 4392 del 13 de noviembre de 2009, por la cual se modifican los plazos y amplía nuevamente el término de cumplimiento de dicha obligación hasta el 1º de diciembre de 2009 y dispuso a las EPS de ambos regímenes que a partir del 15 de enero de 2010, se entregaran las cartas a los nuevos usuarios y para los ya afiliados a esa fecha, al 15 de enero de 2010.

Términos que no fueron cumplidos, al respecto, la Corte en el Auto 317 del 28 de septiembre de 2010, indica 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, (...) 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". Por tanto, se evidencian deficiencias de avance en cumplimiento de la Orden y dispuso una investigación de campo por el Grupo de Seguimiento dispuesto por la Corte, directamente con las EPS y EPS-S a fin de determinar las condiciones de cumplimiento de la orden, los soportes de estos resultados no estaban a disposición del MSPS para su verificación.

En el Auto 146 de 2011, la Corte reitera al MSPS y a la SNS, precisión en la forma de verificación de entrega de la información de la Carta de derechos del paciente y de desempeño al momento de afiliarse a una EPS (contributivo o subsidiada) a todos los usuarios; refiere igualmente que el goce efectivo al Derecho de la información no resulta suficiente con la expedición de normas, sino que: "es indispensable que todas las entidades encargadas de prestar el servicio de salud cumplan a cabalidad y de manera eficaz con la finalidad para la cual fueron creadas,...) es decir, acciones concretas que les permitan acceder a una información adecuada, clara y suficiente, que les facilite no sólo el disfrute de los servicios de salud, sino ejercer todos los derechos conexos y sobretodo la libertad de elección de la entidad encargada de garantizarles tales beneficios". (Consideraciones Auto 146 de 2011-numeral 2)"

La CGR no evidenció la respuesta emitida por el MSPS. La SNS a través del informe del 13 de septiembre de 2011, argumentó seguimiento sustentado en



requerimientos efectuados a las EPS, determinando en las respuestas emitidas por las EPS a septiembre de 2010, incumplimiento en la elaboración y presentación de las Cartas de Derecho y Desempeño, en la entrega al usuario y algunas no reportan información. Al respecto, no se demuestran acciones sancionatorias o requerimientos de la SNS por incumplimiento.

De otra parte, se observa que el Ministerio no atendió requerimiento realizado por la Defensoría en oficio del 30 de enero de 2012, relacionado con la solicitud de información referida al avance y proceso de verificación de la entrega de la carta de derechos a los usuarios y el seguimiento efectuado a las normas señaladas, correspondiente a los períodos 2010 y 2011.

En el Auto 264 del 16 de noviembre de 2012 la Corte declara el **cumplimiento parcial** de la orden y ordena al MSPS establecer nuevas disposiciones, emitiendo la Resolución 4343 de 2012 que deroga las resoluciones 1817, 2818 y 4392 del 2009. Se observa que en el artículo 13º de esta norma, especifica nueva fecha de entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño para el 30 de abril de 2013 por parte de las EPS con las nuevas condiciones establecidas. Una vez más, omite la disposición de entrega de información para los usuarios que ya estaban afiliados y no determinó indicadores de evaluación de la carta de desempeño, desatendiendo lo ordenado por la Corte.

En los resultados de aplicación, no se determina un mecanismo que permita dar cumplimiento al artículo 5º numeral 5.3. Posición en el ordenamiento (ranking) teniendo en cuenta que el MSPS generó un ranking compuesto por tres dimensiones, entre las cuales presenta una denominada “respeto a los derechos”.

Así mismo, no se precisan por parte del MSPS mecanismos de evaluación que aseguren que los afiliados han recibido y comprendido la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño, en cumplimiento del Artículo 8º de la señalada Resolución. Al respecto el MSPS manifiesta en su respuesta la realización de la encuesta de evaluación de servicios de las EPS a partir de las cuales se calculan los indicadores del sistema de evaluación, los resultados se encuentran asociados a los cambios en las condiciones de los beneficiarios, es decir, al conocimiento de la información y si la utilizan, pero no determinan evaluaciones de impacto y gestión en la efectividad de la misma.

A partir del Auto 079 del 1 de abril de 2014, se expide la Circular 16 de 2013 del 15 de mayo de 2013 por el MSPS y la SNS, la cual dispone el correo electrónico mediante el cual se accede a la información de carta de derechos y deberes, como a la carta de desempeño de cada EPS y el MSPS verifica los contenidos de las mismas conforme a los lineamientos de la Resolución 4343 de 2012.



Se evidenció que el MSPS efectuó el reporte trimestral a la SNS para el ejercicio de sus funciones de control y vigilancia. Con base en los informes del periodo comprendido entre 30 de abril de 2013 y 30 de marzo de 2014, se efectuó un ejercicio de inspección por la SNS a 47 EPS concluyendo que solo 3 cumplieron con el contenido y 44 entregaban las cartas pero no cumplían con lo dispuesto en la Resolución 4343 de 2012 y la Circular 16 de 2013, conllevando la apertura de 44 investigaciones administrativas, cuyos reportes evidencian incumplimiento de los artículos 2º obligación de entrega y actualización de las cartas de derechos y de desempeño, 7º mecanismos de seguimiento al reporte de las cartas por parte de las EPS, 9º publicación de las cartas de derechos y desempeño en la web y 13 cumplimiento de los términos para la entrega de las mismas a los nuevos afiliados.

Según el informe radicado el 22 de abril de 2014, en la revisión de las EPS visitadas por la SNS, se determinó que en algunas no se diligencia el formulario tipo cuestionario dispuesto por el MSPS, el formato no se ajusta a la normatividad, otras no diligencian los formularios. Se observó que las conductas reiterativas de apertura de investigación correspondieron a no allegar el soporte de la entrega real de las cartas a los afiliados, en consecuencia se profirieron 44 autos de apertura y se remitieron 50 requerimientos para analizar el comportamiento y cumplimiento, los cuales se encuentran en revisión para adoptar las medidas.

Los indicadores diseñados por el MSPS, establecen en sus resultados que solo al 18.61% de afiliados del régimen contributivo y al 14.75% del subsidiado, se les ha entregado la carta de derechos y deberes, de estos el 49% y el 54% respectivamente la ha utilizado. En relación con la información del desempeño de las EPS solo el 4% de los usuarios del régimen contributivo y el 1% del subsidiado las han utilizado.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Circular 016 de 2013, un total de 10 EPS del régimen contributivo y 9 del subsidiado realizaron envío antes del 30 de mayo de 2013 a través del correo electrónico dispuesto por el MSPS.

En las cartas reportadas hasta marzo de 2014, se observa que algunas entidades no cumplen con el contenido de la carta de derechos, otras no cumplen con la carta de desempeño y 6 del régimen subsidiado no han enviado el enlace de desempeño donde directamente se accede a la información. Sobre las cuales se adelantan los 44 procesos enunciados.

Lo expuesto por la CGR determina que la información contenida y reportada por las distintas EPS en relación con las cartas de derechos, no cumplen los parámetros señalados en la Resolución 4343 de 2012, por tanto tampoco lo



dispuesto en la Sentencia. Adicionalmente, observando aleatoriamente las cartas registradas en la WEB se evidencia que persiste la problemática, por cuanto son complejas, no están escritas en términos sencillos y accesibles a todos los usuarios, no se tiene en cuenta que los afiliados presentan diferentes grados de educación, lo que impide conocer y entender a todos sus derechos. Además, no en todos los casos existe posibilidad de acceder a la carta de derechos, deberes y desempeño en la web. Igualmente, la información no está siendo actualizada y no se determinan procedimientos ni mecanismos precisos de seguimiento.

3.14. ORDEN VIGÉSIMA NOVENA

Ordenar al Ministerio de Protección Social que adopte las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la fecha fijada por la Ley –antes de enero de 2010–. En caso de que alcanzar esta meta sea imposible, deberán ser explicadas las razones del incumplimiento y fijarse una nueva meta, debidamente justificada.

Acciones y resultados presentados por la Entidad Responsable –MSPS-

Expedición de la Ley 1429 de 2010 "Ley Formalización y Generación de Empleo".- (ampliación de cobertura); Obligatoriedad de afiliación (art. 32 de la Ley 1438 de 2011) y Acuerdo 32 de 2012 de la CRES, que unificó totalmente los planes de beneficios del Régimen Subsidiado con el Contributivo.

El MSPS presentó el "Modelo Unificado de Financiación de la UPC del Régimen contributivo y Subsidiado e Igualación de Primas" de la Dirección de Financiamiento Sectorial de la Vigencia 2012, el cual contiene la evaluación y estudio de los componentes que soportan la unificación del POS y la proyección de recursos para unificación de planes 2012-2020. Además, la Entidad precisa que "...los supuestos están dados para no subestimar la capacidad financiera del Sistema y que de esta manera los recursos que debe aportar el Presupuesto General de la Nación, sean suficientes y soporten cualquier tipo de eventualidad (...), en el caso del régimen subsidiado de salud la posibilidad de incluir nuevos afiliados⁴⁴, se encuentra totalmente abierta y no existe ninguna restricción legal ni procedural para incluirlos como beneficiarios del subsidios en la Base de Datos Única de Afiliados."

Seguimiento y evaluación por parte de la CGR

En 2006 el Congreso debatió la Ley 100 de 1993 y aprobó la reforma ante las fallas estructurales del Sistema. La Sentencia T-760 de 2008 recogió esta problemática y determinó el incumplimiento del "principio de universalidad" como "la garantía

⁴⁴ Focalizados e identificados por la entidad territorial de acuerdo con la Ley 715 de 2001



de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida”, en las regulaciones sobre la materia.

Por lo expuesto, las acciones reportadas por el Ministerio que corresponden a expedición de normas, no resultaron suficientes ni oportunas para demostrar el avance de la Orden en el logro de la cobertura universal.

En este sentido, se ordenó al MSPS que adoptara las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal del sistema en el lapso fijado por la Ley 1122 de 2007, artículo 9°, es decir hasta enero del 2010, así: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema.” A este respecto, el Ministerio argumentó que la falta de universalización se generó por la diferenciación del acceso efectivo a la salud frente a los afiliados al SGSSS, por lo que no se contemplaba la universalización con aseguramiento a toda la población. Observando que la norma limitó el aseguramiento de toda la población, al no referirse a los vinculados.

Hallazgo 27- Cobertura universal - Orden vigésima novena.

Con las medidas adoptadas no logró la cobertura universal en salud en el País, en los términos fijados por la Corte en la Orden, presentando debilidades principalmente en relación con el aseguramiento de la población vinculada, dispersa y con dificultades para acceder al servicio de la salud. Al respecto, se evidencia que la cantidad de personas no aseguradas (vinculadas) para el 2013 correspondió a 1.8 millones, superior al de la vigencia del 2012 que fue de 1.6 millones. Además, el aseguramiento no se ha traducido en el goce efectivo del derecho a la salud. La Corte a través del Auto 099 de 2014 recoge toda las actividades e información remitida por el Ministerio y manifiesta que “la Sala solo cuenta con estadísticas que indican las proyecciones porcentuales generales de afiliación al sistema a 2012, más no con datos concretos que permitan evaluar los diferentes aspectos que involucra la cobertura universal...”.

La Ley 1438 de 2011 en el artículo 32, si bien dispuso que todos los residentes del país deben estar afiliados al Sistema y que el gobierno debe garantizar dicha afiliación, no fijó meta de cumplimiento. En el Auto 068 de 2012, la Corte manifiesta al Ministerio llevar cerca de 10 años sin resolver la problemática. En el mismo Auto señala que no se establecieron términos para alcanzar la universalización y el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 tampoco estipuló metas concretas en el tema en concordancia con el Auto 099 de 2014. Lo anterior aunado al argumento del Ministerio que tiene previsto alcanzar una cobertura técnica total del aseguramiento que en ningún caso llegará al 100%.



La Corte en el Auto 068 de 2012, señaló que "...no basta con que el país tenga un sistema de seguridad social en salud que ofrezca un nivel de "carnetización" cercano al 100%, sino que es necesario que las personas accedan efectivamente a los servicios de salud bajo las condiciones anteriormente indicadas." La respuesta del Ministerio a la Corte, se enfocó al cumplimiento de universalización basado en lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007 y no determinó la transición a la nueva Ley 1438 de 2011. Además, no se cumplió la cobertura proyectada del orden del 97.8% de la población asegurada para el año 2012 y 99.2% en el 2013, determinando para este último año una cobertura del 96.9%.

El Ministerio refiere haber logrado la cobertura universal y resalta inexistencia de "restricción legal, financiera ni procedimental" para incluir nuevos beneficiarios del subsidio en virtud de la Ley 1438 de 2011, y que se pueden afiliar directamente en una institución del nivel territorial. Por lo que la CGR precisa debilidad en las políticas o acciones por parte del Gobierno en la gestión territorial de la población "vinculada" para su identificación y afiliación.

Hallazgo 28 - Consistencia Información cobertura - Orden vigésima novena.

La información verificada no permite establecer con certeza la cobertura universal en el aseguramiento en salud, toda vez que el MSPS la sustenta a partir de la Base Única de Afiliados –BDUA-, datos que han presentado inconsistencias informadas por la CGR a través de los informes de auditoría al MSPS, que unido al cálculo de los costos del financiamiento con base en el valor Unidad de Pago por Capitación –UPC- también cuestionada recientemente por la CGR en funciones de advertencia. Por su parte, los registros de población asegurada evidenciados en los informes del Ministerio presentan diferencias y en materia de seguimiento e impacto no se advierten indicadores de resultados frente al acceso, efectivo y oportuno a los beneficios del SGSSS.

En cuanto a la confiabilidad de los datos de población afiliada en documento denominado "OTIC_evolución histórica BDUA", presentado por el Ministerio, se argumentan dificultades en el reporte de novedades por parte de las entidades, frente a lo cual, el Ministerio refiere que se encuentra adelantando las acciones correctivas en el plan de mejoramiento.

Frente a las medidas expedidas y las actividades requeridas en los Autos Específicos de la Orden, la presentación de los informes y cronogramas para alcanzar el cumplimiento de la Orden, no responden de manera concreta a determinar los resultados obtenidos con la ejecución de las acciones anunciadas.⁴⁵

⁴⁵ Situación que confirma la Corte en el Auto 099 de 2014.



De acuerdo con el Auto 68 del 29 de marzo de 2012, el Ministerio debió atender los interrogantes efectuados por la Corte. Posteriormente, en el Auto 99 de abril de 2014 en las consideraciones numeral 1.10., la Corte determina nuevamente la **falta de respuesta concreta**, con el siguiente enunciado: "En el Auto 068 de 2012, con el fin de determinar el avance en el acatamiento de lo ordenado, se indagó al Ministerio de Salud y Protección Social sobre la realización de las actividades contenidas en el "plan y cronograma" allegado el 31 de julio de 2009 y las razones por las cuales no se había logrado la cobertura universal, entendida en los términos previamente mencionados. No obstante, la respuesta del ente ministerial se limitó a indicar que tales actividades habían sido ejecutadas en su totalidad y que se había promovido la Ley 1438 de 2011(...), y en el punto 1.11, cita: "Por lo anterior, dado que la Sala solo cuenta con estadísticas que indican las proyecciones porcentuales generales de afiliación al sistema a 2012, más no con datos concretos que permitan evaluar los diferentes aspectos que involucra la cobertura universal, se dispondrá que el Ministerio de Salud y Protección Social remita información adicional"

En cuanto a la población asegurada, se evidenciaron imprecisiones en el número de afiliados que no permitieron determinar la cifra real de la población asegurada, con la cual se construye el numerador del indicador de cobertura que corresponde a la cifra reportada en la BDUA, como se evidencia en el siguiente cuadro:

Cuadro 36
Diferencias información Afiliados - Régimen Contributivo

AÑO	POBLACION AFILIADA- PRESENTADA A LA CORTE (Millones)	POBLACION AFILIADA CGR DIC. (Millones)	Promedio año según Base de Datos (Millones)
2011	19.3	20.3	20.0
2012	20.6	20.5	20.4
2013	21.8	20.7	20.6

Fuente: Informes MSPS

En el Régimen Subsidiado 2011, 2012 y 2013, los 22.29, 21.55 y 22.20 millones de afiliados respectivamente relacionados a la Corte, según la respuesta del MSPS correspondieron a los afiliados incluidos en la Liquidación Mensual de Afiliados del Régimen Subsidiado de diciembre de los años 2011 a 2013, lo cual no se identifica con los 22.9, 22.3 y 22.6 millones de afiliados que correspondieron a los afiliados activos del dicho Régimen a diciembre de cada año.

El resultado del indicador de cobertura frente a la Afiliación Año 2013 presentado por el MSPS es del 96.9%, determinado con el total de población asegurada/ total de población DANE. Sin embargo, en materia de seguimiento e impacto no se advierte implementación de indicadores frente a lo dispuesto en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 que permitan medir el grado de cumplimiento de la gestión y su efectividad en salud y bienestar en la prestación del servicio de salud. Así mismo, de acuerdo a lo solicitado por la Corte en este tema de indicadores no se determina un indicador que mida condiciones materiales para acceder, efectiva y



oportunamente, a los beneficios del SGSSS y las principales causas que han impedido el logro de la cobertura universal.

3.15. ÓDEN TRIGÉSIMA

La Corte Constitucional mediante Sentencia T-760 de 2008 ordena al "Ministerio de Protección Social que presente anualmente un informe a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello. El primer informe deberá ser presentado antes del 1º de febrero de 2009".

Acciones adelantadas por la Entidad Responsable

El MSPS informó haber establecido metodologías en la recolección de información, identificación de la evolución de las tutelas, determinación de fuentes de información adecuadas, con el objetivo de tomar medidas para corregir las posibles fallas de regulación identificadas a partir del análisis de los problemas jurídicos de las tutelas en salud, de los derechos invocados, de las áreas geográficas de mayor uso de éste mecanismo y de las EPS que tienen mayor número de demandas por temas de tratamiento integral, por medicamentos o por negación de procedimientos NO POS. Otras medidas son la unificación de los planes de beneficios, la puesta en marcha de los CTC y la Resolución 5521 de 2013 que entra a regir en el 2014 para tratar de atacar algunas fallas en regulación que explican el litigio en salud.

Como resultados obtenidos frente al comportamiento de las tutelas entre 2010 y 2013, el MSPS considera que no se puede afirmar que la tendencia sea seguir creciendo y que probablemente se estaría frente a un punto de quiebre en su evolución. Las tutelas por trámites, razones sociales, administrativas y económicas representan hoy más del 30% del total mientras que en el 2005 eran el 8,7%. Esto evidencia un cambio en sus causas que explica el hecho de que éstas no disminuyan. En el caso de los niños aunque las tutelas no han disminuido, ha habido un cambio en su composición, de modo que se han reducido las relacionadas con servicios básicos y han aumentado las relacionadas con terapias ABA que no corresponden a servicios básicos y se tratan mayoritariamente de servicios cubiertos en el POS con un enfoque terapéutico específico. Hay una disminución significativa de las tutelas interpuestas para solicitar servicios no incluidos en el POS y para solicitar insumos médico quirúrgicos.

Para el cumplimiento de la orden se suscribieron tres contratos por \$186.5 millones en total en las vigencias 2011, 2012 y 2013.



Resultados de seguimiento y evaluación adelantado por la CGR

Hallazgo 29- Contenido Informes Anuales – Orden trigésima

Los informes de las vigencias 2008 a 2011 entregados a la Corte no tratan los problemas jurídicos generales ni específicos mencionados en la Sentencia, ni la información de tutelas a nivel nacional; las mediciones, criterios, indicadores y metodología utilizada en los diferentes informes no permiten determinar con certeza el aumento o la disminución de acciones de tutela ni los factores o causas en caso de aumento, por cuanto no se pueden comparar los resultados en las diferentes vigencias⁴⁶. Lo anterior, en razón a que el MSPS no adelantó acciones efectivas para estructurar, medir y evaluar el comportamiento de tutelas, generando incertidumbre en, si las acciones y medidas de regulación adoptadas suplieron los vacíos detectados por la Corte, para que los usuarios tuvieran acceso oportuno, de calidad y eficiente a las tecnologías en salud y no acudieran a la justicia a través de la acción de tutela para acceder a los servicios que por derecho el Estado debe garantizar.

El MSPS considera que los informes aportados describen las causas por las cuales se presentan las tutelas, que no corresponden a los catorce problemas jurídicos descritos por la Corte en 2008, porque a hoy han perdido vigencia en su significado inicial; la Entidad hace referencia a los informes del 2012 y 2013, los cuales no son objeto del hallazgo. Agrega en la respuesta que “las debilidades de los informes se dan por la limitación del tipo, cantidad y calidad de la información disponible en ese momento, situación que se ha venido superando en la medida de las posibilidades de contar con mayor y mejor información...Además, existe otra limitación técnicamente insalvable que ya ha sido mencionada varias veces, como es el caso del análisis de tendencias el cual solo puede hacerse cuando se cuenta con un conjunto de observaciones a través de varios años (...) Además de lo anterior y consecuentes con lo ordenado por la Corte en los autos mencionados, y teniendo en cuenta además lo dinámico, complejo y profundo del fenómeno de la tutela, así como de la necesidad de contar con información precisa y detallada en la cual se sustenten soluciones de fondo, este Ministerio le ha solicitado a la Corte Constitucional le permita acceder a los expedientes de tutelas que allí reposan a fin de obtener información de mayor calidad e integralidad, solicitud que ha sido respondida en el Auto 061 de 2014”.

Para mayor ilustración se destaca el Auto del 13/07/2009 donde la Corte expresa que el MSPS presentó el primer informe en el cual relacionó 9.459 tutelas en salud atendidas por dicha entidad⁴⁷ a lo largo del 2008, aclarando que **esa medición no incluyó todo el espectro** de esta acción pública. Por lo que la Sala solicitó al MSPS “que adelante los estudios o evaluaciones necesarias para que en el cumplimiento de la orden número 30 se tengan en cuenta otros factores o criterios indispensables para que en el siguiente informe anual se recopile y procese

⁴⁶ El seguimiento realizado por la Contraloría a la orden, se basa en los informes presentados por el MSPS a la Corte, en los Autos específicos de la orden y en la opinión de los expertos consultados por dicha Corporación, desde el 2008 al 2013

⁴⁷ A través de la Oficina Asesora Jurídica y de Asuntos Legislativos



información más confiable y precisa en orden (a) a calcular "el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos" relacionados en la sentencia T-760 de 2008 y (b) a determinar los posibles factores de aumento del número de acciones".

En el Auto 145 del 19 de julio de 2011 expresa la Corte que en el segundo informe entregado por el MSPS hace una medición de "(...) las solicitudes de recobros [sic] presentadas por las EPS como consecuencia de los servicios de salud, prestaciones, insumos, medicamentos y otros elementos, que son condenadas a suministrar en virtud de un fallo de tutela...". Por lo que ordenó al MSPS disponer las medidas, recursos y personal necesarios para que los siguientes informes anuales se soporten en criterios o indicadores que permitan una **medición completa, confiable y precisa** del número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos relacionados en la Sentencia y que, para realizar la medición de que trata la orden, se soporte en la base de datos sobre tutelas de la Corte Constitucional, sin perjuicio de los demás criterios, indicadores o variables que decida utilizar para analizar y complementar dicha cuantificación.

El informe radicado en la Corte el 4 de octubre de 2011, analiza y presenta cifras relacionadas con el número y valor de recobros radicados de enero de 2008 a mayo de 2011 y de junio de 2010 a mayo de 2011. Este informe, a la luz de la CGR, con las aclaraciones del MSPS en cuanto a que la información presentada no corresponde a la totalidad de los recobros, no mide en forma completa el número tutelas, no trata ni resuelve los problemas jurídicos mencionados en la Sentencia.

Igualmente, para la Defensoría del Pueblo la Orden trigésima no se ha cumplido porque no se ha remitido copia del informe y los soportes a esta Entidad y porque la información enviada ante requerimientos no concluye sobre aspectos específicos de la sentencia, reiterados en el Auto del 6 de junio de 2012, como son el análisis histórico del comportamiento de las tutelas frente a los cambios regulatorios y la información disponible de sus efectos en los actores del Sistema.

Hallazgo 30- Comportamiento de la Tutela en Salud – Orden trigésima

La Corte Constitucional consideró en la Sentencia T-760 de 2008 que el litigio masivo y creciente por el derecho a la salud era un síntoma de las fallas en la regulación del Sistema y que la consecuencia de que se adoptaran las medidas ordenadas, era que la tutela disminuyera, realizando monitoreo para verificar si esos resultados ocurrían. Durante más de una década las personas han tenido que acudir a la tutela para que la justicia resuelva controversias que habrían podido ser dirimidas de manera general por los órganos competentes de regulación, lo que constituye un indicio de las fallas en la regulación. Las decisiones de los órganos de regulación encaminadas a cumplir la Sentencia



deben conducir a facilitar el acceso de las personas a los servicios de salud disminuyendo la proporción de tutelas presentadas para ello.

Efectuado el análisis de los diferentes informes sobre tutelas y tipos de servicios invocados, teniendo como referente la reducción de la presentación de tutelas para acceder a los servicios de salud como indicador de cumplimiento, una vez los órganos competentes hayan efectuado las regulaciones ordenadas en la Sentencia T-760 de 2008, en el entendido que con el tiempo deje de ser necesaria la acción de tutela para acceder a un servicio de salud oportuno, de calidad y eficiente, la CGR encuentra que los derechos fundamentales a la salud siguen siendo vulnerados y que en las vigencias 2011, 2012 y 2013 no hay disminución en el número de tutelas por servicios de salud.

En el estudio de la Defensoría del Pueblo denominado "La tutela y el derecho a la salud 2012", se evidencia que la tutela en salud aumentó en un 12.11% en el 2011, pasando de 94.502 en el 2010 a 105.947 en el 2011 y en un 7,9% en el 2012, pasando de 105.947 en el 2011 a 114.313 en 2012. Para el 2013 señala la Defensoría en el informe de seguimiento del 9 de junio de 2014, que de las 454.500 tutelas interpuestas, 115.147 (25.33%) fueron para reclamar algún servicio de salud, constituyéndose en la segunda cifra más elevada en la historia de estas solicitudes, después del 2008 con 142.957. Pese a las medidas establecidas por el Gobierno Nacional, la disminución de acciones de tutelas se cumplió en el 2009 y 2010, pero se reactivaron a partir del 2011, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 37
Participación tutelas en salud 2008 - 2013

Año	Tutelas	Salud	Crecimiento Anual
2008	344.468	142.957	33.31
2009	370.640	100.490	-29.71
2010	403.380	94.502	-5.96
2011	405.359	105.947	12.11
2012	424.400	114.313	7.9
2013	454.500	115.147	25.33

Fuente: La Tutela y el Derecho a la Salud 2012 Defensoría del Pueblo e Informe de Seguimiento del 9 de junio de 2014

De acuerdo con el informe "Análisis Descriptivo de las Tutelas que involucran el servicio de salud en el año 2012" del MSPS entregado a la Corte el 1 de febrero de 2013, los derechos más tutelados son el derecho fundamental a la salud con un 32%, a la vida con un 17% y los derechos a una vida digna y a la protección social con un 15%. El 42% de lo solicitado es por servicios incluidos en el POS y de estos, ocupa el porcentaje más alto (34.4%) las fallas en los tiempos de provisión de los servicios y del 51% por servicios NO POS, el 33.3% se presenta cuando la persona los requiere y no puede costearlos y un 8.3% por negación de servicios por no pago de la cuota moderadora.



Dicho estudio señala que de acuerdo al derecho que se reclama vía tutela, los problemas generales son: Incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del POS; tutelas que demandan servicios ya contenidos en el POS; diferencias en los planes de beneficios de los dos regímenes; no haber fijado y regulado un procedimiento mediante el cual la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio, diferente a medicamentos, garantice el acceso efectivo al mismo y tutelas que demandan servicios no incluidos en el POS.

Con respecto a los problemas específicos destacan los siguientes: fallo en el tiempo de provisión en los servicios POS, negación de servicios No POS cuando la persona los requiere y no puede pagarlos, negación de servicios No POS a niñas y niños cuando sus responsables no los pueden costear o su vida no depende de ello, acceso a los servicios condicionando al pago de la cuota moderadora; negación de traslados a personas o grupos familiares y negación de servicios ordenados por profesionales no adscritos; negación de prestaciones por pago inoportuno; interrupción de suministro de servicios por desempleo; negación de traslado a personas o grupos familiares y negación a responder de fondo una petición para remover un obstáculo.

Para la CGR algunos de los problemas presentados en la Sentencia han sido resueltos con las medidas adoptadas y ha disminuido la intensidad de otros, aunque en el 2012 es evidente la persistencia de la mayoría de problemas generales y específicos tratados en la Sentencia. El cambio en los motivos que dan lugar a la tutela en las últimas vigencias, refleja la solución de algunos problemas pero el surgimiento de otros, por lo que las medidas adoptadas no son del todo efectivas y es clara la vulnerabilidad en la cual se encuentran los usuarios de los servicios, que no siempre encuentran en las entidades administradoras y prestadoras de servicios, respeto a sus derechos fundamentales, a pesar de ser deberes constitucionales y legales, en consecuencia se ven forzados a interponer acciones de tutela, aunque no todos los usuarios tienen conocimientos y medios para acceder a este mecanismo.

En el informe del MSPS presentado a la Corte en marzo de 2014 con el análisis comparativo 2010 – 2013, si bien señala que ha disminuido el crecimiento frente al 2008, no se ve la disminución de éstas en 2011 y 2012, como era el objetivo de la Sentencia y en el 2013 cuando parece presentarse disminución, el dato reportado no corresponde a toda la vigencia, como se detalla en el siguiente cuadro.



Cuadro 38

Tasa de solicitudes en las tutelas de 2010 al 2013

AÑO	TUTELAS	TUTELAS POR 1.000 HABITANTES
2010	89.840	1,97
2011	105.787	2,29
2012	113.947	2,44
2013	104.297	2,21

Fuente: Cálculos Universidad de los Andes. Informe Análisis Comparativo 2010 -2013

Con respecto al tipo de servicios solicitados, en el informe citado, se muestra incremento en el comparativo 2010 al 2012 en las solicitudes de tutela referentes a citas médicas, insumos, trámites, terapias y tratamiento integral, lo que refleja que las medidas adoptadas en materia de regulación no han sido efectivas ni oportunas.

Cuadro 39

Tasa de solicitudes en las tutelas de 2010 al 2012

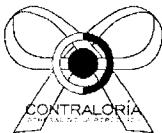
Concepto	2010	2011	2012
Citas Médica	10,8	11,1	12,3
Insumos	6,2	6,2	7,2
Trámites	10,4	12,1	13,2
Terapias	10,1	9,6	11,6
Tratamiento Integral	15,3	15,4	16

Elaboró Equipo Auditor con base en cálculos Universidad de los Andes.

Informe Análisis Comparativo 2010 -2013

Con respecto a la evolución de la tutela por trámites y razones administrativas, sociales y económicas, los más demandados son transporte, alojamiento y viáticos, representando el 32% de todas las tutelas para el 2010, 30% en el 2011 y 31% en el 2012. Tal como lo señala el estudio estas "cifras demuestran el crecimiento constante de estos motivos, los cuales en 2005 no superaban el 8,7% (...). En cuanto a las tutelas solicitando exoneración de pagos, representaron el 4% en el 2010, 3.7% en el 2011 y 7% en el 2012".

En cuanto a las solicitudes de tutelas interpuestas para menores de edad se observa que van en aumento pasando de 13,2% en el 2010 a 20,1% en el 2012 por cada 100.000 niños, siendo las terapias tipo ABA los servicios con un mayor crecimiento pasando de 34,7 en el 2010 a 59,8 en el 2012, como se evidencia en la siguiente tabla. Muchos de los servicios que se ordenan bajo el descriptor de "terapias ABA" corresponden a servicios cubiertos en el POS – como psicoterapia o integración sensorial –pero la falta de precisión sobre los mismos cuando se ordenan por el médico tratante y por los jueces de tutela, impide hacer claramente estas distinciones.



Cuadro 40

Porcentaje de tutelas interpuestas para menores de edad

Concepto	2010	2011	2012
Cirugías	6,9	7,2	8,7
Citas Medicas	11,4	14,9	18,8
Exámenes	8,6	12,1	12,7
Insumos	8,2	7,5	10,4
Medicamentos	15,1	21,9	16,0
Tramites de la EPS	7,3	14,4	14,2
Terapias	34,7	46,9	59,8
Promedio	13,2	17,8	20,1

Fuente: Cálculos Universidad de los Andes. Informe Análisis Comparativo 2010 -2013

Aspectos comunes a varias ordenes

Hallazgo 31 – Oportunidad entrega de informes MSPS

En las ordenes trigésima, vigésimo segunda, vigésimo tercera y vigésimo novena se evidenció inoportunidad en la entrega de informes requeridos por la Corte, lo cual revela debilidades en la coordinación, verificación y seguimiento, generando incumplimiento de lo ordenado o afectando la evaluación y conocimiento oportuno de las medidas adoptadas y la efectividad en los resultados, como se detalla a continuación.

Orden trigésima: El MSPS no fue oportuno en la presentación de los informes correspondientes a las vigencias 2010, 2011, 2012 y 2014, que daban cuenta del número de acciones de tutela que resolvían los problemas jurídicos mencionados en la Sentencia, pues como entidad gestora de políticas públicas y reguladora en materia de Salud, presenta dificultades con la información de los expedientes de tutela que muestran los inconvenientes y problemas que a diario aquejan a los afiliados con los administradores y prestadores de servicios de salud.

El MSPS en su respuesta manifiesta que algunos informes no fueron entregados oportunamente por motivos explicables de limitaciones en el tipo, cantidad y calidad de la información disponible, y por el interés de cumplir a cabalidad con el objetivo de fondo ordenado por la Corte.

Para la CGR la presentación anual de los informes en las fechas señaladas por la Corte es una orden expresa, no solo una formalidad, pues es a través del contenido de estos y de su presentación oportuna que se puede conocer y evaluar si las acciones adoptadas disminuyen las barreras de acceso a los servicios de salud y se cumple con la naturaleza de la Sentencia, de manera que el usuario tenga acceso a la salud, sin acudir a la tutela. Se destaca el Auto 061 del 19 de marzo de 2014 donde señala que “el ente gubernamental debe entregar un producto en la oportunidad fijada y no simplemente reportar sus esfuerzos para elaborarlo o las dificultades que se le hayan presentado, puesto que



las obligaciones en ejecución de la orden trigésima no son de medio sino de resultado.... La intención de cumplir con lo ordenado, sin que desde el Ejecutivo se implementen, a la brevedad, los mecanismos que éste considere procedentes para atender las responsabilidades a su cargo... Téngase en cuenta que mientras la preocupación de la entidad gubernamental es no contar con un sistema propio de información, miles de usuarios del sistema de salud deben seguir interponiendo acciones de tutela como presupuesto para acceder a las tecnologías en salud con oportunidad y calidad”

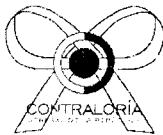
Orden Vigésimo Segunda: Los informes que debía entregar la CRES a la Defensoría del Pueblo de acuerdo con la orden eran siete y debían presentarse en las siguientes fechas: 1 de Febrero y 1 de agosto de 2009, 2010, 2011 y 1 de Febrero de 2012, sin embargo, en el Auto del 05/03/2012 la Defensoría del Pueblo informó “específicamente sobre la orden vigésima segunda... que la oportunidad en la entrega de los informes no se dio en las fechas estipuladas... como se relaciona en el oficio de marzo 14, noviembre 7 de 2012”, así:

- Segundo Informe: 01 de Agosto de 2009. No se cumplió
- Tercer Informe: 01 de Febrero de 2010. No se cumplió
- Cuarto Informe: 01 de Agosto de 2010. No se cumplió
- Quinto Informe: 01 de Febrero de 2011. No se cumplió.
- Sexto informe: 01 de Agosto de 2011. No se cumplió.
- Séptimo Informe: 01 de Febrero de 2012. No se cumplió.

Al respecto, la CRES manifestó que la ejecución y desarrollo del cronograma correspondía al MSPS, lo cual evidencia falta de coordinación y verificación.

Orden vigésima tercera: no se evidencia oportunidad por parte del MSPS en la entrega de los informes ordenados por la Corte, pues en el Auto del 05/06/2013 la Defensoría manifestó que vencido el término para la presentación de la información referente a la suficiencia de las acciones para garantizar el cumplimiento de la orden, requerida en el Auto 198 del 07/09/2012, no recibió la respuesta, por lo que nuevamente la Corte ordenó al MSPS su entrega.

Orden vigésima novena: En los requerimientos efectuados por la Corte en el Auto 99 del 11 de abril de 2014, la CGR constató inoportunidad en la entrega de la información, ordenada al MSPS respecto a informe correspondiente a la respuesta de manera concreta y sustentada de aspectos referidos a las actividades relacionadas en los cronogramas presentados en las vigencias 2010 y 2012, las dificultades para obtener la cobertura universal, indicadores e infraestructura hospitalaria, relacionadas con el aseguramiento y el acceso en condiciones de calidad, eficacia y oportunidad, con las respectivas bases de datos dispuestas por la Corte y bajo los lineamientos fijados en los numerales 2.6.: “no debe fundamentarse en lo manifestado en los reportes allegados con respecto a la movilidad entre municipios, los nacimientos y las defunciones puesto que, como se explicó, es necesario contar con datos concisos y actualizados. Por tanto, no puede incluirse tal justificación, sino las razones de fondo que expliquen cuáles sectores de la población y por qué razón no se encuentran aseguradas” y 2.6.1., donde se precisa que no se admite documentación referente a



solo gestión. Igualmente, ordenó enviar en medio magnético las tablas de Excel a que hace referencia el numeral 2.6.2.

De igual forma, la Corte requirió el pronunciamiento de los tres (3) documentos allegados por los Peritos Constitucionales Voluntarios en respuesta al Auto 133A de 2012, sobre cada una de las observaciones y propuestas allí presentadas, toda vez que el Ministerio solo allegó los documentos de las entidades sin el pronunciamiento respectivo.

Hallazgo 32 – Oportunidad entrega de informes SNS

La Corte estableció las condiciones mínimas para la entrega de informes sobre el cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, de manera que se orientaran a identificar y sustentar de manera seria, precisa, individual y sólo en relación con la orden correspondiente, cómo se ha avanzado en la ejecución de la orden correctiva, relacionando: la identificación del problema, las respuestas que se han adoptado por la entidad o el Sistema y las razones que conllevan a concluir que dichas respuestas atienden o no eficaz y efectivamente el problema, la valoración del progreso y los resultados (positivos y negativos) de la implementación de la respuesta, así como las principales dificultades que persisten, sus causas y las alternativas para enfrentarlas⁴⁸.

Estas condiciones no se observan en todos los informes rendidos por la SNS, como se evidencia en el Quinto Informe de Seguimiento presentado por la Defensoría del Pueblo a la Corte, sobre el cumplimiento de la Sentencia T-760/08, con corte 31/12/2012, radicado 40-297 del 16/07/2013, en el cual resalta que la SNS a pesar de los reiterados requerimientos no envió la información solicitada, motivo por el cual no se rinde informe de cumplimiento de las órdenes establecidas para dicha entidad.

Otro caso es el informe radicado 2-2014-008561, del 20 de febrero de 2014, presentado en respuesta al requerimiento de la Corte del 04 de febrero de 2014 , incluido en el Auto 15 del 04 de febrero de 2014, en el cual no se presenta a la corte la información en los formatos establecidos (numerales 8.1 a 8.3) sino que se da una respuesta general. Tampoco se responde lo relacionado con investigaciones y sanciones, porque “...no cuenta con las herramientas tecnológicas para filtrar en las bases de datos existentes la información requerida por la orden segunda del Auto 05 del 4 de febrero de 2014...”

⁴⁸ Auto del 13/07/2009 – 2 Condiciones mínimas que se deben observar al momento de presentar los informes



Hallazgo 33- Acervo Documental – MSPS Y SNS

El Proceso de Gestión Documental adoptado en el Sistema Integrado de Gestión Institucional SIGI del MSPS, es débil en su aplicación respecto a asegurar el correcto manejo organización y custodia de los archivos relacionados con el cumplimiento de la Sentencia T- 760 de 2008, pues se detectaron deficiencias con el acervo documental que afectaron las respuestas completas y oportunas a las solicitudes de la CGR relacionadas con comunicaciones e informes del MSPS a la Corte, por lo que tuvo que solicitar a dicha Corporación los informes por él presentados, lo que dificultó la verificación de las órdenes vigésima, vigésima sexta, vigésima octava, vigésima novena, al no contar con todos los soportes y antecedentes de las acciones adelantadas, como se detalla a continuación:

Orden vigésima: No se suministraron los informes en cumplimiento del Auto del 9 de Diciembre de 2008 con el pronunciamiento emitido por el Ministerio el 26 de enero de 2009 en respuesta al Auto del 15 de enero del 2009. Respecto de los requerimientos del Auto del 13 de Julio y Auto 006 de 2011 se constató que no reposaban los documentos en el MSPS, por lo que la información no se allegó de manera oportuna.

Orden vigésima sexta –Los Informes bimensuales del Plan de Contingencia señalados en la orden no fueron suministrados a la CGR, indicando no contar con esta documentación “...se está construyendo un archivo integral de la documentación relacionada con el seguimiento al cumplimiento de la mencionada decisión de tutela, es necesario buscar e identificar la información requerida en el Archivo Central, labor que se adelanta en la actualidad y que requiere un tiempo prudencial...”⁴⁹. Al respecto, el informe de respuesta al cuarto requerimiento del Auto 169 del 28/07/2011⁵⁰ donde se solicitaba al Ministerio y Administrador Fiduciario del FOSYGA, manifestar “...si han cumplido con la obligación judicial de enviar un informe bimensual sobre la ejecución del Pian de Contingencia al Comité de Verificación creado por el Consejo de Estado para tales efectos...”, la respuesta no fue precisa así: “Sobre el informe relacionado con el Plan de Contingencia al Comité de Verificación, se precisa que en cumplimiento del Auto No. 107 de 2010, calendado el 8 de junio de 2010, se presentó informe conjunto entre el Ministerio de la Protección Social y el administrador fiduciario con fecha 13 de julio de 2010.”

Orden vigésimo octava: Los soportes del Auto del 28 de julio de 2011, referidos a requerimientos de datos de la BDUA a partir del 15 de enero del 2010, no fueron allegados por el MSPS informando que en su archivo no reposa copia de la información.

⁴⁹ Oficio del MSPS radicado 201433200469531 del 07/04/2014

⁵⁰ Oficio 266840 del 05/09/2011



Orden vigésimo novena: Respecto al Auto 13 de julio de 2009, el MSPS afirma haber presentado el informe a la Corte el 10 de diciembre de 2008, sin embargo no anexa soportes a la CGR.

Por su parte la SNS también presenta deficiencias en el acervo documental de modo que el 07 de marzo de 2013, solicitó a la Corte copia de lo remitido por ella misma a dicha Corporación, con ocasión de la expedición de la Sentencia T 760 de 2008 y el cumplimiento de las ordenes impartidas a esta Entidad. Lo anterior dificulta el seguimiento y conocer documentalmente y con soportes los antecedentes de las acciones adelantadas.

Hallazgo 34- Mecanismos Sancionatorios SNS

No obstante la SNS ser clara en diagnosticar deficiencias e ineffectividad en el desarrollo de actividades relacionadas con la sentencia T-760 de 2008, no ha aplicado medidas sancionatorias ejemplarizantes en el ejercicio de inspección, vigilancia y control, para los casos de incumplimiento por parte de los diferentes actores del Sistema. Esto se evidenció en los casos en que no se acatan las disposiciones frente al flujo oportuno de recursos (Orden vigésimo cuarta) o cuando las Entidades Promotoras de Salud no reportan la información completa, oportuna y de calidad referente a recursos o servicios, como en el caso de negaciones de servicios (Orden 19), cálculo de UPC (Ordenes 17 y 18), información a usuarios (Orden 28) entre otros. La información es la base de la inspección, vigilancia y control, sin embargo los reportes de manera reiterada son muy deficientes y las medidas adoptadas frente a los responsables, no han impactado de manera significativa y definitiva en su corrección.

Al respecto, la SNS argumenta encontrarse en la depuración de las bases de datos, consolidar la información sobre los procesos existentes y analizar los expedientes existentes, que culminó preliminarmente el 2 de febrero de 2014. Esta fecha coincide con el momento en que, de conformidad con lo establecido en la Resolución 266 de 2014, se levantó la suspensión de los términos procesales ordenada con ocasión de la migración de los documentos y la incorporación de la planta de personal requeridas para el proceso de reestructuración.

La Superintendencia no ha sido contundente en indicar cumplimiento o no de las diferentes ordenes de la Sentencia, ni en adelantar procesos sancionatorios en los incumplimientos detectados. Manifiesta encontrarse en proceso de depuración y diagnóstico de los expedientes que son 4.197, recibidos por la Delegada de Procesos al inicio de sus funciones, correspondientes a las actuaciones remitidas



por las demás dependencias⁵¹. Manifiesta que la información estará disponible y será oportunamente remitida tanto a la CGR como a la Corte Constitucional, cuando el proceso de depuración haya culminado y las herramientas tecnológicas estén en funcionamiento.

La SNS en la respuesta señala que la afirmación de la CGR es cierta, las sanciones emitidas son pocas, las multas impuestas son bajas y el ejercicio de control no genera los efectos disuasivos que resultan de la imposición de una sanción ejemplarizante. Además, reafirma la opinión de la CGR en el sentido que las acciones sancionatorias implementadas frente a las órdenes hasta ahora son dispersas, menores y poco contundentes con respecto a las actuaciones procesales adelantadas hasta diciembre de 2013, relaciona los procesos abiertos por cada orden que no fueron remitidos en la solicitud efectuada por la CGR inicialmente, evidenciando en los procesos administrativos por violación a la Sentencia de acuerdo a las fechas de apertura de los expedientes que algunos se encuentran en riesgo de caducidad y próximos a prescribir.

⁵¹ Que constan en el Acta del 13 de febrero de 2014 suscrita por el Superintendente Nacional de Salud, los Superintendentes Delegados de Procesos Administrativos, Supervisión Institucional, Protección al Usuario y Supervisión de Riesgos, y el Jefe de Control Interno



ANEXO RELACIÓN DE HALLAZGOS

Número y Título del Hallazgo	Incidencia				
	A	F	D	P	Cuantía (millones de \$)
1-Efectividad Actualización del POS – Orden décima séptima	X				
2-Oportunidad y Contenido de Informes – Orden Décima Octava	X				
3-Medidas Adoptadas Orden Décima Novena	X				
4-Efectividad Acciones Orden Décima Novena	X				
5-Consistencia Información de Negaciones- Orden décima novena	X				
6-Efectividad Acciones Orden Vigésima	X				
7-Efectividad Medidas Orden Vigésima Primera	X				
8-Términos y Contenido del Programa de Unificación – orden vigésima segunda	X				
9-Reglamentación orden vigésima tercera	X				
10-Efectividad de las medidas adoptadas orden vigésima tercera	X				
11-Resolución 5334 de 2008 - Orden vigésima cuarta	X				
12-Suficiencia recursos No POS Régimen Subsidiado - Orden vigésima cuarta	X				
13-Comportamiento de recobros – Orden vigésima cuarta	X				
14-Cartera recobros – Orden vigésima cuarta	X				
15 – Términos para el trámite de recobros – Orden vigésima cuarta	X				
16- Consistencia Información pagos Orden Vigésimo Quinta	X				
17 – Consistencia valores plan de contingencia - Orden Vigésimo Quinta	X				
18 - Regulación Sistema de Recobros orden vigésima séptima	X				
19-Verificación, control y pago recobros – orden vigésima séptima	X				
20- Calidad y consistencia información recobros aprobados 2013.	X				
21- Recobros aprobados por fallecidos (F)	X	X			6.621
22- Recobros pagados dos veces (F)	X	X			792.1
23- Descuento homólogos - Orden vigésima séptima	X				
24- Regulación Homólogos POS	X				
25- Giro Previo recobros orden vigésima séptima	X				
26- Medidas adoptadas - Orden Vigésima Octava	X				
27- Cobertura universal - Orden vigésima novena.	X				
28 - Consistencia Información cobertura - Orden vigésima novena.	X				
29- Contenido Informes Anuales – orden trigésima	X				
30- Comportamiento de la Tutela en Salud – Orden trigésima	X				
31–Oportunidad entrega de informes MSPS	X				
32 – Oportunidad entrega de informes SNS	X				
33- Acervo Documental – MSPS Y SNS	X				
34- Mecanismos Sancionatorios SNS	X				