

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



## CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

### AUTO 067 de 2012

**Referencia:** Seguimiento al cumplimiento de la orden vigésimo octava de la sentencia T-760 de 2008.

**Asunto:** Comprobación del contenido de las cartas de derechos y de desempeño, y de su entrega material a los usuarios.

**Magistrado Sustanciador:**  
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D. C., veintinueve (29) de marzo de dos mil doce (2012)

La Sala Especial de la Corte Constitucional conformada para llevar a cabo el seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, integrada por los magistrados Mauricio González Cuervo, Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y Jorge Iván Palacio Palacio, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente Auto, con base en los siguientes:

### I. ANTECEDENTES

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

2. Del estudio de tales asuntos, se infirieron diversos problemas generales que contextualizan, identifican y concretan las fallas que dan origen al conjunto de mandatos de naturaleza o tendencia correctiva. Particularmente, considerando que a la fecha de expedición de la sentencia T-760 de 2008 no se les otorgaba oportuna y periódicamente a las personas información en materia de salud, en especial sobre cuáles son los derechos de los pacientes, así como los resultados obtenidos por las distintas entidades del sector, la Corte consideró lo siguiente:

*“(...) Las entidades del Sistema de Salud tienen la obligación de brindar a las personas la información que sea necesaria para poder acceder a los*

*servicios de salud que requieran, con libertad y autonomía, permitiendo que la persona elija la opción que le garantice en mayor medida su derecho.”.*

Como consecuencia de ello, en el ordinal vigésimo octavo de la parte resolutive de la citada sentencia, se dispuso:

**“Vigésimo octavo.- 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 34ª 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 afiliarse 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 irrespeta 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.”.*

3. En respuesta a este mandato, el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 1817 de 2009, “[p]or medio de la cual se definen los lineamientos de la Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud en los regímenes contributivo y subsidiado, y se dictan otras disposiciones”, estipulando el 1º de diciembre de 2009 como fecha límite para su provisión a los nuevos afiliados y a los antiguos dentro de los dos meses siguientes a la fecha anteriormente referida. Dicha resolución fue enviada a la Sala Especial de Seguimiento anexa al “informe del cumplimiento de la orden vigésimo octava”, el cual fue remitido mediante oficio del 1º de junio de 2009.

4. A través de Auto del 13 de julio de 2009, la Sala le solicitó al Ministerio de la Protección Social que: i) evaluara si la Resolución 1817 de 2009 cumple con la totalidad de la orden vigésimo octava; ii) garantizara y verificara el suministro de los documentos a los usuarios de una manera completa, pertinente, confiable y comprensible; y iii) especificara las medidas concretas que fueron adoptadas 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*”. Asimismo, se corrió traslado a los grupos de seguimiento del informe presentado por el Ministerio, así como de la Resolución 1817 de 2009, para que, si lo estimaban conveniente, se pronunciaran sobre el contenido de los mismos.

5. Dando respuesta al mencionado Auto, el 31 de julio de 2009, el Ministerio de la Protección Social allegó un “informe sobre el cumplimiento de la Orden 28”, en el que indicó que en la Resolución 1817 de 2009 se encuentra estipulado el contenido que deben tener las cartas, así como un término para su entrega y la consecuencia de su no provisión. Añadió que con el propósito de asegurar que las cartas se confieran de manera completa, pertinente, confiable y comprensible, ha venido adelantando las siguientes actividades: i) elaboración del ranking de EPS de ambos regímenes y de IPS; ii) ajuste de la normatividad de habilitación de entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, indicando que añadiría como estándar de habilitación de ingreso y permanencia de las EPS, la actualización y el suministro de las cartas de derechos y de desempeño, en los términos de la Resolución 1817 de 2009; y iii) múltiples capacitaciones. Finalmente, anotó que la verificación se llevará a cabo de manera previa y permanente a través de la función de inspección, vigilancia y control que ostenta la Superintendencia Nacional de Salud.

6. El 3 de agosto de 2009, el Proyecto Así Vamos en Salud presentó un estudio sobre los documentos enviados por el Ministerio de la Protección Social, en el que señaló que dicha entidad hizo un recuento de las normas expedidas desde 1991, pero no incluyó una evaluación sobre su proceso de implementación, ni los resultados del seguimiento a éstas o del impacto que hayan generado.

7. Por su parte, el 6 de agosto de 2009, el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 2818, por medio de la cual adicionó la Resolución 1817, en el sentido de que las cartas no podrán contener información desactualizada, incompleta o de difícil comprensión. Además, determinó que su no entrega tiene como consecuencia: i) que el afiliado pueda trasladarse de EPS sin que le sea aplicable el término mínimo establecido para ejercer el derecho al traslado; y ii) el incumplimiento de uno de los estándares de permanencia de la entidad en el respectivo régimen.

8. Adicionalmente, en oficio del 6 de agosto de 2009, ese Ministerio reafirmó lo expresado en el escrito entregado el 31 de julio de esa anualidad, aduciendo que con dichos ajustes se logró el objetivo propuesto en la orden y la garantía del derecho a la libertad elección.

9. Posteriormente, el 13 de noviembre de 2009, el Ministerio de la Protección Social emitió la Resolución 4392, mediante la cual extendió los plazos fijados para el otorgamiento de las cartas de derechos y de desempeño, así:

*“A partir del 15 de enero de 2010, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado deberán entregar a los nuevos afiliados la Carta de Derechos del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño (...) Para las personas que estuvieran afiliadas antes de dicha fecha, la Carta de Derechos del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño deberán ser entregadas dentro de los dos (2) meses siguientes al 15 de enero de 2010”.*

10. Por Auto del 28 de septiembre de 2010, la Sala invitó a las instituciones universitarias y a los grupos de investigación especializada y de seguimiento, para que se pronunciaron sobre si se ha hecho entrega efectiva de las cartas de derechos y de desempeño, y si los mecanismos implantados para la verificación de su provisión han sido efectivos.

11. Al respecto, se pronunciaron las siguientes entidades:

11.1. El 29 de octubre de 2010, la Universidad CES manifestó que no se ha cumplido a cabalidad con la entrega de la información, lo cual se debe, en parte, al costo de elaboración de las cartas, así como a la falta de interés que tienen algunas EPS de que sus usuarios conozcan con detalle sus derechos y el desempeño de la entidad. Por ello, anotó que el mejor mecanismo para solucionar este asunto es que sea obligatoria su publicación en la página web de cada EPS.

11.2. El 1° de febrero de 2011, ACEMI expresó que las EPS están entregando la carta de derechos a los nuevos vinculados desde el momento de la afiliación, en los términos descritos en las resoluciones 1817 y 2818 de 2009, pero que el nivel de detalle exigido por el Ministerio de la Protección Social hace que la carta sea un instrumento con cierto grado de complejidad.

11.3. El 1° de febrero de 2011, la Universidad de Antioquia indicó que respecto del cumplimiento de los parámetros adoptados por el Ministerio a partir de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos del paciente, se cumplen en general los lineamientos con excepción de los servicios de urgencias en los que de una manera “un tanto tímida” se hace referencia al no cobro de estos servicios. Agregó que no encontró en las cartas que los servicios de urgencias no tengan ningún costo para el paciente y que la atención no puede estar supeditada a la presentación del carné o documento de identidad, como lo señala la ley y lo ha reiterado la Corte.

11.4. El 2 de febrero de 2011, la EPS indígena Mallamas señaló que las cartas de derechos y de desempeño se han elaborado de conformidad con las directrices emanadas por los entes de control y que éstos documentos se otorgan durante el proceso de afiliación, pero que es necesario que se estandarice y se resuma más su contenido para facilitar la comprensión de los afiliados.

12. Finalmente, a través de Auto del 19 de julio de 2011, la Sala le solicitó al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que indicaran de manera ordenada, clara y precisa cómo han verificado que al momento de afiliarse a una EPS, contributiva o subsidiada, le entreguen a toda persona la carta con los derechos del paciente y la de desempeño.

13. En cumplimiento a lo ordenado en el Auto, el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, presentaron a la Sala Especial de Seguimiento los respectivos informes el 11 de agosto y el 13 de septiembre de 2011.

13.1. En su oficio, el Ministerio adujo que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud vigilar y controlar el cumplimiento de los lineamientos dados en la Resolución 1817 de 2009, así como la adopción de las medidas pertinentes en caso de incumplimiento.

13.2. Por su parte, la Superintendencia manifestó que para dar cumplimiento a las resoluciones del Ministerio, requirió a todas las EPS para que le remitieran la “Carta de Derechos del Afiliado y del Paciente” y la “Carta de Desempeño”, así como la constancia de su suministro, y con ello elaboró un anexo en el que indicó cuáles EPS allegaron las cartas y si acreditaron constancia escrita de su entrega, tal y como lo estableció la Resolución 2818 de 2009.

## II. CONSIDERACIONES

1. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación precisó que las entidades del sistema de salud tienen la obligación de brindarle a las personas la información que requieran para que puedan elegir de manera libre y autónoma la opción que les garantice en mayor medida su derecho a la salud. Indicó además que entre las facetas del derecho a la información, que debe ser protegido para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, está la de enterarse de las facultades que tienen los pacientes dentro del sistema, así como el desempeño de las diferentes EPS e IPS del país.

2. Así las cosas, este Tribunal Constitucional determinó que las diferentes EPS del país debían entregarle a toda persona al momento de afiliarse, en términos sencillos y accesibles, una carta de derechos del paciente y otra de desempeño.

2.1. En este sentido, la orden vigésimo octava de la parte resolutive de la citada sentencia declaró que la carta de derechos del paciente debe cumplir con ciertas exigencias mínimas, a saber:

2.1.1. Debe contener los derechos reseñados en la Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente, los cuales fueron sintetizados en la Resolución núm. 13437 de 1991, así:

*“(...) Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:*

1. *Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.*
2. *Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.*
3. *Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.*
4. *Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.*
5. *Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.*
6. *Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.*
7. *Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.*
8. *Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.*
9. *Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que éstos sean transplantados a otros enfermos.*
10. *Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.”<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup> Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (adoptada por la 34ª Asamblea en 1981) sobre los Derechos del Paciente (Resolución 13437 de 1991, Ministerio de la Salud).

2.1.2. En segundo término, debe enunciar los derechos contemplados en la parte motiva de la sentencia T-760 de 2008, los que esencialmente se resumen en: i) el derecho a acceder a los servicios de salud con calidad, eficiencia y oportunidad; ii) la protección especial e igual<sup>2</sup> a los niños y niñas de los regímenes contributivo y subsidiado; iii) el derecho a que las EPS valoren científica y técnicamente el concepto de los médicos externos vinculados al sistema de salud cuando éstos consideren que sus pacientes requieren servicios de salud con necesidad; iv) el derecho a que los pagos moderadores no se constituyan en barreras de acceso a los servicios de salud cuando las personas no tengan capacidad económica para soportarlos; v) el derecho a acceder al diagnóstico médico; vi) el derecho a que cuando una EPS no utilice los mecanismos de cobro con que cuenta para lograr el pago de los aportes atrasados, no pueda negar el reconocimiento de incapacidades laborales aduciendo la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones; vii) la protección especial de quienes padecen enfermedades catastróficas o de alto costo, no pudiéndoles cobrar copagos; viii) el derecho a acceder a los servicios de salud con continuidad; ix) el derecho a acceder a información adecuada y oportuna, así como a un acompañamiento durante el proceso de solicitud del servicio, con la finalidad de asegurar el goce efectivo del derecho a la salud; x) el derecho a que las EPS garanticen el acceso a los servicios, libre de procedimientos administrativos engorrosos e innecesarios; xi) el derecho a acceder a las prestaciones de conformidad con el principio de integralidad, entendido éste como el no fraccionamiento de los servicios que la persona requiera para recuperar su salud; y xii) la libertad de elección de EPS.

Los derechos anteriormente reseñados fueron abreviados en el capítulo 8 de la mencionada providencia, de la siguiente manera:

*“(…) (i) Acceso a servicios. Toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, EPS,<sup>3</sup> autorice el acceso a los servicios que requiere y aquellos que requiere con necesidad, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud; obstaculizar el acceso en tales casos implica irrespetar el derecho a la salud de la persona. El acceso a los servicios debe ser oportuno, de calidad y eficiente.*

*(ii) Protección especial a niños y niñas. Los derechos a acceder a un servicio de salud que requiere un niño o una niña para conservar su vida, su dignidad, y su integridad así como para desarrollarse armónica e integralmente, está especialmente protegido; cuando una EPS obstaculiza el acceso a servicios de salud, incluidos aquellos que atienden las necesidades específicas de los menores, irrespetará gravemente su derecho a la salud.*

---

<sup>2</sup> Mediante Auto 342-A del 15 de diciembre de 2009, esta Corporación indicó que, a partir del 1º de octubre de 2009, el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo cubriría a los niños y las niñas de los regímenes contributivo y subsidiado, desde los cero (0) hasta los menores de dieciocho (18) años.

<sup>3</sup> En el actual régimen legal, las entidades encargadas de garantizar la prestación de los servicios de salud a las personas son denominadas ‘Entidades Promotoras de Salud’, EPS.

*(iii) Concepto del médico adscrito y externo. Por regla general, el médico que puede prescribir un servicio de salud es el médico adscrito a la EPS. El usuario puede acudir a otros médicos pero su concepto no obliga a la EPS a autorizar lo que éste prescribió, sino a remitir al usuario a un médico adscrito a la correspondiente EPS (...) Toda persona tiene derecho a que su EPS valore científica y técnicamente el concepto de un médico reconocido y vinculado al Sistema de Salud que considera que la persona requiere un servicio de salud. Este médico es el médico adscrito a la EPS y a él debe acudir el interesado. No obstante, en el evento excepcional de que el interesado acuda a un médico externo –no adscrito a la red de prestadores de la correspondiente EPS– la EPS tiene una carga de valoración del concepto de dicho médico. El concepto del médico externo no podrá ser automáticamente descartado por la EPS, sino que es necesario una valoración de su idoneidad por parte de un médico adscrito a la EPS (de manera directa o mediante remisión del interesado) o del Comité Técnico Científico, según lo determine la propia EPS.*

*(iv) Acceso sin obstáculos por pagos. ‘Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de soportar el pago del mismo’.*

*(v) Acceso al diagnóstico. Toda persona tiene derecho a acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.*

*(vi) Allanamiento a la mora. Cuando una EPS no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados, se allana a la mora y, por ende, no puede fundamentar el no reconocimiento de una incapacidad laboral en la falta de pago o en la cancelación extemporánea de las cotizaciones.*

*(vii) Protección a las enfermedades catastróficas y de alto costo. El acceso a los servicios de salud oportunos es especialmente garantizado cuando se trata de una persona con una enfermedad catastrófica o de alto costo; no se les puede dejar de atender ‘bajo ningún pretexto’, ni pueden cobrársele copagos.*

*(viii) Acceso con continuidad a la salud. El acceso a un servicio de salud debe ser continuo, no puede ser interrumpido súbitamente; irrespeta el derecho a la salud una EPS que suspende un servicio de salud que se requiere, antes de que éste haya sido efectivamente asumido por otro prestador.*

*(ix) Información, acompañamiento y seguimiento. Toda persona tiene derecho a que las EPS o autoridades públicas no obligadas a autorizar el servicio de salud pedido, adopten las medidas adecuadas para, por lo menos, (1) suministrar la información que 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) la acompañar durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.*

*(x) Prohibición de trasladarle a los usuarios cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a la EPS. Toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud sin que las EPS puedan imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. En especial, toda persona tiene derecho a que su EPS autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante; una EPS irrespeta el derecho a la salud de una persona cuando le obstaculiza el acceso al servicio, con base en el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud al Comité Técnico Científico. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite.*

*(xi) Acceso a los servicios de acuerdo al principio de integralidad. Toda persona tiene derecho a acceder integralmente a los servicios de salud que requiera. En tal sentido, toda persona tiene derecho, entre otras cosas, a que se remuevan las barreras y obstáculos que impidan a una persona acceder integralmente a los servicios de salud que requiere con necesidad, como ocurre por ejemplo, cuando el acceso implica el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia, debido a que en su territorio no existen instituciones en capacidad de prestarlo, y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado. En el mismo sentido, las inclusiones y exclusiones del POS deben ser interpretadas conforme a un criterio finalista, relacionado con la recuperación de la salud del interesado y el principio de integralidad.*

*(xii) Libertad de elección de EPS. Toda persona tiene derecho a elegir la EPS que se encargará de garantizarle la prestación de los servicios de salud, con las limitaciones razonables que imponga la regulación. La limitación superior impuesta a la libertad de escogencia dentro del Sistema de Salud a las personas afiliadas que se encuentren sometidas a servicios de alto costo podrá ser aplicada si (1) el 'afiliado' (2) está 'haciendo uso de servicios' (3) para atender 'procedimientos de alto costo' (4) 'sujetos a períodos mínimos de cotización'. No puede extenderse la limitación mediante interpretaciones extensivas, como por ejemplo, impedirle a un 'afiliado' trasladarse a una entidad porque su hijo menor, un 'beneficiario', tiene una enfermedad de alto costo. (...)"*

2.1.3. Adicionalmente, como lo estableció el numeral (i) de la orden vigésimo octava, debe indicar: i) cuáles son las instituciones que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos anteriormente referidos; y ii) cuáles son los recursos mediante los cuales se puede solicitar y acceder a dicha ayuda, sin tener que acudir directamente a la acción de tutela.

2.2. Por su parte, la orden bajo análisis exige también la entrega de una carta en la que se evidencie la calidad y el desempeño de las diferentes EPS del país, así como de las IPS que trabajan con éstas. Pues bien, como lo dictaminó la decisión T-760 de 2008, dicha carta debe contener:

2.2.1. Información básica acerca de la actividad y calidad de las diferentes EPS a las que se puede afiliarse en el respectivo régimen.

2.2.2. Información básica acerca de las IPS que pertenecen a la red de prestadores de servicios de cada EPS.

2.2.3. Asimismo, debe ser elaborada por el Ministerio de la Protección Social -hoy Ministerio de Salud y Protección Social-, con base en la información existente sobre los resultados de la gestión de las EPS y de las IPS, y tiene que incluir, pero no limitarse, al *ranking* de que trata la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008.

En este punto, el Ministerio debe *“hacer una ponderación entre, de una parte, la accesibilidad del mencionado documento a personas que no cuentan con conocimientos técnicos acerca del sistema de salud, y de otra, la presentación de una información que refleje de manera suficiente la realidad del desempeño de las EPS e IPS”*<sup>4</sup>. La ponderación aludida debe efectuarse con el fin de que todas las personas comprendan sus derechos, sin que ello conlleve la elaboración de una carta pobre en información. Al respecto, la Corte clarificó lo siguiente:

*“(…) Cabe señalar dos ejemplos de dos extremos indeseables. El entregar un ranking simple (1ª, 2ª, etc.) como única información de la carta de desempeño puede producir un desequilibrio entre la reacción de los consumidores y el desempeño de las empresas ‘rankeadas’, pues no muestra de manera explícita las diferentes facetas de la prestación del servicio, e impide observar la diferencia real en los resultados de las empresas. En el otro extremo, el entregar un sinnúmero de estadísticas complejas acerca de cada una de las EPS o IPS, lleva a una carta de desempeño que es incomprensible para la mayoría de usuarios.”*<sup>5</sup>.

Con todo, debe reiterarse que la carta de desempeño no es sólo el ranking de la orden vigésima de la citada sentencia, sino que también debe servir para juzgar la calidad<sup>6</sup> de las Entidades Promotoras de Salud, así como de las Instituciones Prestadoras de Servicios.

Ahora bien, que sea el Ministerio de Salud y Protección Social quien elabore la carta de desempeño es obvio, puesto que resulta inadecuado que las EPS e IPS evalúen su propia actuación, toda vez que la información podría paralizarse y perder confiabilidad. Igualmente, es necesario que adopte las medidas para

<sup>4</sup> Corte Constitucional, sentencia T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

<sup>5</sup> *Ibidem*.

<sup>6</sup> Según el diccionario de la lengua española, la calidad se define como la “[p]ropiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.”.

asegurar que estos resultados: i) sean entregados a los usuarios del sistema de salud oportunamente para que puedan tomar decisiones informadas; y ii) sean actualizados de forma periódica.

3. Asimismo, debe advertirse que la labor del Ministerio de Salud y Protección Social no se agota con la elaboración de la carta de desempeño, sino que también le corresponde adoptar las medidas necesarias para asegurar que ambas cartas cumplan con las condiciones expuestas a lo largo del numeral segundo de la parte considerativa de esta providencia, pero además que sean conferidas con anterioridad al momento de la afiliación.

Así pues, dicha entidad no puede desvincularse del cumplimiento de la orden vigésimo octava, aduciendo que, mediante las resoluciones 1817, 2818 y 4392 de 2009, le encomendó esa labor a una entidad adscrita, más específicamente a la Superintendencia Nacional de Salud<sup>7</sup>, ya que el Ministerio es el directamente responsable de la orden.

4. En este orden de ideas, se le solicitará al Ministerio de Salud y Protección Social que dé respuesta a los siguientes interrogantes:

4.1. ¿El contenido de la carta de derechos y de desempeño que están entregando las diferentes EPS del país cumple con las condiciones previstas en el numeral segundo de la presente providencia? De no ser así, ¿qué medidas administrativas ha adoptado para que dicha situación se corrija?

4.2. ¿Qué medidas administrativas ha adoptado en contra de aquellas EPS que incumplieron con la obligación de entregarle a los usuarios las cartas aludidas?

5. No obstante, teniendo en cuenta que el Ministerio en mención le extendió a la Superintendencia Nacional de Salud la obligación de garantizar el adecuado cumplimiento de lo dispuesto en las resoluciones 1817, 2818 y 4392 de 2009, y que como consecuencia de esa concesión la entidad que encabeza el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud le solicitó a las EPS del país que le allegaran las cartas de derechos y de desempeño, así como la constancia escrita de su entrega, resulta oportuno preguntarle lo siguiente:

5.1. ¿El contenido de la carta de derechos y de desempeño que están entregando las diferentes EPS del país cumple con las condiciones previstas en el numeral segundo de la presente providencia? De no ser así, ¿qué medidas administrativas ha adoptado para que dicha situación se corrija?

5.2. ¿Qué medidas administrativas ha adoptado en contra de aquellas EPS que incumplieron con la obligación de entregarle a los usuarios las cartas aludidas?

---

<sup>7</sup> Decreto 1018 de 2007, artículo 1°. “*Naturaleza*. La Superintendencia Nacional de Salud, como cabeza del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es una entidad de carácter técnico adscrita al Ministerio de la Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.”

5.3. Considerando que, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 4° del artículo 1° de la Resolución 2818 de 2009, la entrega de las cartas de derechos y de desempeño constituye un estándar de obligatorio cumplimiento para la permanencia en el Sistema de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, ¿se han impuesto sanciones en este sentido?

### III. RESUELVE

**PRIMERO. ADVERTIR** al Ministerio de Salud y Protección Social que es a él a quien compete el cumplimiento de la orden vigésimo octava de la sentencia T-760 de 2008 y que, para que se garantice el derecho a la información dentro del marco del derecho a la salud no basta con la sola expedición de normas, sino que se requiere que efectivamente se verifique si las EPS están cumpliendo adecuadamente con la obligación de entregarle a los usuarios las cartas de derechos y de desempeño en los términos descritos en la presente providencia.

**SEGUNDO. REQUERIR** al Ministerio de Salud y Protección Social para que dentro del término máximo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de la comunicación del presente Auto, responda de manera clara, ordenada y precisa los siguientes cuestionamientos: i) ¿El contenido de la carta de derechos y de desempeño que están entregando las diferentes EPS del país cumple con las condiciones previstas en el numeral segundo de la presente providencia? De no ser así, ¿qué medidas administrativas ha adoptado para que dicha situación se corrija?; y ii) ¿Qué medidas administrativas ha adoptado en contra de las EPS que incumplieron con la obligación de entregarle a los usuarios dichas cartas?

**TERCERO. REQUERIR** al Ministerio de Salud y Protección Social que, una vez elabore el ranking de EPS e IPS contemplado en la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008, adopte las medidas necesarias para integrarlo a la carta de desempeño anteriormente referida.

**CUARTO. REQUERIR** a la Superintendencia Nacional de Salud para que, teniendo en cuenta lo expresado en el numeral 5° de la presente providencia, dentro del término máximo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de la comunicación del presente Auto, responda de manera clara, ordenada y precisa los siguientes cuestionamientos: i) ¿El contenido de la carta de derechos y de desempeño que están entregando las diferentes EPS del país cumple con las condiciones previstas en el numeral segundo de la presente providencia? De no ser así, ¿qué medidas administrativas ha adoptado para que dicha situación se corrija?; ii) ¿Qué medidas administrativas ha adoptado en contra de aquellas EPS que incumplieron con la obligación de entregarle a los usuarios las cartas aludidas?; y iii) Considerando que, conforme a lo dispuesto en el párrafo 4° del artículo 1° de la Resolución 2818 de 2009, la entrega de las cartas de derechos y de desempeño constituye un estándar de obligatorio cumplimiento para la permanencia en el Sistema de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, ¿se han impuesto sanciones en este sentido?

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

Notifíquese, comuníquese y cúmplase

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO  
Magistrado

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO  
Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO  
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ  
Secretaria General