

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL

Sala Especial Seguimiento

AUTO 408 de 2014

Referencia: Seguimiento a la orden vigésima novena de la Sentencia T-760 de 2008.

Asunto: Solicitud de concepto a los Peritos Constitucionales Voluntarios y traslado de los informes presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- y la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Magistrado Sustanciador:
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D. C., dieciocho (18) de diciembre de dos mil catorce (2014).

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

I. ANTECEDENTES

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

2. Dentro de las falencias evidenciadas, la Corte señaló que para el 31 de julio de 2008¹ no se había observado por parte del regulador del sistema de salud el principio de universalidad, contemplado en el artículo 48 de la Constitución

¹ Fecha en la cual fue proferida la Sentencia T-760 de 2008.

Política². Fue por ello que a pesar de destacar el compromiso de las instituciones del Estado en aras de lograr la cobertura universal, ordenó en dicha providencia al entonces Ministerio de Protección Social adoptar las medidas necesarias para asegurar que la misma fuera sostenible³.

3. Durante el trámite de supervisión efectuado al cumplimiento de la orden vigésima novena, la Sala Especial Seguimiento ha proferido diversas providencias⁴. Particularmente, a través del Auto 068 de 2012 esta Corporación formuló una serie de interrogantes al ente ministerial sobre la ejecución y los resultados obtenidos con la implementación de las actividades descritas en el “*plan y cronograma*”⁵ elaborado para alcanzar la cobertura universal en salud, así como las razones por las cuales esta no se había logrado.

4. En su respuesta, la Cartera de salud puntualizó⁶ que, en ejecución de las actividades señaladas en el programa y cronograma, se expidieron actos administrativos a través de los cuales se materializaron diferentes actuaciones que dieron lugar al mejoramiento del proceso de afiliación para la población pobre y vulnerable en las entidades territoriales. Así mismo, precisó que se había modificado el concepto de cupos del régimen subsidiado y se sustituyó por el de personas identificadas en la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA-, lo cual generó que la cobertura en salud no estuviera determinada por el número de cupos financiados, sino por la medición de los sujetos que se encuentran plenamente identificados, facilitando su seguimiento en la prestación de los servicios.

5. Posteriormente, mediante el Auto 066 de 2014 este Tribunal solicitó información al Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- sobre el número total de la población existente en el país para los años 2012, 2013 y a 28 de febrero de 2014, así como a la Registraduría Nacional del Estado Civil, respecto del estado de cedula o identificación del total de la población.

6. Con ocasión de ello, en escrito radicado el 8 abril de 2014⁷ el DANE allegó los datos solicitados respecto: *i*) del número total de la población, *ii*) la cantidad de habitantes por cada una de las entidades territoriales y, *iii*) el total de habitantes en determinados grupos poblacionales⁸.

² Cfr. Consideración jurídica núm. 6.4.1.1 Sentencia T-760 de 2008.

³ Orden vigésima novena de la Sentencia T-760 de 2008.

⁴ Doce (12) en total que podrán ser consultados en el siguiente enlace: <http://seguimientot760.corteconstitucional.gov.co/autos%20especificos/?orden=29>

⁵ Documento radicado mediante oficio de fecha 31 de julio de 2009.

⁶ Escrito radicado el 25 de abril de 2012. Cfr. AZ Orden XXIX – A, folios 179 – 187.

⁷ Cfr. AZ Orden XXIX - A, folios 314 - 318.

⁸ Específicamente “*I Población Indígena; II Población carcelaria; III Población discapacitada y IV Población de niños y niñas*”.

7. Por su parte, la Registraduría Nacional del Estado Civil presentó⁹ el reporte correspondiente a: *i*) la cantidad de personas asentadas en el territorio nacional, *ii*) las establecidas no solo en las entidades territoriales, sino también en cada uno de los grupos poblacionales solicitados que cuentan con cédula de ciudadanía y aquellos que tienen un medio de identificación diferente y, *iii*) la cantidad de niños y niñas con documento de identidad.

8. A través del Auto 099 de 2014, la Corte: *i*) solicitó información al Ministerio de Salud y Protección Social sobre el estado de afiliación y garantía del acceso a los servicios de salud de la población en condiciones de calidad y oportunidad, *ii*) dio traslado de las observaciones presentadas por los Peritos Constitucionales Voluntarios al informe gubernamental y *iii*) ordenó al Ministerio de Hacienda y Crédito Público rendir un reporte sobre los recursos invertidos para garantizar la cobertura universal en materia de salud.

9. En atención de lo anterior, el Ministerio de Salud¹⁰ radicó un escrito en el que dio respuesta a los interrogantes formulados precisando, entre otros aspectos, lo siguiente:

Temática abordada por el Ministerio de Salud¹¹	Conclusiones
Aspectos Generales	<p>Los objetivos que se pretendían alcanzar con el desarrollo de las actividades descritas, consistían en: <i>i</i>) garantizar los recursos para hacer sostenible la universalización del aseguramiento y la unificación de los planes de beneficios, <i>ii</i>) lograr el aseguramiento en salud de la población no afiliada que cuenta con alguna capacidad de pago, <i>iii</i>) lograr el aseguramiento en salud de la población no afiliada sin capacidad de pago, <i>iv</i>) garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a la población asegurada y <i>v</i>) Racionalizar, automatizar y facilitar los trámites de afiliación, traslado y registro de novedades del SGSSS.</p> <p>Para lograr la cobertura de 96.9% estimada para 2013, el Gobierno adoptó una serie de medidas tales como: <i>i</i>) la unificación de los planes de beneficios desde 2012, <i>ii</i>) “<i>el inicio de la igualación de prima pura por UPC del Régimen Subsidiado respecto del Régimen Contributivo se dio a partir de enero del año 2013 e igualación total para el 2015</i>” y <i>iii</i>) la universalización de la afiliación garantizando los recursos para la financiación de todo el aseguramiento.</p>
Indicadores	A parte del indicador de población definió otros dos, “ <i>recaudo recursos para el aseguramiento del SGSSS y recursos invertidos aseguramiento SGSSS</i> ” a través de los cuales verificaría el cumplimiento de la cobertura universal del

⁹ Documento radicado el 21 abril de 2014. Cfr. AZ Orden XXIX - A, folios 342- 381.

¹⁰ Informe presentado el 13 de junio de 2014. Cfr. AZ Orden XXIX - B, folios 393 - 504.

¹¹ Dicho informe podrá consultarse en el siguiente enlace: [http://seguimientot760.corteconstitucional.gov.co/autos%20especificos/tramites/Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protecci%C3%B3n%20Social%20\(A%200099\).pdf](http://seguimientot760.corteconstitucional.gov.co/autos%20especificos/tramites/Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protecci%C3%B3n%20Social%20(A%200099).pdf)

	aseguramiento sostenible.
Condiciones de infraestructura hospitalaria	<p>Los datos contenidos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS- resulta ser el insumo básico para determinar las condiciones a través de las cuales se prestan los servicios de salud en las entidades territoriales. En ese sentido presentó¹² información consolidada respecto de los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Promoción y prevención b) Consulta de medicina general c) Odontología d) Consulta de pediatría e) Consulta de ortopedia f) Consulta de medicina interna g) Consulta de cirugía general h) Consulta de psiquiatría i) Consulta de psicología j) Consulta de nutrición y dietética k) Urgencias l) Laboratorio m) Imágenes diagnósticas n) Terapias respiratorias o) Internación p) Internación para adultos q) Internación pediátrica r) Internación quemados s) Internación salud mental t) Quirófanos u) Salas de parto v) Ambulancias
Problemática descrita por algunas comunidades indígenas¹³	<p>Con el apoyo del Ministerio del Interior, Caprecom y las comunidades indígenas representadas en la mesa permanente de concertación adelantaron una serie de acciones tendientes a dar solución a los problemas descritos, entre ellas se encuentran: <i>i)</i> respuestas específicas dadas por la EPS-S Caprecom, <i>ii)</i> el desarrollo del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI-, <i>iii)</i> el desarrollo de un modelo de aseguramiento y atención especial para las zonas dispersas del país y <i>iv)</i> la ejecución del plan de desempeño de la citada aseguradora.</p> <p>Entre las dificultades para brindar acceso a las comunidades indígenas y al resto de la población en zonas dispersas se identificaron: <i>i)</i> la baja suficiencia de red y de profesionales públicos y privados; <i>ii)</i> la contratación debido a los diferentes manuales tarifarios y acuerdo de voluntades; <i>iii)</i> la gran dispersión geográfica y la deficiente infraestructura de las vías de comunicación y, <i>iv)</i> el choque multicultural por la baja creencia en la medicina occidental y alopática por parte de los grupos indígenas.</p>
Aseguramiento	<p>Personas no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud:</p> <p>La Cartera de salud dispuso de <i>i)</i> recursos financieros complementarios suficientes para que las entidades territoriales afilien a dichas personas en el régimen subsidiado y <i>ii)</i> recursos de</p>

¹² Escrito radicado el 13 de junio de 2014. Cfr. AZ Orden XXIX – B, folios 418 – 451.

¹³ *Ibidem* folios 453 – 455.

	<p>oferta para garantizar su atención mientras se surte el proceso de afiliación.</p> <p>Personas no aseguradas por Departamentos:</p> <p>Se precisó que el citado Ministerio no cuenta con “<i>información desagregada por Departamento y por grupos de edad para cerca de 2 millones de afiliados a los regímenes especiales y de excepción lo cual hace que las estimaciones del número de personas no afiliadas por Departamento, más no en el total nacional, no corresponda exactamente a la realidad.</i>”¹⁴</p> <p>Con relación a la cobertura en las poblaciones: indígena y carcelaria, concluyó que en ellas existe un aseguramiento del 100% de manera que en caso de que existan personas no afiliadas es porque no han sido reportadas. Así mismo, precisó que la base de datos de personas que padecen algún tipo de discapacidad se alimenta a través del auto reporte diligenciado por ellas mismas, de forma que existe una cantidad de personas con discapacidad sin afiliarse al sistema.</p> <p>Respecto de la conformada por niños y niñas, indicó que al comparar la tabla de cobertura para la población general en 2012 (3.78%) esta fue inferior durante 2013.</p>
Acceso	<p>El Ministerio de Salud no cuenta con información nominal sobre el acceso oportuno por parte de los usuarios a los servicios de salud, existen procesos de seguimiento a la prestación oportuna de dichos servicios, para lo cual hace uso de los reportes semestrales sobre la oportunidad del servicio de las EPS a través de una serie de indicadores¹⁵.</p> <p>En la práctica existen barreras que afectan el acceso a los servicios de salud en condiciones de calidad, entre las cuales mencionan: <i>i)</i> dificultades de transporte para acceder a servicios en determinadas zonas con dispersión geográfica, <i>ii)</i> gastos de bolsillo y <i>iii)</i> la movilidad de los afiliados entre Departamento y Municipio.</p>
Observaciones de los Peritos Constitucionales Voluntarios¹⁶	<p>El manejo de los problemas identificados por los peritos pertenece a otros ámbitos diferentes al de “<i>la mera cobertura universal y versan sobre determinantes sociales de acceso y sobre las características esenciales del modelo de salud imperante en el país</i>”, razón por la cual no fueron objeto de discusión por el ente ministerial.</p>

10. Igualmente, el 21 de mayo de la misma anualidad, la Cartera de Hacienda concluyó que “*los esfuerzos realizados para obtener la cobertura universal del sistema, en términos de mayores recursos, han dado los resultados esperados y si bien persiste sin cobertura una pequeña porción de la población, las dificultades de su afiliación no se deben a razones económicas*”¹⁷.

¹⁴ Cfr. *Ibidem*, folio 470.

¹⁵ Al respecto ver folio 475.

¹⁶ Cfr. AZ Orden XXIX – B, folio 504.

¹⁷ Cfr. AZ Orden XXIX – A, folio 389.

11. Ahora bien, con ocasión de la respuesta referida en el antecedente número 9, este Tribunal a través del Auto 351 de 2014 requirió información adicional al Ministerio de Salud y Protección Social sobre algunas de las afirmaciones realizadas por la señalada entidad gubernamental.

12. En su escrito radicado el 21 de noviembre de la presente anualidad¹⁸, la Cartera de salud señaló lo siguiente:

12.1. El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS- *“no permite por si solo identificar, en tiempo real, si la infraestructura hospitalaria existente en el país es suficiente para prestar los servicios de salud en condiciones de calidad, oportunidad y efectividad a la población.”*¹⁹

12.2. La información contenida en el REPS es resultado del proceso de habilitación de los servicios de salud por parte de los prestadores del servicio a través de las respectivas entidades territoriales, que es consolidada por el Ministerio del ramo, sin embargo, se precisó que la misma varía de forma constante toda vez que *“dicho registro obedece a la lógica del proceso [que] autónomamente cada prestador realiza al momento de adelantar sus procesos de inscripción de los servicios de salud que decide ofertar y prestar, así como sus novedades”*. Por ello, argumentó que los datos sobre infraestructura y capacidad instalada de los servicios de salud que el REPS captura y registra están sujetos a los requerimientos de los procesos de habilitación.

12.3. Respecto del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI-, indicó que con su implementación se pretendía desarrollar y garantizar el derecho fundamental a la salud de las comunidades indígenas, el cual se regirá por unos principios armonizados con los del SGSSS, por lo que puntualizó, que espera garantizar a las citadas comunidades el acceso a los servicios de salud en condiciones de calidad, oportunidad y efectividad.

12.4. En relación con el momento en que entraría en funcionamiento el señalado mecanismo aclaró que *“la implementación del SISPI no depende exclusivamente del MSPS sino también de la dinámica propia de los procesos de concertación con las comunidades indígenas”*, por cuanto se debe: *i) terminar la fase de definición de cada componente y contar con un documento base a través del cual se desarrolle la estructura definida, ii) realizar el “Congreso Nacional de Salud con los pueblos Indígenas para su validación y iii) protocolizar el documento de la mesa de concertación o realizar los ajustes que fueron solicitados en ella.*

¹⁸ [http://seguimientot760.corteconstitucional.gov.co/autos%20especificos/tramites/Rta.%20Minsalud%20-%20Auto%20351%20de%202014%20\(21-11-2014\).pdf](http://seguimientot760.corteconstitucional.gov.co/autos%20especificos/tramites/Rta.%20Minsalud%20-%20Auto%20351%20de%202014%20(21-11-2014).pdf)

¹⁹ Cfr. AZ Orden XXIX - B, folio 507.

12.5. En cuanto al mecanismo a través del cual el Ministerio le hace seguimiento a la prestación oportuna de los servicios de salud en el territorio nacional y los resultados obtenidos, se informó que la citada entidad creó el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud²⁰ a través del cual se monitorean los indicadores reportados a la Supersalud por las IPS y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio que responden a las áreas de accesibilidad, oportunidad de la atención, calidad técnica de la atención, gerencia del riesgo y satisfacción.

12.6. En cuanto al numeral séptimo²¹ del acápite considerativo del citado Auto 351, la Cartera de salud precisó que *“tener un sistema que brinde reportes en tiempo real de indicadores que midan la prestación oportuna de los servicios de salud para toda la población, requiere de una inversión de tiempo, recursos financieros y talento humano que desborda la capacidad actual del sistema y que países con mayores recursos tampoco han implementado.”*²²

12.7. Por último, manifestó que entre las actuaciones ejecutadas para medir la oportunidad en la prestación de los servicios de salud se encuentran: i) el Decreto 1011 de 2006²³ y ii) la Resolución 1552 de 2013²⁴, las cuales deben ser interpretadas como un avance en el mejoramiento de la información que permita el monitoreo más cercano de la oportunidad, sin embargo, puntualizó que para capturar dichos datos es necesario *“desarrollar un sistema de información y transmisión de datos, ya sea de manera análoga o digital, lo que tiene un costo en su desarrollo e implementación. Este costo debe ser asumido por los prestadores de servicios de salud y las EPS y se convierte en un gasto más para estas entidades.”*

II. CONSIDERACIONES

1. Desde inicios de la supervisión efectuada a la Sentencia T-760 de 2008, la Sala Especial de Seguimiento, en observancia del artículo 2º de la Constitución

²⁰ El cual se concibe como un *“sistema que estructura y organiza la información disponible sobre la calidad de la atención en salud, brindando un conjunto de herramientas para facilitar la consolidación y difusión del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para facilitar la consolidación y difusión del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para todos los actores del sistema de seguridad social en salud.”*

²¹ Respecto del interrogante 2.5.3.1.21, la Cartera de salud manifestó que *“no cuenta con información nominal del acceso oportuno de los usuarios a los servicios”*²¹, lo cual, se precisó, *“no significa que no existan procesos de seguimiento a la prestación oportuna de los servicios de salud.”*²¹. Así las cosas, deberá indicarse: i) *¿a través de qué mecanismo el Ministerio de Salud hace seguimiento a la prestación oportuna de los servicios de salud en todo el territorio nacional y cuáles han sido los resultados obtenidos desde su implementación hasta el 31 de octubre de 2014?*, ii) *¿existe una línea base que permita comparar anualmente los avances respecto del acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud por parte de los usuarios?* y, iii) *En caso de que dicho mecanismo no brinde reportes en tiempo real, deberá presentar las razones que justifiquen esa situación.*

²² Cfr. AZ Orden XXIX - B, folio 515.

²³ Con el cual fueron definidos una serie de indicadores con el fin de monitorear la oportunidad de la atención *“como un atributo de la calidad de los servicios”*.

²⁴ Con la cual se ordenó a las EPS llevar registro de cada solicitud de citas (medicina general, especialidad y odontología), la identificación del usuario, la fecha de solicitud, el día en que se desea tener la cita así como el momento en que fue asignado.

Política, ha generado canales de comunicación que permiten una interacción real entre todos los actores del sistema de salud, de forma tal que a través de dichas intervenciones la Corte pueda tomar decisiones lo suficientemente informadas respecto del cumplimiento de las órdenes impartidas en el fallo estructural.

2. Para tal efecto, y con el propósito de contar con mayores elementos de juicio, experticios y análisis sobre la materia de quienes a diario utilizan y estudian el sistema de salud, la Sala Especial conformó²⁵ el Grupo de Peritos Constitucionales Voluntarios para que conceptuaran sobre los documentos técnicos allegados por las autoridades obligadas a dar cumplimiento a los mandatos allí impartidos.

3. En ese sentido, para esta Corporación la colaboración brindada por quienes integran el citado grupo es de suma importancia, toda vez que contribuye a que los autos proferidos por la Sala de Seguimiento se soporten en el análisis no solo de los reportes allegados por las entidades gubernamentales obligadas, sino también en aquellos conceptos que emiten quienes han sido reconocidos como Peritos.

4. Por lo anterior, se invitará a las organizaciones que se enumeran a continuación, para que respondan los interrogantes que se formulan a continuación sobre los informes allegados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE- y la Registraduría Nacional del Estado Civil, en respuesta a los autos 066, 099 y 351 de 2014, así:

i)	Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social -CSR-.
ii)	Programa Así Vamos en Salud.
iii)	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME-.
iv)	Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad -DeJuSticia-.
v)	Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social - FEDESALUD-.
vi)	Universidad Nacional de Colombia.
vii)	Federación Médica Colombiana
viii)	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI-.
ix)	Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud - GESTARSALUD-.
x)	Universidad Instituto Colombiano de Estudios Superiores de Incolda -ICESI-.
xi)	François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard University
xii)	Facultad de Derecho, Universidad ITAM, México D. F.
xiii)	Grupo Médico por el Derecho a Decidir

5. Ahora bien, sin perjuicio de otros aspectos que consideren pertinente abordar en sus intervenciones respecto de los documentos radicados por las entidades

²⁵ Cfr. Autos 120 y 147 de 2011

gubernamentales, se solicitará a dichos peritos absolver los siguientes interrogantes:

5.1. Preguntas sobre aseguramiento

5.1.1. Teniendo en cuenta que para la consecución de los objetivos²⁶ propuestos por el Ministerio de Salud se requiere de la realización de ciertas actividades²⁷, ¿considera que las mismas resultan ser lo suficientemente efectivas para alcanzar los fines propuestos?²⁸ En caso de que su respuesta sea negativa, indique ¿qué actuaciones deberían ser implementadas para lograr las finalidades perseguidas?

5.1.2. Respecto del aseguramiento, el rector de la política pública manifestó que cuando se está por encima del 95%, se considera que existe cobertura universal, puesto que *“alcanzar una cobertura efectiva del 100% de la población resulta operativamente imposible”*²⁹. En su experiencia *¿la movilidad de las personas entre regímenes y municipios, la población que no tiene lugar de residencia habitual, los nacimientos, los cambios en la condición socioeconómica y las limitaciones en la información*³⁰ son razones válidas para aceptar que en Colombia es imposible que el total de la población esté afiliada al sistema y en consecuencia, no acceda a los servicios de salud?

5.1.3. A pesar de que no existe información desagregada por entidad territorial sobre la población carcelaria³¹, ¿considera que en dicha población existe realmente cobertura universal? En caso de que su respuesta sea negativa, indique ¿a través de qué mecanismo el Ministerio de Salud podría obtener datos confiables y en tiempo real sobre dicha población?

5.1.4. En su respuesta el Ministerio de Salud indicó que el denominador en el cálculo de las coberturas surge de proyecciones estadísticas sujetas a ciertos márgenes de error, en su opinión *i) ¿técnicamente es admisible dicha afirmación? ii) ¿las cifras reportadas por el Ministerio respecto de cobertura universal en el país resultan ser confiables? Justifique su respuesta.*

5.2. Acceso a los servicios de salud

²⁶ Cfr. Folios 394, 398, 399 y 400, AZ Orden XXIX - B

²⁷ Cfr. AZ Orden XXIX – B, folios 394, 398 – 400 y 403.

²⁸ Sea del caso precisar que si bien en el Auto 133 – A de 2012, la Sala Especial formuló un cuestionamiento similar, en esta oportunidad la pregunta se circunscribe al contenido de los informes radicados por el Ministerio de Salud con ocasión del Auto 099 de 2014.

²⁹ Cfr. AZ Orden XXIX – B, folio 400.

³⁰ Cfr. *Ibidem*.

³¹ Cfr. AZ Orden XXIX – B, folio 471.

5.2.1. Con relación a las posibles barreras³² que afectan la prestación del servicio, el Ministerio del ramo precisó que adoptó una serie de medidas³³ con el fin de superar dichas limitaciones. En su conocimiento ¿dichas actuaciones garantizan que a los pacientes que padecen enfermedades de alto costo y a los grupos poblacionales que habita en zonas con dispersión geográfica les sean prestados los servicios de salud en condiciones de calidad, eficiencia y oportunidad? Justifique su respuesta.

5.2.2. Aparte de las barreras identificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social³⁴, indique desde su experiencia ¿qué otras obstaculizan la prestación del servicio a la salud con calidad y oportunidad en estos grupos poblacionales y cómo podrían solucionarse?

5.2.3. Con relación a las personas que padecen algún tipo de discapacidad, el ente ministerial afirmó que la base de datos es diligenciada a través del auto reporte, pero que existe la posibilidad de que se presenten errores en la inscripción y por ello no coincida con los datos disponibles en la Base Única de Afiliados -BDUA-³⁵ en su opinión ¿es el autoreporte el mecanismo idóneo para lograr información confiable y real sobre la cobertura en dicha población?

5.2.4. En caso de que su respuesta al punto anterior sea negativa señale ¿cuál sería el mecanismo que debería implementar el Ministerio con el fin de conocer en tiempo real el grado de cobertura y el acceso con calidad y oportunidad a los servicios de salud no sólo por parte de las personas que padecen alguna discapacidad, sino también por el resto de la población?

5.2.5. En su opinión, ¿qué otras alternativas debería implementar el Ministerio de Salud³⁶ para superar las dificultades que impiden garantizar el acceso a los servicios de salud en las zonas con dispersión geográfica?

5.2.6. Respecto de las actuaciones desarrolladas para corregir la falta de información nominal sobre acceso oportuno a los servicios de salud por parte de los usuarios, la citada entidad mencionó³⁷ que expidió el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1552 de 2013, en su opinión ¿dichas medidas permiten superar de

³² Las cuales fueron reseñadas en el numeral 9 del capítulo de antecedentes de esta providencia.

³³ Como el reconocimiento de una UPC con un valor superior para aquellos municipios que por su localización requieren de trasladados, así mismo, en lo que respecta a los pacientes con enfermedades de alto costo, puntualizó que se realizaron exenciones en el pago de los copagos al momento de prestar los servicios, entre otras, *Cfr. Ibídem*, folio 476

³⁴ *Cfr.* Folio 476 AZ Orden XXIX - B.

³⁵ *Cfr. Ibídem*, folio 472.

³⁶ “Reconocimiento de una UPC con un valor superior para aquellos municipios que por su localización requieren traslado de sus usuarios. Así mismo, para las EPS Indígenas se reconoció dentro de la UPC un valor que corresponde a lo que deben invertir en casas de pasos, guías bilingües y transporte”. AZ Orden XXIX – B, folio 476.

³⁷ *Cfr.* Folio 515 AZ Orden XXIX - B.

forma suficiente la citada problemática? En caso de no estar de acuerdo, ¿qué otras alternativas podrían implementarse por parte del Ministerio de Salud para superar tal problemática?

5.3. Condiciones de infraestructura hospitalaria

5.3.1. En su concepto ¿las condiciones de infraestructura hospitalaria reportadas por la entidad ministerial, son suficientes para garantizar la existencia de cobertura universal? En caso de que no lo sea justifique su respuesta.

5.3.2. En su experiencia ¿el Registro Especial de Prestadores de Servicios - REPS- permite evaluar los avances o retrocesos que en materia de infraestructura hospitalaria haya en el país? de ser negativa su respuesta indique ¿mediante qué mecanismo sería posible evaluar, en tiempo real, el conjunto de elementos y/o servicios a través de los cuales está siendo prestado el servicio de salud?

5.4. Problemática de las comunidades indígenas

5.4.1. El ente ministerial en su informe manifestó³⁸ que la totalidad de la población indígena está afiliada al SGSSS, sin embargo, también reconoció que aún existen una serie de dificultades que no permiten que estas comunidades accedan a los servicios de salud en las condiciones de oportunidad y calidad. De acuerdo a su experiencia ¿las acciones³⁹ adelantadas por el Ministerio con el fin de solucionar de forma definitiva las problemáticas denunciadas garantizan que estas comunidades puedan acceder de forma real, efectiva y en la oportunidad que se amerita a los servicios de salud?

5.4.2. En caso de no estar de acuerdo con las actividades enunciadas por la Cartera de salud, indique ¿qué otras alternativas podrían ser implementadas para garantizarles a los habitantes de la población indígena y de las zonas dispersas su derecho a acceder a los servicios de salud en las condiciones antes señaladas?

5.5. Indicadores para evaluar la cobertura universal en el país

5.5.1. Los tres indicadores establecidos para evaluar los resultados de las políticas implementadas para conseguir la cobertura universal del aseguramiento⁴⁰, ¿tienen la suficiencia técnica para evidenciar avances en la implementación de dicha política?

³⁸ Cfr. *Ibidem* folio 471.

³⁹ Cfr. *Ibidem* folio 453 - 455.

⁴⁰ Cfr. AZ Orden XXIX – B, folios 415 - 417.

5.6. Adicional a los indicadores aplicados ¿qué otros deberían ser empleados por el Ministerio en aras de evaluar los avances obtenidos en materia de cobertura universal?

6. Finalmente, sea esta la oportunidad para precisar que una vez terminada la fase de participación, la información recaudada será objeto de valoración por parte de la Sala Especial de Seguimiento con el fin de determinar el nivel de cumplimiento de la orden vigésima novena de la Sentencia T-760 de 2008.

En mérito de lo expuesto,

III. RESUELVE:

Primero.- Invitar a las entidades que se enuncian en el numeral 4 del acápite considerativo de este auto a que respondan los interrogantes contenidos en el numeral 5° de esta providencia y presenten las demás observaciones que consideren pertinentes, dentro del término de veinte (20) días hábiles contados a partir del día siguiente del recibo por correo electrónico de los informes presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- y la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Segundo.- Proceda la Secretaría General de esta Corporación a comunicar la presente decisión a las organizaciones que integran el grupo de Peritos Constitucionales Voluntarios señalados en esta providencia, adjuntando copia de la misma.

Publíquese y cúmplase,

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO
Magistrado

ANDRÉS MUTIS VANEGAS
Secretario General (E)