MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Documento que contiene la estructuración, consolidación y análisis por entes de control para el cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008

Contrato 926 de 2022

Luis Guillermo Echeverry Marulanda

Contenido

INTRODUCCIÓN ..... - 2 -

OBJETIVO ..... - 3 -

ALCANCE ..... - 3 -

I. DEFINICIÓN DE AGENTES O ACTORES QUE EJERCEN CONTROL AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN EL MARCO DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 ..... - 3 -

a) CORTE CONSTITUCIONAL ..... - 4 -

b) DEFENSORIA DEL PUEBLO ..... - 4 -

c) PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN ..... - 5 -

d) CONTROL POLITICO POR MIEMBROS DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA ..... - 6 -

II. ANALISIS INTEGRAL DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 ..... - 7 -

III. PROPUESTA DE RESOLUCIÓN PARA LA ADECUADA ARTICULACIÓN Y MANEJO DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 ..... - 17 -

IV. CONSOLIDACIÓN Y ANALISIS DE RESPUESTAS EMITIDAS A LOS DIFERENTES ORGANOS DE CONTROL INTERNOS ..... - 19 -

V. CONSOLIDACIÓN Y ANALISIS DE RESPUESTAS EMITIDAS A LOS DIFERENTES ORGANOS DE CONTROL EXTERNOS ..... - 19 -

ORDEN VIGÉSIMA (20). RANKING DE EPS E IPS ..... - 20 -

a. Corte Constitucional – Presentación de actividades de cumplimiento de cronograma e Informe de Ranking de EPS e IPS 2021 ..... - 20 -

b. Consolidado de información a la Procuraduría General de la Nación .. - 28 -

c. Consolidado de información para la Defensoría del Pueblo ..... - 31 -

ORDEN VIGÉSIMA OCTAVA (28). CARTA DE DERECHOS Y DEBERES .. - 32 -

ORDEN TRIGÉSIMA (30). INFORME DE TUTELAS EN SALUD ..... - 33 -

a. Corte Constitucional – Presentación de actividades de cumplimiento de cronograma e Informe de Ranking de EPS e IPS 2021 ..... - 33 -

b. Consolidado de información a la Procuraduría General de la Nación .. - 53 -

c. Consolidado de información para la Defensoría del Pueblo ..... - 54 -

VI. CONSOLIDACIÓN DE RESPUESTAS AL CONGRESO DE LA REPÚBLICA EN EL MARCO DE SUS COMPETENCIAS DE CONTROL POLÍTICO ..... - 59 -

Análisis y consolidación de respuesta por autoridades competentes en el marco de la Sentencia T-760 de 2008

INTRODUCCIÓN

El propósito de este documento es dar cuenta del apoyo brindado a la Oficina de Calidad en la consolidación, análisis y reporte de informes y solicitudes realizadas por los entes de control y/o competencia de la Oficina, con actores internos y externos del SGSSS para el cumplimiento de los diferentes Autos y Órdenes de la Sentencia T-760 de 2008.

En la Sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional sentó las bases sobre lo siguiente: (i) En primer lugar, declaró el derecho a la salud como un derecho fundamental y autónomo que debe ser objeto de protección constitucional por parte del Estado y de los jueces de la república; y de igual manera, identificó un conjunto de fallas generales, recurrentes y graves en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por ello emitió 16 directrices correctivas, a través de las cuales instó a las autoridades responsables del mismo a adoptar las medidas necesarias para conjurarlas.

Las fallas estructurales identificadas por la Corte Constitucional se pueden conglomerar o agrupar en las siguientes:

> (i) Fallas en el financiamiento;
> (ii) Fallas en la regulación para la atención de los pacientes y usuarios del SGSSS;
> (iii) Asimetría en la información entre las EPS, IPS y pacientes con respecto a los derechos y deberes de los usuarios para el goce efectivo del Derecho Fundamental a la Salud.

En virtud de las 16 directrices emitidas por la Corte Constitucional, esta corporación constituyó una Sala Especial de seguimiento, la cual, dentro del seguimiento que adelanta sobre las 16 directrices impartidas ha emitido y desplegado una serie de acciones y documentos como: práctica de pruebas, autos de seguimiento y de nivel de valoración, y traslado a peritos constitucionales sobre inquietudes o dudas sobre la información suministrada por el MSPS, etc., los cuales han modificado el alcance de las ordenes y se les ha establecido un nivel de cumplimiento conforme a los autos de seguimientos emitidos por el Alto Tribunal Constitucional (DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL AUTONOMO, 2008).

Adicionalmente, la Corte Constitucional determinó que para la construcción de las metodologías para la corrección o la superación de las fallas estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud se debe garantizar la participación ciudadana con la finalidad de conocer en detalle los avances y actividades realizadas por el Ministerio para el acatamiento de los mandatos.

Con el objetivo de dar cumplimiento a las16 ordenes emitidas por la Corte Constitucional y contar con una Dirección responsable al interior del MSPS de dar cumplimiento, el Ministerio mediante Resolución 1009 de 2012, modificada por la Resolución 2887 de 2014, conformó un comité para atender los distintos requerimientos generados en el marco de las sentencias en cuestión y paralelamente, asignó a los servidores públicos integrantes del citado comité, responsabilidades específicas frente a las diferentes órdenes, circunscritas a las competencias ejercidas en función de sus cargos.

Así las cosas, se tendrá en cuenta dicha distribución y asignación de las ordenes para estructurar el presente documento y en consecuencia, dar cuenta del apoyo brindado a la Oficina de Calidad en lo correspondiente a la Orden 20, 28 y 30 de la Sentencia T-760 de 2008.

A continuación, la estructura del documento será de la siguiente manera para lograr el objetivo: (i) Se definirán quienes son los actores o los agentes que realizan control al Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la Sentencia T-760 de 2008; (ii) Se presentará el análisis realizado de manera integral para el abordaje de la Sentencia T-760 de 2008 y; (iii) por último, se presentarán la estructuración y los análisis de respuesta a los actores que ejercen control al MSPS.

OBJETIVO

Apoyar a la Oficina de Calidad en la elaboración del documento técnico que contenga la estructuración, consolidación, análisis y reporte de las solicitudes realizadas por los entes de control y/o de **competencia de la Oficina**, con actores internos y externos del SGSSS para el cumplimiento de los diferentes autos y ordenes de la Sentencia T-760 de 2008.

ALCANCE

El alcance del presente documento se circunscribe esencialmente a las ordenes asignadas a la Oficina de Calidad mediante las Resoluciones 1009 de 2012, modificada por la Resolución 2887 de 2014. En consecuencia, se incluirán los requerimientos y las respuestas de las solicitudes realizadas por las autoridades competentes y de control sobre las Ordenes 20, 28 y 30 de la Sentencia T-760 de 2008 y de los apoyos brindados por la Oficina de Calidad sobre otras ordenes de la precitada Sentencia con el objetivo de contribuir al cumplimiento de dichas ordenes ante el alto tribunal constitucional. Así mismo, el presente documento da cuenta de los agentes externos que hacen las diferentes solicitudes al Ministerio de Salud y Protección Social.

I. DEFINICIÓN DE AGENTES O ACTORES QUE EJERCEN CONTROL AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN EL MARCO DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008

Dentro del presente capítulo se describirán los actores que se encargan de ejercer control judicial o político al Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008.

En este sentido, los actores principales a los que el Ministerio de Salud y Protección Social rinde cuentas, informes o avances sobre los niveles de cumplimiento de la precitada sentencia son los siguientes:

a) CORTE CONSTITUCIONAL

Es el máximo tribunal encargado de interpretar la Constitución Política de Colombia. Es responsable de garantizar la supremacía de la Constitución y proteger los derechos fundamentales de los ciudadanos. La Corte Constitucional también actúa como juez constitucional, revisando la constitucionalidad de las leyes, los decretos y otros actos del gobierno y del Congreso.

La función de control de la Corte Constitucional se refiere a su capacidad para examinar las decisiones y acciones de otras autoridades y organismos del Estado con el fin de garantizar que cumplan con las normas constitucionales. La Corte también tiene la facultad de ejercer el control abstracto de constitucionalidad, que implica revisar las leyes y normas antes de que sean aplicadas, para asegurarse de que no contradigan la Constitución.

b) DEFENSORIA DEL PUEBLO

Es una entidad autónoma e independiente encargada de proteger y promover los derechos humanos y las libertades fundamentales de los ciudadanos en Colombia. Entre sus funciones, se encuentra la de supervisar las actuaciones de las autoridades públicas y los particulares que prestan servicios públicos, con el fin de proteger los derechos de los ciudadanos.

En cuanto al derecho a la salud, la Defensoría ha tenido una serie de acciones concretas, entre las que se destacan:

1. Realización de informes y recomendaciones: La Defensoría del Pueblo ha realizado diversos informes sobre el acceso a la salud en Colombia, en los que se han identificado problemáticas y se han formulado recomendaciones para mejorar la situación. Por ejemplo, en el informe "La salud en Colombia: un derecho en crisis", la Defensoría denunció las barreras de acceso a los servicios de salud y recomendó medidas para superarlas.
2. Acompañamiento y asesoría a usuarios: La Defensoría del Pueblo brinda asesoría y acompañamiento a usuarios del sistema de salud en Colombia, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y la protección de sus derechos. Por ejemplo, en situaciones de negación de servicios o de barreras de acceso a tratamientos, la Defensoría puede intervenir para buscar soluciones y garantizar el derecho a la salud.
3. Participación en procesos judiciales: La Defensoría del Pueblo ha intervenido en procesos judiciales relacionados con el derecho a la salud, en calidad entidad

coadyuvante. En estas intervenciones, la Defensoría ha presentado argumentos y recomendaciones para proteger el derecho a la salud de los ciudadanos.
4. Promoción de políticas públicas: La Defensoría del Pueblo ha promovido políticas públicas en materia de salud, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud y la protección del derecho a la salud. Por ejemplo, ha propuesto la implementación de un sistema de salud universal y ha instado a las autoridades a garantizar el acceso a medicamentos esenciales.

En resumen, la Defensoría del Pueblo en Colombia ha tenido una serie de acciones concretas para garantizar el derecho a la salud, entre las que se destacan la realización de informes y recomendaciones, el acompañamiento y asesoría a usuarios, la participación en procesos judiciales y la promoción de políticas públicas.

c) PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN

Es la entidad encargada de proteger los derechos y garantías fundamentales de los ciudadanos, así como de velar por el cumplimiento de la ley y la justicia en Colombia. La Procuraduría también tiene la facultad de investigar y sancionar a los servidores públicos que incurran en faltas disciplinarias o que violen la ley.

En cuanto al derecho fundamental a la salud, la Procuraduría ha realizado una serie de acciones para garantizar su protección y promoción, entre las que se destacan las siguientes:

1. Supervisión y seguimiento a entidades de salud: La Procuraduría ha realizado supervisiones y seguimientos a entidades de salud, con el fin de garantizar que se cumplan las obligaciones y deberes en materia de acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, ha supervisado la atención a poblaciones vulnerables como mujeres gestantes, niños y personas en situación de discapacidad.
2. Participación en procesos judiciales: La Procuraduría ha participado en procesos judiciales relacionados con el derecho a la salud, en calidad de entidad coadyuvante. En estas intervenciones, la Procuraduría ha presentado argumentos y recomendaciones para proteger el derecho a la salud de los ciudadanos.
3. Recepción de denuncias y quejas: La Procuraduría recibe denuncias y quejas relacionadas con el acceso a los servicios de salud, con el fin de investigar y tomar medidas para garantizar la protección del derecho a la salud. Además, brinda orientación y asesoría a los ciudadanos sobre sus derechos en materia de salud.
4. Promoción de políticas públicas: La Procuraduría ha promovido políticas públicas en materia de salud, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud y la protección del derecho a la salud. Por ejemplo, ha instado a las autoridades a garantizar la atención en salud a poblaciones vulnerables y ha propuesto la implementación de un sistema de salud universal.

En resumen, la Procuraduría General de la Nación en Colombia ha tenido una serie de acciones concretas para garantizar el derecho fundamental a la salud, entre las que se destacan la supervisión y seguimiento a entidades de salud, la participación en procesos judiciales, la recepción de denuncias y quejas, y la promoción de políticas públicas.

d) CONTROL POLITICO POR MIEMBROS DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA

En Colombia, el control político es una función constitucional que tienen los congresistas para ejercer la supervisión, fiscalización y seguimiento a las actuaciones del gobierno y sus representantes, con el fin de garantizar el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades.

Los congresistas pueden realizar el control político a los ministros, que son los jefes de los distintos ministerios del gobierno, con el objetivo de evaluar la gestión y desempeño de dichos ministros en el ejercicio de sus funciones.

El control político a los ministros se puede realizar a través de distintos mecanismos, tales como interpelaciones, debates de control político y citaciones a audiencias públicas, en los que los ministros son requeridos a comparecer ante el Congreso para responder preguntas y exponer sus planes y acciones de gobierno.

Además, los congresistas también pueden presentar mociones de censura, que son una medida de control político mediante la cual se busca remover del cargo al ministro por incumplimiento de sus funciones o por alguna actuación que se considere contraria al interés público.

Así las cosas, la Corte Constitucional ha ejercido un papel de seguimiento y verificación del cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008. En varias oportunidades, la Corte ha emitido órdenes y fallos en los que se ha referido al cumplimiento de la sentencia por parte de las autoridades encargadas, con el fin de garantizar el acceso efectivo de los ciudadanos a los servicios de salud.

Por su parte, la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación también han ejercido un rol de seguimiento y control sobre la implementación de la Sentencia T-760 de 2008. Ambas entidades han realizado seguimientos, informes y recomendaciones a las autoridades encargadas para garantizar el cumplimiento de las medidas establecidas en la sentencia.

Además, diversas organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han colaborado en el seguimiento de la implementación de la sentencia y en la promoción del derecho a la salud en Colombia.

En resumen, tanto la Corte Constitucional, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación y otras entidades y organizaciones han desempeñado un papel

importante en el seguimiento y verificación del cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, con el fin de garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos colombianos.

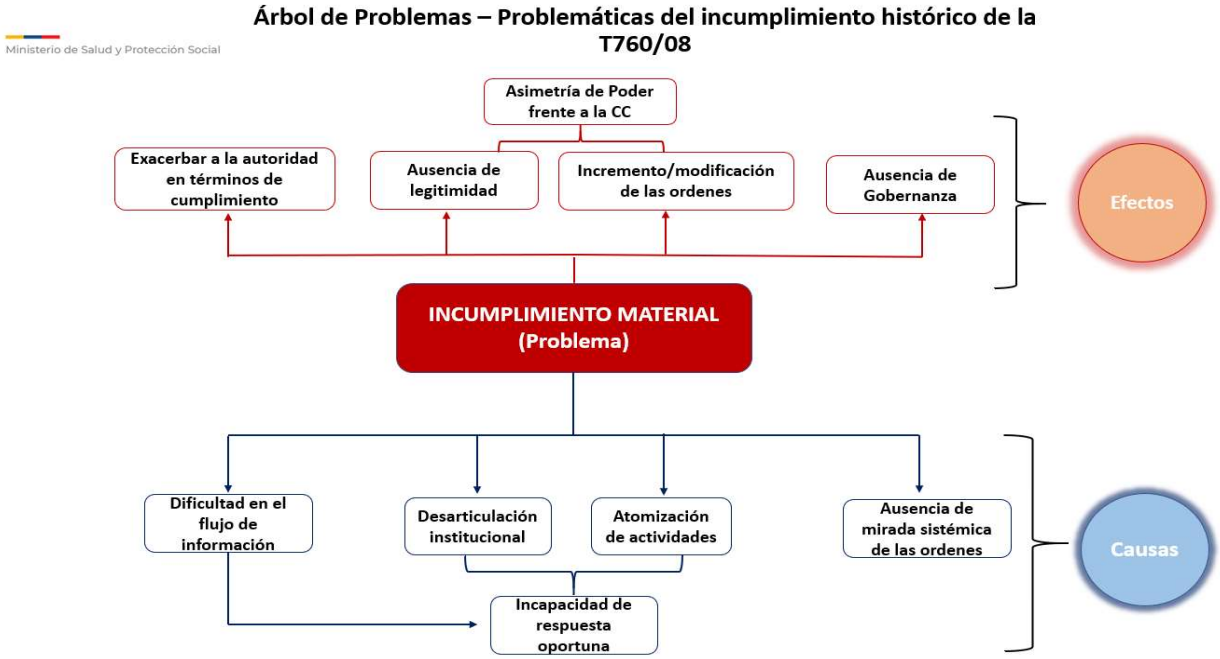
II. ANALISIS INTEGRAL DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008

El Ministerio de Salud y Protección Social con el objetivo de dar cumplimiento a las ordenes impartidas de la precitada sentencia, este Ministerio mediante Resolución 1009 de 2012, modificada por la Resolución 2887 de 2014, conformó un comité para atender los distintos requerimientos generados en el marco de las sentencias en cuestión y paralelamente, asignó a los servidores públicos integrantes del citado comité, responsabilidades específicas frente a las diferentes órdenes, circunscritas a las competencias ejercidas en función de sus cargos.

Ahora bien, mediante la asignación de las ordenes se ha visto alterada en razón de las acciones de mejora desplegadas por este Ministerio, tendientes al acatamiento de los mandatos judiciales en cuestión, así como a las medidas impulsadas desde el Gobierno nacional para generar cambios estructurales en el SGSSS, lo que ha sido evidenciado y reconocido por la Corte Constitucional, en cuyo marco, ha reorientado algunos de tales mandatos, con el consecuente impacto en las responsabilidades que inicialmente fijó este Ministerio en determinados servidores públicos para que en razón de sus funciones, asumieran el cumplimiento de las órdenes judiciales impartidas.

Que adicional a lo expuesto, con posterioridad a la expedición de la Resolución 1009 de 2012, y su modificatoria, también se han generado cambios en la estructura administrativa de esta Cartera Ministerial, y, por ende, en las responsabilidades asignadas a través de la precitada resolución no han tenido eficacia para la materialización de las ordenes de la precitada.

Lo anterior deja en evidencia la ausencia de articulación interna del Ministerio de Salud y Protección Social que han impactado de manera directa en el cumplimiento material de las precitadas ordenes, en este sentido, se construyó el siguiente diagnóstico sobre esta problemática:



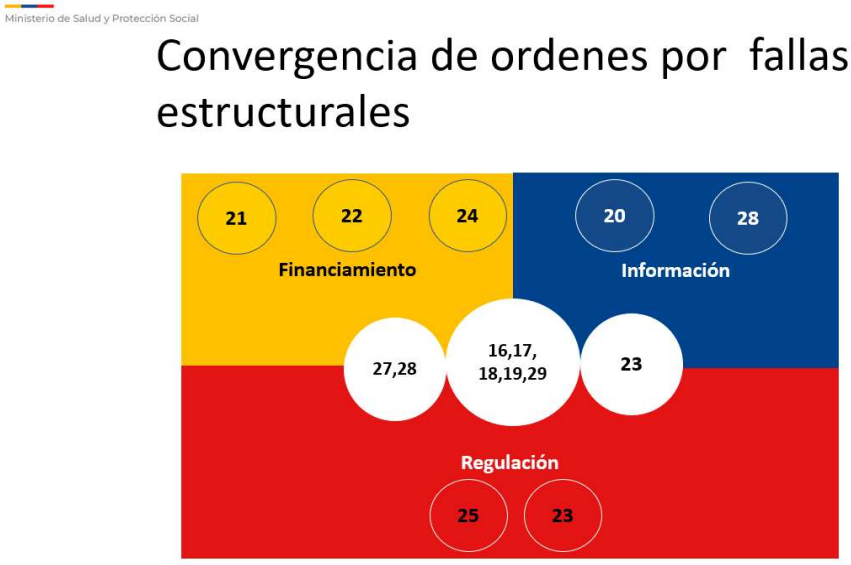
Fuente: Elaboración propia e insumo de presentación para Comité Directivo

En ese sentido, se ponen de presente que los hechos generadores del incumplimiento material ante la Corte Constitucional las siguientes:

- Atomización de actividades para las ordenes;
- Ausencia de mirada sistémica sobre las ordenes;
- Ausencia de legitimidad y gobernanza frente a los agentes del sistema y terceros;
- Incumplimientos reiterados que han exacerbado a la autoridad competente.

Por lo anterior, se procedió en la verificación e integración de la ordenes como primera medida para lograr una adecuada articulación se debe comprender lo siguiente: En primer lugar la mirada sistémica de la Corte Constitucional sobre el SGSSS plasmada en la precitada sentencia y por otro lado (ii) la metodología d evaluación y seguimiento establecida con la Corte para comprender como se deben formular las medidas y las actividades del Ministerio para elevar el nivel de cumplimiento particular, y en consecuencia general de cada una de la ordenes en cuestión.

Así las cosas, la mirada sistémica realizada por la Corte Constitucional es la siguiente:



Fuente: Elaboración propia e insumo de presentación al Comité Directivo MSPS.

Ahora bien, con respecto a la metodología de revisión, la Corte Constitucional ha establecido a través de los diferentes autos de seguimiento que el seguimiento que la Sala Especial realiza al acatamiento de los mandatos contenidos en la sentencia T-760 de 2008 tiene fundamento en la persistencia de afectaciones sobre el goce efectivo del derecho a la salud, se desarrolla respetando las competencias gubernamentales de manera que, lejos de interferir en el diseño de las políticas públicas en el sector, busca generar de forma constructiva soluciones oportunas y eficaces para la superación definitiva del déficit en este campo.

Por lo tanto, en desarrollo de esa función, la Corte podrá acudir a diversos mecanismos como las sesiones técnicas para el vencimiento de obstáculos, solicitudes de informes, valoraciones progresivas de las órdenes e inspecciones judiciales3, entre otras.[1]

Es importante resaltar que el papel del Tribunal Constitucional se articula con el diseño e implementación de las políticas públicas, a través de una labor abierta y deliberativa al momento de verificar el acatamiento de los mandatos emitidos, para lo que tendrá que calificar las medidas adoptadas y las acciones desarrolladas por las autoridades encargadas. En esas condiciones, las valoraciones de las directrices se efectuarán de

[1] La sentencia T-080 de 2018 señaló que: "*El rol del juez constitucional, sin embargo, no debe ser pasivo. En efecto, ante un legislador y una administración inoperantes en materia de derechos sociales fundamentales, el juez está llamado a actuar como garante de los derechos constitucionales. Más aún, si se trata de derechos sociales llamados a satisfacer necesidades básicas radicales o sus titulares son personas en situación de vulnerabilidad, el margen de configuración y acción de los órganos competentes en esta materia se ve reducido y, por consiguiente, los deberes y facultades del juez constitucional, son correlativamente ampliados*".
3*Cfr*. autos 186 y 549 de 2018, 122, 122A y 140 de 2019

manera general y específicamente sobre cada uno de sus elementos constitucionalmente significativos[2].

De esta manera, el estudio de los actos acreditados por el Gobierno Nacional conlleva a que los logros conseguidos se midan no solo por la expedición del acto normativo, sino también desde la evidencia social y la materialización de los mismos, siempre en la búsqueda de la satisfacción efectiva de las necesidades de los usuarios del sistema de salud. Así, esta Sala de Seguimiento valora el cumplimiento material de las órdenes impartidas en la sentencia T-760 de 2008, partiendo de la verificación del avance en el goce efectivo de los derechos de los usuarios del SGSSS, para evitar que el cumplimiento sea únicamente formal.

Ahora bien, con respecto a la metodología de evaluación de la Corte se tiene lo siguiente:

La valoración inicia con la verificación del primer aspecto, a fin de determinar si son conducentes para la superación de la falla estructural, y con base en ello, declarar un nivel de cumplimiento, que puede ser bajo, medio, alto, general o incluso incumplimiento general.

A grandes rasgos, puede decirse que este último se decreta si, revisado el estado de la orden, se constata que la autoridad obligada no adoptó acciones para superar la falla.

Se califica con cumplimiento bajo cuando los resultados evaluados pongan en evidencia la implementación de medidas por la autoridad obligada y concurra al menos uno de los siguientes supuestos:

> *"(i) que sean inconducentes para cumplir con el mandato estructural, toda vez que no son compatibles con los elementos del mandato;*
> *(ii) que sean conducentes para la observancia de la disposición que se examine, por cuanto abordan acciones en relación con los requerimientos de la orden, pese a que la autoridad encargada no acreditó resultados;*
> *(iii) aunque sean conducentes y los resultados hayan sido informados a la Sala, no se advierte que existan avances reales46, por lo que no es posible calificar el acatamiento con satisfacción del mandato al no evidenciarse que se haya superado la falla y;*
> *(iv) las labores desplegadas aun cuando son conducentes concluyen en resultados que solo atienden al aspecto formal y no al material de la orden"*

El nivel de cumplimiento medio será declarado cuando a pesar de haber ejecutado acciones, las mejoras no sean suficientes sino parciales en la superación de la falla estructural que dio origen a la orden. En estos casos la Sala otorgará un plazo razonable para que la autoridad encargada trabaje en el acatamiento de la orden, al final del cual se verificarán nuevamente las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos.

Decretará nivel de cumplimiento alto, cuando: *(i)* se hayan adoptado las medidas adecuadas para cumplir con el mandato de que se trate; *(ii)* la autoridad obligada reporte los resultados a la Sala; *(iii)* se evidencien avances suficientes, progresivos, sostenibles y significativos para el acatamiento del mandato en cuestión; y *(iv)* la problemática que dio lugar a la orden valorada se pueda superar.

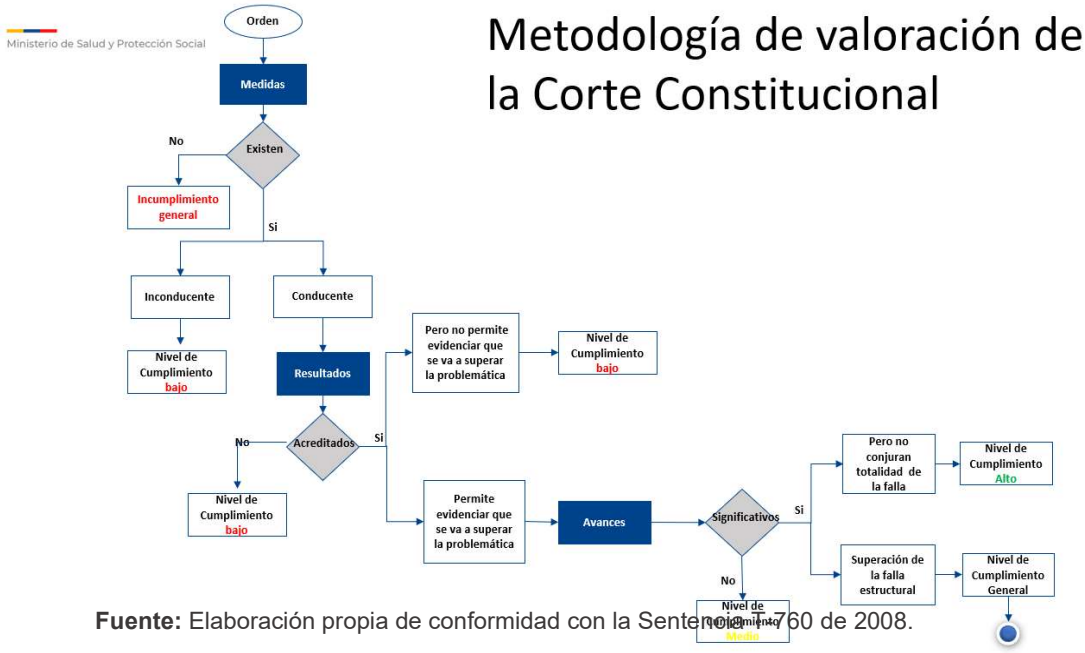
[2] Corte Constitucional. Auto 358 de 2020

Finalmente, si la Corte concluye que las actividades desarrolladas son adecuadas para cumplir con lo dispuesto en el mandato y que sus resultados son suficientes, sostenibles, significativos, progresivos a tal punto que permiten concluir que se superó la falla estructural que dio lugar a la expedición de la orden, calificará con cumplimiento general las actividades llevadas a cabo por la autoridad encargada. Adicionalmente, se espera que el sistema haya recopilado herramientas suficientes para enfrentar circunstancias similares a las que dieron origen a la sentencia T-760 de 2008 y que puedan presentarse en el futuro.

Cuando se declare nivel de cumplimiento alto, la Sala Especial podrá trasladar la supervisión del acatamiento de la orden a la Procuraduría General de Nación o la Defensoría del Pueblo , mediante la suspensión del seguimiento, para que efectúen la verificación final de la ejecución de la política pública dirigida a la observancia del mandato estructural, mediante la presentación de informes periódicos a la Sala Plena hasta que se cumpla con la totalidad de los supuestos de la orden o este Tribunal reanude el trámite que ha sido suspendido.

En el evento de que se decrete el nivel de cumplimiento general cesa el seguimiento por parte de la Corte, con ocasión de que se ha conseguido el resultado pretendido al interior de la orden analizada.

La anterior metodología de evaluación, se puede resumir en lo siguiente:



Fuente: Elaboración propia de conformidad con la Sentencia T-760 de 2008.

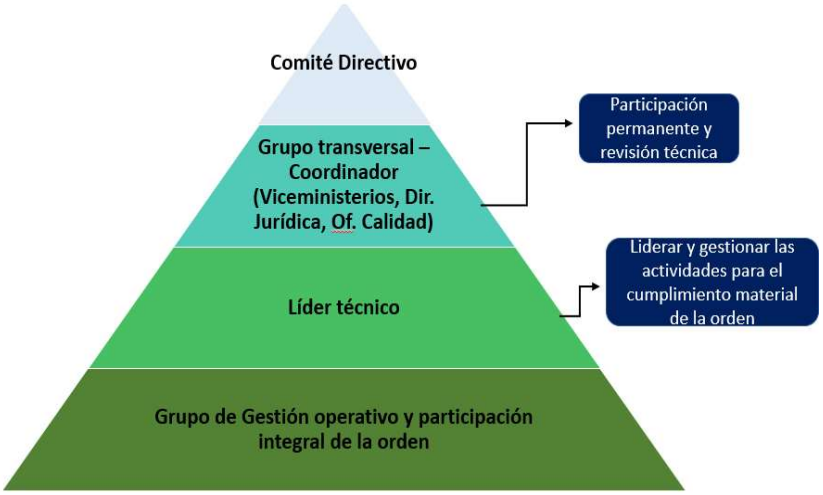
3Comprendiendo las dinámicas de evaluación de la Corte, y dentro del análisis integral de la sentencia T-760 de 2008, se presentó la siguiente propuesta de mejoramiento y articulación al interior del Ministerio de Salud que sean guía para el cumplimiento material de la sentencia de manera estructural o en consecuencia, mejoren el nivel técnico y operativo al interior de la entidad para esta finalidad:

Propuesta de Mejoramiento Continuo

- Integración y visión sistemática de las dependencias del MSPS.
- Constitución de Grupos Operativos de trabajo constante y articulado de las ordenes.
- Expedición de nueva regulación para el cumplimiento de las sentencias o actualización (Res 2887 de 2014).
- Revisión sistemática trimestral por parte del Comité Directivo para la toma de decisiones trascendentales en cumplimiento de las ordenes emitidas por la Corte Constitucional.

Nota:
-Orden 23 Aplicativo MIPRES

- Requerimiento Defensoría del Pueblo



De esta manera, se entregó propuesta de Resolución que permita lograr la articulación al interior del MSPS que permita elevar el nivel de cumplimiento de las órdenes.

En consecuencia con lo anterior, se propuso un grupo de integración por orden que permita materializar el cumplimiento por Orden de la Sentencia T-760 de 2008, que se expone a continuación como propuesta de mejoramiento:

Orden	Líder Técnico	Grupo operativo
16. Superación de fallas de regulación en planes de beneficios para garantizar acceso	Dirección de prestación de servicios	Oficina de Calidad Prestación de servicios Dirección de aseguramiento Oficina de Tecnologia de la información Dirección de Jurídica
17 - Actualización integral del POS	Dirección de aseguramiento	Dirección de aseguramiento Direccion de Costos y Tarifas Dirección de Promoción Social Dirección de Jurídica
18 - Periodicidad en la actualización del POS	Dirección de aseguramiento	Dirección de aseguramiento Direccion de Costos y Tarifas Dirección de Promoción Social Dirección de Jurídica
19 - Informe de negación de servicios de salud	Dirección de aseguramiento	Dirección de Aseguramiento Oficina de Tecnologia de la información Dirección de medicamentos Dirección de Jurídica SNS*

Orden	Líder Técnico	Grupo operativo
20 - Ranking de EPS e IPS	Oficna de Calidad	Dirección de prestación de servicios Dirección de aseguramiento Oficna de Calidad Dirección de Promoción Social Dirección de Jurídica SNS*
21 - Unificación de Planes de Beneficios para los niños y las niñas	Direccion de Costos y Tarifas	Dirección de Promoción Social Oficina de Tecnologia de la información Dirección de Jurídica
22 - Unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios	Direccion de Costos y Tarifas	Dirección de Promoción Social Oficina de Tecnologia de la información Dirección de Jurídica
23 - Trámite interno para autorizaciones de servicios de salud No POS por la EPS	Dirección de Aseguramiento	Direccion de Costos y Tarifas Dirección de Medicamentos Oficina de Tecnologia de la información Dirección de Jurídica ADRES*

Orden	Líder Técnico	Grupo operativo
24 - Sostenibilidad financiera y flujo de recursos	Dirección de Aseguramiento	Oficina de Tecnologia de la información Direccion de Costos y Tarifas Dirección de Medicamentos Dirección de Jurídica ADRES* SNS* CGN*
27 - Rediseño del sistema de recobros	Dirección de Aseguramiento	Dirección de Aseguramiento Dirección de Jurídica ADRES*
29 - Cobertura universal sostenible	Dirección de Aseguramiento Dirección de Prestación de Servicios	Oficna de Calidad Dirección de Promoción Social Oficina de Tecnologia de la información Dirección de promoción y prevención Dirección de Epidemiólogia Dirección de Jurídica
30 - Medición de acciones de tutela	Oficna de Calidad	Oficna de Calidad Dirección de talento humano Dirección de Promoción Social Oficina de Tecnologia de la información Dirección de promoción y prevención Dirección de Epidemiólogia Dirección de costos y tarifas Dirección de prestación de servicios Dirección de aseguramiento Dirección de Jurídica

Ahora bien, para el anterior análisis se hizo un recuento y fichas técnicas de cada una de las ordenes para conocer: Su objetivo, alcance, nivel de cumplimiento y actividades pendientes por cada una de las 16 órdenes, sin embargo, dado el alcance del presente documento se adjuntarán las ordenes en las cuales ha participado la Oficina de Calidad o en su defecto han sido asignadas de conformidad con la normatividad vigente

(CONSTITUCIONAL, Auto de Seguimiento, Informe Transversal de la Sentencia T-760 de 2008 en materia de Derecho a la Salud, Junio 20 de 2022)::

Orden	16. Acceso a los servicios de salud	
Alcance	Superar las fallas en la regulación de los planes de beneficios con el propósito de asegurar que sus contenidos sean precisos, actualizados y unificados para los dos regímenes. Garantizar el acceso a los servicios de salud sin que las EPS e IPS nieguen los servicios.	
Nivel de cumplimiento actual	**Auto 584 de 2022**. Declaró nivel de cumplimiento bajo al concluir que las medidas adoptadas por el Gobierno para propender hacia el acceso a los servicios y tecnologías en salud en el territorio nacional no han sido suficientes para que las personas puedan acceder a los servicios de forma oportuna y eficaz, debido a que: (i) continúa la dilación en la prestación; (ii) se advierte falta de control en los tiempos de atención en la mayoría de los procedimientos y tecnologías; (iii) se identifica una baja eficacia en el ejercicio de la función de vigilancia y control por parte de las autoridades competentes y (iv) persisten fallas estructurales que conllevan a la demora irremediable del servicio.	
Ordenes impartidas	Definir los tiempos máximos en los cuales deben asignarse las citas de medicina especializada y realizarse los diferentes procedimientos;	Se otorgaron 4 meses de pazo que vencerá el 11 de noviembre de 2022.
	Regular e iniciar un registro sobre el tiempo que tardan los pacientes en (a) ser clasificados en nivel triage; (b) ser atendidos en urgencias; (c) asignársele cita de medicina especializada; (d) la realización y dispensación de cada uno de los procedimientos, tecnologías y medicamentos que se le han ordenado y; (e) la asignación de citas de medicina y odontología general, y especializada, así como el suministro de procedimientos y medicamentos, respecto de quienes hicieron uso del mecanismo de portabilidad.	Se otorgó un plazo de 3 meses, que venció el 11 de octubre de 2022.
	Diseñar e implementar instrumentos que permitiesen disminuir y cesar los problemas en urgencias que ocasionan sobrecupo en el servicio y dificultades en el traslado de pacientes por nivel de complejidad; y en la agenda de citas de medicina especializada y procedimientos médicos. La información acerca de las medidas adoptadas debe ser reportada a la Procuraduría, Defensoría y la Corte dentro de los treinta días siguientes a la finalización de cada trimestre.	Se concedió un plazo de 2 meses para presentar un cronograma –venció el 11 de septiembre de 2022- y 6 meses para el diseño e implementación.

<table>
<tr><th>Orden</th><th colspan="2">20. Ranquin de EPS e IPS.</th></tr>
<tr><td>Alcance</td><td colspan="2">Identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia niegan los servicios de salud incluidos en el POS, así como las medidas adoptadas frente a ellas por la negación de los servicios.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Valoraciones</td><td colspan="2">Auto 260 de 2012. Declaró el cumplimiento parcial.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Auto 591 de 2016. Declaró cumplimiento medio para Ranquin de EPS y bajo para ranquin de IPS.</td></tr>
<tr><td>Nivel de cumplimiento actual</td><td colspan="2">Auto 358 de 2020. Declaró cumplimiento medio para Ranquin de EPS y bajo para ranquin de IPS, al encontrar las mismas falencias identificadas en la valoración anterior.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Ordenes impartidas</td><td>Establecer nuevos criterios de valoración que permitan identificar las EPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas vulneradoras del derecho a la salud, con ocasión a los cambios introducidos por la Ley Estatutaria en Salud y la sentencia C-313 de 2014, los cuales deben atender las características específicas de cada uno de los regímenes. Lo anterior deberá realizarse a través de sesiones técnicas en las que participen los diferentes actores del sistema.</td><td>Se concedió un plazo de 45 días para que, en forma conjunta con la Supersalud, presentara un cronograma de trabajo y en 6 meses acreditara los resultados.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Definir la posición de las EPS dentro del ranquin.</td></tr>
<tr><td>Elaborar un ranquin de IPS.</td><td>Se concedió un plazo de 45 días para que, en forma conjunta con la Supersalud, presentara un cronograma de trabajo y en 6 meses acreditara los resultados.</td></tr>
</table>

Orden	28. Carta de derechos y deberes del paciente, y de desempeño de las E.P.S.
Alcance	Los usuarios del sistema de salud deben conocer los derechos y deberes de los pacientes, así como el desempeño de las diferentes EPS, en aras de ejercer su derecho a la libre elección.
Nivel de cumplimiento actual	**Auto 549 de 2018.** Declaró el cumplimiento general de la orden y se cesó el seguimiento que adelantaba la Sala Especial. La Corte consideró que los resultados y avances fueron significativos, suficientes, progresivos y sostenibles y permitieron superar de manera satisfactoria la falla estructural que dio origen al mandato analizado. Lo anterior, ya que se expidió la reglamentación del contenido y la elaboración de las cartas de derechos y deberes de los pacientes y desempeño de las EPS conforme a lo establecido en la sentencia estructural y el auto 264 de 2012. En ese sentido se remitió el asunto a la Superintendencia Nacional de Salud para que concluyera el proceso de seguimiento.

Orden	30. Medición de acciones de tutela
Alcance	Conocer el número de tutelas que resuelven los problemas jurídicos de la sentencia de seguimiento, con el fin de conocer si persisten las problemáticas estructurales y funcionales advertidas, y si se presenta una reducción en las acciones radicadas.
Valoraciones	**Auto 590 de 2016**. Declaró el nivel de cumplimiento bajo.
	Auto 077A de 2020. Declaró el nivel de cumplimiento medio.
Nivel de cumplimiento actual	**Auto 440 de 2021**. Estableció el nivel de cumplimiento medio. Consideró que el MSPS había creado e implementado algunas medidas que fueron conducentes, pero que no arrojaron resultados que demostraran la superación de la problemática que originó la directriz que se analiza. Además, se omitió i) incrementar la muestra; ii) ampliar la batería de indicadores GED con inclusión de determinantes sociales e implementarlos en EPT, IPS y ET; iii) identificar las fallas estructurales, funcionales y financieras y; iv) crear el mecanismo participativo para los informes presentados.
Órdenes impartidas	Incluir en la caracterización las siguientes variables exigidas desde los autos 590 de 2016 y 077A de 2020: i) documento de identidad; ii) raza; iii) condición económica; iv) condición social; v) causas de negación; vi) etnia; vii) día y mes de radicación; viii) IPS más accionadas y; ix) tutelas promovidas por migrantes que se encuentren en situación irregular.

	Ampliar la batería de indicadores que evalúan el goce efectivo del derecho a la salud GED, en el que se incluyan los determinantes sociales y que sean aplicables a las EPS, IPS y ET y en general a todos los actores del sistema.	Seis meses cumplidos el 16 de mayo de 2022.
	Implementar el mecanismo participativo para dar publicidad a los informes presentados, así como hacer más visible en su página web el *link* que contiene los reportes remitidos a la Corte con la medición de las acciones de amparo.	

Fuente: Corte Constitucional. Auto de seguimiento del 14 de octubre de 2022

III. PROPUESTA DE RESOLUCIÓN PARA LA ADECUADA ARTICULACIÓN Y MANEJO DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008

Por lo expuesto anteriormente, desde la Oficina de Calidad se lideró en la socialización de los resultados y estudios obtenidos frente a la Sentencia T-760 de 2008, de los cuales se concluyó la constante insatisfacción por la Corte Constitucional al momento de realizar un análisis, evaluación y monitoreo a los diferentes autos de seguimiento de cada una de las ordenes impartidas en la Sentencia Estructural.

En este sentido, y una vez se realizó la socialización del diagnóstico, las dificultades, y la propuesta de mejoramiento continuo para elevar y materializar el nivel de cumplimiento de las órdenes a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, se propuso la derogación expresa de las Resoluciones 1009 de 2012, modificada por la Resolución 2887 de 2014, en consecuencia, el proyecto de Resolución que se propone para integrar y evitar la fragmentación de respuestas a la Corte Constitucional es la siguiente:

RESUELVE:

Artículo 1. *Creación y objeto.* Créase al interior del Ministerio de Salud y Protección Social el Comité Coordinador Institucional y los Grupos Operativos para el seguimiento, coordinación y articulación de acciones encaminadas tanto al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, como a la atención de los diferentes requerimientos que, en el marco del seguimiento y valoración, efectúen las Salas Especiales de Seguimiento de dicha sentencia, así como los entes de control y la ciudadanía en general.

Artículo 2. *Integración.* El Comité Coordinador Institucional estará integrado por los siguientes miembros:

1. Un Asesor del despacho del Ministro (a) de Salud y Protección Social
2. El Viceministro (a) de Salud Pública y Prestación de Servicios o su delegado quien lo presidirá
3. El Viceministro (a) de Protección Social o su delegado,
4. El Director (a) Jurídico (a)

Las funciones que se proponen para este comité son las siguientes:

*"**Artículo 3. Funciones del Comité.** El Comité Coordinador Institucional creado en la presente resolución tendrá las siguientes funciones:*

1. *Articular a los líderes técnicos responsables del cumplimiento de las ordenes asignadas en el artículo 5 de la presente resolución para la generación de las respuestas o acciones que se requieran para dar cumplimiento a las solicitudes que formule la Sala Especial de Seguimiento y en general, los órganos judiciales, así como las entidades de inspección, vigilancia y control, relacionados con la Sentencia T-760/08.*

2. *Monitorear el nivel de cumplimiento de las diferentes órdenes impartidas en los autos de seguimiento de la Sentencia T-760-08 y proponer acciones de mejora para avanzar en el acatamiento total e integral de las mismas.*

3. *Poner en conocimiento del Despacho del Ministro (a) de Salud y Protección Social las dificultades que se evidencien para el cumplimiento de las ordenes impartidas en el marco de la precitada sentencia con el objetivo de analizar las acciones de mejora a implementar.*

4. *Darse su propio reglamento*

5. *Las demás que se encuentren acorde con su naturaleza y funciones.*

***Parágrafo primero.** Los viceministros y el grupo técnico operativo que definan de conformidad con la discriminación por órdenes a que refiere el artículo quinto de esta resolución, serán los responsables de liderar y, por tanto, adelantar las acciones que se requieran para lograr el cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008.*

Igualmente, serán responsables de adelantar las actuaciones necesarias respecto de aquellas órdenes que hayan sido objeto de declaratoria de cumplimiento general por la Corte Constitucional, pero que continúan siendo materia de seguimiento por entidades como los entes de control.

***Parágrafo segundo.** Si los miembros del comité coordinador lo consideran pertinente podrán hacer seguimiento a otras sentencias de la Corte Constitucional que para su cumplimiento y debido a su importancia y trascendencia requieran la articulación de varias dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social.*

***Artículo 4. De la creación de Lideres técnicos y de los Grupos Operativos de Gestión.** Para garantizar la adecuada articulación e interacción de las diferentes dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, se definirá por orden un líder técnico y un grupo operativo de gestión para el cumplimiento de las ordenes que emita la Corte Constitucional en el marco de las ordenes impartidas a esta cartera en la Sentencia T-760 de 2008.*

***Líder técnico:** El Líder técnico se encargará de identificar, liderar, ejecutar, formular planes de acción y cronogramas de trabajo necesarios y requeridos para dar cumplimiento a la orden de la Sentencia T-760 de 2008 que le sea asignada.*

***Grupo técnico Operativo:** Los grupos técnicos operativos serán los encargados de apoyar y concurrir en las actividades que proponga el Líder Técnico para el cumplimiento de las ordenes y compromisos adquiridos con la Corte Constitucional en el marco de la precitada sentencia. Por lo anterior, los grupos técnicos remitirán insumos y apoyarán en las actividades que sean*

de su competencia al Líder técnico para la adecuada articulación institucional que se requiera con el objetivo de dar cumplimiento a las ordenes emitidas por la Corte Constitucional."

En este sentido se da materialidad a la propuesta técnica de generar nuevas dinámicas de articulación y cumplimiento a las 16 ordenes emanas por la Corte Constitucional, lo cual permitirá alcanzar los siguientes objetivos:

- Manejar un mismo discurso teórico, cohesionado y articulado entre las diferentes Ordenes ante la Corte Constitucional, que permita mantener una consistencia en las respuestas a los requerimientos del alto tribunal constitucional.

- Revisión sistémica y permanente por parte del Comité Interinstitucional para el cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y el Comité Directivo para la toma de decisiones estratégicas de cumplimiento.

- Integración, participación y concurrencia de todas las dependencias y direcciones del Ministerio de Salud y Protección Social.

- Mejorar la calidad de la información y de monitoreo del cumplimiento de las actividades y compromisos adquiridos con la Corte Constitucional para tal fin.

IV. CONSOLIDACIÓN Y ANALISIS DE RESPUESTAS EMITIDAS A LOS DIFERENTES ORGANOS DE CONTROL INTERNOS

V. CONSOLIDACIÓN Y ANALISIS DE RESPUESTAS EMITIDAS A LOS DIFERENTES ORGANOS DE CONTROL EXTERNOS

El presente capitulo se reflejará la consolidación de las respuestas emitidas a los diferentes actores definidos en el Capitulo I del presente documento, los cuales son: (i) La Corte Constitucional; (ii) La Defensoría del Pueblo; (iii) La Procuraduría General de la Nación y por último (iv) La veeduría ciudadana y el Control Político que se ejerce desde el congreso de la república.

Teniendo en cuenta lo anterior y para fines prácticos, el presente capitulo se presentará de la siguiente manera con el objetivo de presentar de manera ordenada la información: En primer lugar, se indicará el nivel de cumplimiento de cada una de las ordenes que están asignadas de manera directa; paso seguido, se presentará por orden y por ente de control las respuestas consolidas a cada uno de dichos actores.

Así las cosas, se procederá a presentar el nivel de cumplimiento de cada orden, y la información consolidada de respuesta a cada uno de los actores conforme a su competencia:

ORDEN VIGÉSIMA (20). RANKING DE EPS E IPS

Alcance: Identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia niegan los servicios de salud incluidos en el POS, así como las medidas adoptadas frente a ellas por la negación de los servicios.

Nivel de cumplimiento actual: Auto 358 de 2020. Declaró cumplimiento medio para Ranquin de EPS y bajo para ranquin de IPS, al encontrar las mismas falencias identificadas en la valoración anterior.

a. Corte Constitucional – Presentación de actividades de cumplimiento de cronograma e Informe de Ranking de EPS e IPS 2021

De conformidad con los autos de seguimiento

En el marco del Auto 1089 del 03 de agosto de 2022 proferido por la Sala Especial de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008 por usted presidida, la Secretaría General de la Corte Constitucional solicitó a través de los oficios de la referencia remitir lo ordenado en dicho proveído.

En consecuencia, teniendo en cuenta que en los artículos primero y segundo se declara el nivel de cumplimiento bajo de la orden vigésima de la sentencia antes reseñada en cuanto al ranquin de EPS e IPS, respectivamente; a continuación, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud se pronuncian en lo que concierne a los artículos tercero a quinto, en su orden, así:

(…) "*TERCERO: REITERAR al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con los autos 044 de 2012, 591 de 2016 y 358 de 2020, que:*

(i) Establezcan criterios de valoración que permitan identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas vulneradoras del derecho a la salud de acuerdo con el actual Sistema de Salud, con ocasión a los cambios introducidos por la Ley Estatutaria en Salud y la sentencia C-313 de 2014, los cuales deben atender las características específicas de cada uno de los regímenes.

1.1.1. Tratándose de las EPS es menester aludir que durante el primer semestre del año se propusieron y evaluaron con las EPS cuatro criterios a partir de los cuales se buscaba realizar la medición que permitiera identificar las EPS que presentan un mayor nivel de vulneración al derecho a la salud. A continuación, se presentan los criterios propuestos y evaluados:

Criterio	Definición
Oportunidad en la prestación de servicios de salud a grupos de riesgos priorizados	Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten

Criterio	Definición
	retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
Integralidad de la atención en salud de grupos de riesgos priorizados	Se entiende por integralidad que el paciente reciba los servicios médicos que requiere para atender su enfermedad, de manera oportuna, eficiente y de alta calidad, de tal forma que los usuarios reciban toda la atención necesaria, sin que haya que acudir al ejercicio de acciones legales de manera reiterada y prolongada en el tiempo para tal efecto.
Inconformidades o denuncias de los usuarios frente a una no adecuada prestación del servicio a la salud	Acciones presentadas por los usuarios donde se identifica la negación o no adecuada prestación del servicio de salud.
Accesibilidad a servicios complementarios a la atención en salud (sitio de atención diferentes al de residencia)	Posibilidad que tiene el usuario o cuidador para utilizar servicios complementarios (manutención o transporte) que se requieren para poder acceder a los servicios de salud de acuerdo con lo establecido por la normativa.

Posterior a la evaluación realizada de los criterios se concluyó que para esta medición no sería posible tener en cuenta el criterio de accesibilidad, por cuanto no se cuenta con una fuente para la información requerida en la construcción de ninguno de los indicadores trazadores propuestos para este criterio.

Sin embargo, es relevante señalar que, como se enuncia en el considerando 36 del citado Auto 1089 de 2022, este criterio sigue siendo relevante razón por la cual debe aclararse que si bien en la medición 2021 no se contará con él, para las futuras se evaluará si se han empezado a medir nuevos indicadores que permitan dar cuenta del criterio de accesibilidad o la posibilidad de crear instrumentos que permitan la recolección de la información necesaria para la construcción de los indicadores trazadores propuestos.

Adicionalmente, se destaca que dentro de la propuesta metodológica periódicamente debe considerarse la pertinencia de los criterios e indicadores propuestos y la posibilidad de incluir nuevos, habida cuenta que, como se enuncia en el numeral 1 de la parte resolutiva del Auto 358 de 2020, se busca realizar una medición acorde al sistema actual de salud, por lo que se deben tener en cuenta los cambios que puedan presentarse en un futuro.

Sin embargo, dada la propuesta actual y la información disponible, se consideró que para la medición del año 2021 los criterios a evaluar y aprobados por los diferentes actores de las mesas de trabajo para las EPS serían los siguientes:

Criterio	Definición
Oportunidad en la prestación de servicios de salud a grupos de riesgos priorizados	Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Integralidad de la atención en salud de grapes de riesgos priorizados	Se entiende por integralidad que el paciente reciba los servicios médicos que requiere para atender su enfermedad, de manera oportuna, eficiente y de alta calidad, de tal forma que los pacientes reciban toda la atención necesaria, sin que haya que acudir al ejercicio de acciones legales de manera reiterada y prolongada en el tiempo para tal efecto.
Inconformidad del usuario frente a la prestación del servicio de salud	Acciones presentadas por los usuarios donde se identifica la negación del servicio de salud.

1.1.2. Ahora bien, en lo que concierne al ranking de IPS se informa:

i. Fueron ejecutadas en su totalidad las etapas y las actividades consagradas en los cronogramas de trabajo; sin embargo, se encuentra pendiente realizar la mesa de socialización y trabajo con los peritos constitucionales (Asociación de Pacientes de Cuenta de Alto Costo, ACESI, Así Vamos en Salud) para socializar los resultados de la construcción de la metodología de evaluación de IPS.

ii. Se identificó a lo largo de las sesiones con las Entidades Territoriales, la Academia y algunas asociaciones de pacientes, la necesidad de construir o complementar las fuentes de información para que cumplan a cabalidad con los requisitos establecidos por el alto tribunal en sus autos de seguimiento; esto es: Universalidad de los Prestadores, práctica vulneradora del derecho y medición o indicadores adicionales, por lo cual, se analizará la forma de abordar esta necesidad.

iii. De manera consensuada se incorporarán de manera gradual las recomendaciones y/o observaciones realizadas por los agentes, teniendo en cuenta que la construcción del Ranking obedece a un mejoramiento continuo y sistemático para la consolidación de la metodología de evaluación de nivel de vulneración del derecho de las IPS.

iv. Por último, se definieron una serie de categorías por medio de las cuales se agruparán los resultados y la medición de las IPS durante el 2021, sin embargo, es importante indicar que para las futuras mediciones estos criterios pueden ser modificados o complementados con las fuentes de información que puedan llegar a ser objeto de desarrollo para complementar la actual medición.

Atención en salud inicial	Urgencia Vital	Atención por especialidades	Imágenes diagnósticas	Atención por procedimientos quirúrgicos
•Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General •Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	•Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	•Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General •Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología •Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna •Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia •Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	•Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía •Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear	•Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas •Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de cadera •Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía para revascularización miocárdica

(ii) Elaboren los ránquines que permitan identificar a las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud. Los informes deberán continuar presentándose anualmente, con remisión de copia a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación y ser allegados a estas entidades antes del 30 de abril de cada año.

1.2.1. En el marco de la necesidad que establece la Corte en la orden 20, para el caso de EPS se propuso realizar una categorización de las entidades en 5 niveles de vulnerabilidad (baja, media baja, media, media alta y alta) teniendo en cuenta su desempeño en cada uno de los criterios anteriormente mencionados en el numeral (i) y de esta forma establecer un nivel de vulneración del derecho a la salud para cada entidad.

Lo anterior, en concordancia con los establecido en el numeral 5.1.4.2 del Auto 591 de 2016, según el cual:

> *"5.1.4.2. En conclusión, el cumplimiento de este mandato debe circunscribirse a circunstancias específicas en las que se identifique las negaciones de servicios a partir de los criterios de vulneración establecidos por la Corte.*
>
> *La Sala acepta una clasificación por grupos, sin embargo, deben atender a un esquema en el que se puedan identificar escenarios críticos, de alarma, de aceptabilidad y de superioridad, donde se mezclen variables como número de afiliados y situaciones en las que se presentan prácticas violatorias, para de esta manera establecer límites porcentuales en cada rango.*
>
> *Por otra parte, la Corte considera indispensable que los criterios de valoración sean útiles y transparentes, por lo que la clasificación debe estar destinada a los usuarios e incluir una síntesis de los parámetros de evaluación, además permitir identificar a qué rango pertenece (crítico, alarma, aceptabilidad o*

superioridad) y sus implicaciones, así como quiénes han incurrido con mayor frecuencia en prácticas violatorias del derecho a la salud."

1.2.2. Ahora bien, en lo concerniente a IPS se logra identificar de manera clara las IPS que vulneran el derecho fundamental a la salud y así mismo, se identifica por Departamento cual es el prestador de servicios más ha incurrido en incumplimiento de los estándares e indicadores de medición hasta el momento establecidos, por lo cual, a través del Ranking de IPS 2021 se tienen mejoras sustanciales en lo siguiente: (i) Identificación de las IPS que más incurren en prácticas vulneradoras del derecho a la salud conforme a los criterios de medición establecidos; se realiza la identificación y estratificación de las IPS por Departamento con el objetivo de identificar el departamento en el que presta sus servicios y el escalafón en el que se encuentra en términos de vulneración del derecho.

Por otro lado, se establecieron categorías de las IPS en 5 niveles de vulnerabilidad (baja, media baja, media, media alta y alta) para establecer niveles de vulnerabilidad conforme al auto 1089 de 2022 emitido por el alto tribunal constitucional.

Finalmente, respecto a la fecha límite en la que deben ser allegados los informes se solicita a la Honorable Corte Constitucional que considere la entrega para el segundo semestre del año. Lo anterior teniendo en cuenta que la información actualizada de las entidades, en especial la que respecta a la Cuenta de Alto Costo y múltiples fuentes de información del Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución 256 de 2016, informe de tutelas en salud, indicadores de promoción y prevención de la enfermedad, etc) se consolidan y se tienen disponible para el segundo semestre de cada año, lo anterior debido al proceso de verificación y auditoría de la información.

(iii) Publiquen en el sitio web del Ministerio y la Superintendencia de Salud el ranquin anual de las EPS e IPS enfocado a las practicas violatorias del derecho a la salud antes del 30 de mayo de cada año. Se reitera que este reporte debe ser elaborado en un lenguaje sencillo y comprensible para toda la población sin importar su grado de instrucción, debe ser de fácil acceso y estar actualizado.

1.3.1. Como consecuencia de las demoras en términos de actualización y envío de la información relacionada con los indicadores propuestos para la medición de los criterios, surgió un retraso en la publicación del informe (infografía), razón por la cual se presentan excusas a la Honorable Corte Constitucional.

Así las cosas, en la respuesta al numeral (ii) de la cuarta orden del Auto 1089 de 2022 que se aborda más adelante, se presenta de manera más detallada la causa de los retrasos.

(…) ***CUARTO: ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que:***

(i) Ejecuten hasta su conclusión los cronogramas tendientes a construir los ránquines de EPS e IPS de 2021. Las sesiones técnicas por completar involucrarán

a todos los actores del sistema. En atención a los retrasos evidenciados para la publicación por parte de la Superintendencia y el Ministerio de Salud.

En cumplimiento de lo establecido en cada cronograma, el ranquin de EPS deberá presentarse antes del 31 de agosto de 2022 y el de IPS antes del 30 de noviembre de 2022, con remisión de copia a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo.

2.1.1. A continuación se relacionan las actividades que se encontraban pendientes por reportar hasta la fecha en la que se recibe la comunicación del oficio N. OPTC-388/22 (donde se informa el auto 1089 del 3 de agosto de 2022)[3]:

i. Remisión informe preliminar evaluación nivel de vulnerabilidad del Derecho a la Salud por parte de las EPS

ii. Se remitió el documento metodológico preliminar a las EPS para su conocimiento y comentarios finales. Dentro de la carpeta de anexos se adjunta el soporte del comunicado enviado a las entidades, el documento metodológico y los comentarios de las entidades.

iii. Segunda medición del nivel de vulnerabilidad del Derecho a la Salud por parte de las EPS (metodología de evaluación V2).

iv. Se remite junto a este documento, la versión final de la metodología[4] y los resultados obtenidos a partir de la misma.

v. Socialización resultados del nivel de vulnerabilidad del Derecho a la Salud por parte de las EPS (metodología de evaluación V2).

vi. De forma paralela al envío de la metodología y los resultados de evaluación a la Honorable Corte Constitucional, se realizará la entrega a las entidades evaluadas y la publicación de los resultados como lo establece esta entidad. La demora en el desarrollo de esta actividad estuvo sujeta al retraso en los términos de actualización y envío de la información para realizar la medición final 2021 de las entidades.

vii. Publicación de resultados en la página web de la Supersalud y el Ministerio de Salud y Protección Social.

viii. Como se mencionó a la Honorable Corte en el numeral iii del reiterando, debido a las demoras en términos de actualización y envío de la información relacionada con los indicadores propuestos para la medición de los criterios, surgió un retraso dentro de los términos de la publicación del informe (infografía), razón por la cual se

[3] Ver documento “Informe N 2 evaluación EPS orden 20 T-760 de 2008” y sus respectivos anexos
[4]. La versión final de la metodología hace referencia a la versión con la cual se realiza la medición para el año 2021. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que cada año se revisará la pertinencia de ella en términos de los indicadores utilizados, ya que podrían incluirse nuevos o excluirse alguno de los ya existentes, de acuerdo con criterios como disponibilidad de información y relevancia dentro de la medición debido a nuevas circunstancias de coyuntura.

presentan excusas a la Honorable Corte, informando que para el mes de enero se estima la publicación de esta información en las páginas del Ministerio y la Supersalud

Adicionalmente, es pertinente señalar que durante el mes de agosto de 2022 fue remitido a la Corte un informe preliminar con la primera medición realizada a partir de la información disponible en ese momento. De igual forma, para esta fecha ya se habían abordado dos de los temas señalados en el auto 1089 de 2022:

ix. Fue llevado a cabo el piloto de recolección relacionada con los indicadores compuestos de "Oportunidad en la asignación de consultas por otros profesionales de la salud", "Oportunidad en la asignación de consultas médicas y odontológicas especializadas", "Oportunidad procedimientos quirúrgicos ambulatorios y de alta complejidad programados", "Oportunidad procedimientos quirúrgicos mayores y críticos" y "Oportunidad en la realización de imágenes diagnósticas". Sin embargo, la información aún no es lo suficientemente robusta para incluirla dentro de la medición. Se trabajará para el próximo año en mejoras del instrumento de recolección de información.

x. Se realizaron dos mesas de trabajo con el MSPS donde se decidió incluir los indicadores del criterio de inconformidad que se encontraban aún en una zona de duda después de la segunda ronda del Delphi. Se consideró que estos criterios estaban en unza zona de duda, debido a que, aunque la media de la puntuación no era superior a 4,5 si era mayor a 4 y más del 50% de los participantes calificación con 5 y 6 el nivel de pertinencia de los indicadores[5].

Finalmente, vale la pena mencionar que dentro del informe que se remite a la Honorable Corte, se encuentra de manera más detallada el desarrollo de actividades del cronograma.

2.1.2. A continuación nos permitimos relacionar la ejecución de las actividades que permiten dar constancia de la ejecución del cronograma de trabajo propuesto a la Honorable Corte Constitucional en cuanto a Ranking de IPS:

i. Se remitió el informe de ejecución de actividades de IPS que comprendía las actividades de la Etapa I y II desarrolladas del cronograma de trabajo junto con los soportes correspondientes;

ii. Se realizó encuesta y mesas de trabajo con las Entidades Territoriales en Salud Departamentales con el objetivo de identificar las prácticas vulneradoras del derecho a la salud en el marco de la prestación de servicios de salud;

iii. De este ejercicio, se construyeron y se consolidaron los criterios y categorías de vulneración del derecho y se estratifico por Departamento para la presentación del Ranking;

[5]. La escala para calificar el nivel de pertinencia del indicador para la medición del criterio en el que se encontraba incluido era de 1 a 6.

iv. Se identificó la diversidad de fuentes lo que dificulta la estandarización de los datos (identificación de fuentes). Así mismo, se agruparon las fuentes relacionadas con PRQD de las entidades territoriales, medidas de seguridad, tutelas y resolución 256 de 2016 (Sistema de información para la calidad) para la generación del Ranking de IPS.

v. Se obtuvieron resultados inconsistentes por lo cual se procedió a efectuar una segunda medición que permitiera obtener resultados consistentes, verificables y fidedignos a efectos de la consolidación de la metodología del Ranking de IPS;

vi. Se realizó socializaron los nuevos resultados con la Academia (Universidad del Valle) y Asociaciones de pacientes, los cuales realizaron observaciones frente a la metodología desarrollada y la necesidad de incluir otras fuentes de información que sean complementarias.

vii. A pesar de los esfuerzos para dar cumplimiento a lo planteado en los autos de seguimiento por el alto tribunal constitucional se encuentra pendiente la realización de una mesa de trabajo con las agremiaciones de IPS y con la Asociación de Pacientes de Alto Costo para dar inicio a las mejoras sobre metodología de Ranking de IPS.

(ii) Notifiquen a la Sala Especial de Seguimiento la ocurrencia de retrasos adicionales en la ejecución de las actividades de cada cronograma. En el informe correspondiente, las autoridades explicarán detalladamente las dificultades para la implementación de la actividad, las medidas tomadas para superarlas y los nuevos términos para su cumplimiento. Los cambios en el cronograma no podrán extender el término ya establecido para la entrega de cada ranquin.

2.2.1. Tal y como se expresó en líneas precedentes, se han presentado retrasos en el cumplimiento del cronograma establecido por la Supersalud y el Ministerio de Salud y Protección Social por lo cual se piden excusas. De manera específica el retraso en el cumplimiento de la entrega de la versión final de la medición 2021 del nivel de vulnerabilidad de las EPS y por ende de las otras actividades que estaban sujetas a la medición[6] se debió a una demora en términos de actualización envío de la información relacionada con los indicadores propuestos para la medición de los criterios.

Por un lado, en los procesos de mejora continua y ajuste del seguimiento de los actores del sistema de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social ha trabajado en un ajuste en los indicadores de seguimiento de la implementación de la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud, lo cual, obligo a realizar una revisión de los indicadores incluidos y una homologación cuando fue pertinente. Por otro lado, se tuvo una demora en el proceso de solicitud y entrega de información de la cual dispone la Cuenta de Alto Costo, ya que, aunque se adelantaron mesas de trabajo y se realizaron oficios solicitando la información; esta fue remitida a finales del mes de septiembre.

[6] Socialización de resultados a las EPS y publicación de los resultados en la página web de la Supersalud y el MSPS.

Frente a las medidas tomadas para superar estos inconvenientes en futuras mediciones, se puede resaltar que la Cuenta de Alto Costo desarrolló un botón de descarga desde su página web que permitirá obtener la información sin necesidad de realizar requerimientos a la entidad. Así mismo, desde la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Cuenta de Alto Costo se tiene considerado realizar nuevas mesas en las que se presente oficialmente la herramienta (botón de descarga) y se realice la respectiva capacitación para su uso.

2.2.2. En cuanto al Ranking de IPS se han presentado demoras en la obtención de resultados que permitan la socialización y la construcción de una metodología conjunta con los actores por la dificultad de caracterización que tienen los prestadores de salud (heterogeneidad de prestadores) y la dispersión de fuentes de información que dificulta la estandarización de resultados, lo cual, conllevo a retrasos sobre la instalación y construcción de la metodología con actores importantes del sector salud como: La Asolación de Pacientes de la Cuenta de Alto Costo, Así Vamos en Salud y las agremiaciones de IPS (ACESI), sin embargo, es importante informar que estas mesas de trabajo se adelantaran a la mayor brevedad con el objetivo de finiquitar el cronograma de trabajo y tener en cuenta las observaciones de estos actores de manera prospectiva para el Ranking de IPS 2022.

QUINTO: ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que elaboren los ránquines de 2022 con la participación dialógica de las agremiaciones de EPS e IPS, los grupos de los usuarios, los pacientes y/o los profesionales de la salud, de manera que se promuevan escenarios para integrar las pretensiones de todos los actores del sistema en la definición de la metodología y los criterios para cada ranquin. Los informes deberán ser presentados a esta Corporación con remisión de copia a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación antes del 30 de abril de 2023.

Acatando la orden de la Honorable Corte y teniendo en cuenta los argumentos que presenta para esta orden, se tiene planeado para el primer semestre de 2023 realizar mesas de trabajo con la academia, asociaciones de usuarios y/o asociaciones gremiales; así como con las EPS de ser nuevamente necesario.

b. Consolidado de información a la Procuraduría General de la Nación

En concordancia con lo anterior, y dentro del término concedido por la Corte Constitucional, este Ministerio remitió mediante Radicado No. 202111201296531 la propuesta de cronograma de trabajo para la construcción y realización de Ranking de IPS, el cual consta de 4 fases de construcción de manera tentativa:

(i) Definición del Modelo Operativo de Recolección y Análisis de la Información;

(ii) Validación de la metodología propuesta con la Superintendencia Nacional de Salud;
(iii) Validación de la propuesta con actores representativos de la sociedad civil;
(iv) Construcción de registro único de fallas en la prestación de servicios de salud y;
(v) Implementación.

Para el cumplimiento de dicho cronograma de trabajo, la Corte Constitucional concedió el termino de 6 meses para acreditar resultados relacionados con la construcción de la metodología para la elaboración del Ranking de IPS, la cual debe ser de manera concertada con los actores.

Ahora bien, como **propuesta metodológica para la construcción del Ranking** presentada a la Corte Constitucional se consideró que para disponer de una información que permita cumplir con lo ordenado por dicha Corporación, debe identificarse una fuente de información que permita desagregar o conocer la IPS y la práctica vulneradora del derecho en la que ha incurrido la misma.

Por lo anterior y dadas las limitaciones inherentes a su recolección, se propone construir una metodología con una fuente de información proveniente del mismo usuario (por ejemplo, resoluciones de peticiones, quejas y reclamos) por los Entes Territoriales, quienes son los encargados de ejercer la inspección, vigilancia y control en sus territorios sobre los agentes que son parte del SGSSS. Sin perjuicio de lo anterior, es claro que en las sesiones técnicas se podrán plantear fuentes de información distintas o adicionales a la planteada en el cronograma de trabajo entregado a la Corte Constitucional.

Lo anterior implica retos relativos a la veracidad, calidad, estandarización y oportunidad de la información, por lo cual, debe estudiarse a fondo: i. el estado del arte de la disponibilidad de datos, actualmente; ii. la interoperabilidad y o visualización de la información a lo largo de la cadena de valor del SGSSS, y iii. la validación de los datos durante el proceso de construcción del ordenamiento. Para ello, se establece un cronograma de trabajo con los distintos agentes y usuarios del SGSSS, que permita esta construcción técnica, de forma plural y legítima.

Posterior a la definición de la fuente de información y lo relativo a su recolección, dentro de esta propuesta se plantea el trabajo técnico de procesamiento de los datos, estandarización y conversión a una tabla de calificación, a manera de ordenamiento (ranking).

Luego, deberán construirse las visualizaciones correspondientes del ordenamiento para que los usuarios puedan acceder a este de forma inmediata y fácil. Esto se traduce, posiblemente, en el desarrollo de un *micro-sitio* web, que permita el acceso al público por "*capas*" de información, debido al enorme universo que representan las IPS del país (más de 10.000).

Explicado lo anterior, resulta fundamental resaltar que actualmente este Ministerio se encuentra en ejecución del paso 1 del Cronograma de Trabajo entregado a la Corte Constitucional, el cual consiste en "Definición del Modelo Operativo de Recolección y Análisis de la Información", el cual consta de cuatro fases:

(i) Fase 1: Identificación de las fuentes de información y herramienta de captura;
(ii) Fase 2: Formulación técnica del levantamiento de la información;
(iii) Fase 3: Procesamiento de los datos;
(iv) Fase 4: Prueba piloto de Ranking.

El documento que da cuenta de la propuesta metodológica y el cronograma de trabajo para dar cumplimiento a lo ordenado por la Corte Constitucional en lo relacionado con el Ranking de IPS del Auto 358 de 2020 será documento anexo a la presente respuesta para su consulta y validación.

En conclusión, este Ministerio se encuentra actualmente dando cumplimiento a lo ordenado por la Corte Constitucional por lo siguiente: (i) Se entregó propuesta de cronograma de trabajo para la construcción de propuesta metodológica de Ranking de IPS en los términos solicitados por dicha Corporación; (ii) Se realizó una reunión de socialización de propuesta con la Asociación de Clínicas y Hospitales (ACHC) y (iii) Actualmente nos encontramos en ejecución del paso 1 del cronograma para posteriormente dar inicio a la socialización de la propuesta con los agentes del SGSSS.

Por otro lado, el pasado 13 de abril de 2023, se realizó nuevo requerimiento por la Procuradora Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social, por medio del cual requiere la remisión de los informes consolidados 2022 correspondientes a la Orden 20 (Ranking de EPS e IPS).

La Corte Constitucional en el marco de los autos de seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 emitió el 3 de agosto de 2022 el auto 1089 de 2022, por medio del cual, realizó una valoración del nivel de cumplimiento de la orden Vigésima, y así mismo, analizó los informes presentados por este Ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud relacionados con los Rankings de EPS e IPS correspondientes a la vigencia 2021.

Ahora bien, una vez concluido el análisis y la valoración de cumplimiento de las actividades realizadas por este Ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud, dicha corporación estableció en el Resuelve lo siguiente:

> *"(…)* ***QUINTO: ORDENAR*** *al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que elaboren los ránquines de 2022 con la participación dialógica de las agremiaciones de EPS e IPS, los grupos de los usuarios, los pacientes y/o los profesionales de la salud, de manera que se promuevan escenarios para integrar las pretensiones de todos los actores del sistema en la definición de la metodología y los criterios para cada ranquin****. Los informes deberán ser presentados a esta Corporación con remisión de copia a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación antes del 30 de abril de 2023. (…)"***

En este orden de ideas, la Corte Constitucional en el auto 1089 de 2022, estableció que la presentación de los informes y los Rankings de EPS e IPS deberían ser presentados a mas tardar el 30 de abril de cada anualidad con copia a la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación.

Por lo anterior, a la fecha, nos encontramos adelantando todas las actividades pertinentes con el objetivo de hacer entrega de esta información en los tiempos y fechas establecidas por el alto tribunal constitucional en su ultimo auto de valoración sobre la Orden Vigésima (20).

En consecuencia, y por el momento, no es posible hacerles entrega del informe de Ranking de EPS e IPS 2022 consolidado, pues en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud nos encontramos consolidando y analizando la información para la elaboración y presentación del informe requerido.

c. Consolidado de información para la Defensoría del Pueblo

De manera previa a informar las acciones ejecutadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, resulta fundamental poner en contexto los antecedentes y consideraciones expuestas por la Corte Constitucional con antelación al Auto 689 de 2021, notificado el 15 de diciembre de 2021 a este Ministerio:

La Corte Constitucional mediante el Auto de seguimiento 358 de 2020 fue enfática en establecer que los rankings de IPS presentados solo evaluaron la oportunidad en la cita de medicina general y de urgencia Triage II, dejando por fuera el universo de servicios y prácticas constitutivas de una violación del derecho a la salud por parte de las prestadoras. Por lo tanto, el posicionamiento de IPS presentado por el Ministerio y la Superintendencia no es un rango integral de conductas consideradas como vulneradoras de la prerrogativa fundamental a la salud.

En este punto, es importante señalar que este Ministerio en cumplimiento de lo ordenado en la Orden Vigésima de la Sentencia T-760/08, presentó dicho informe en los años 2010-2019, los cuales dentro de los Autos de Seguimiento de la Corte Constitucional se indicó que en los rankings 2016 y 2017 más del 50% de las IPS no efectuaron el auto reporte, lo que implica que no obedezcan a la realidad del comportamiento de la totalidad de IPS frente a las prácticas vulneradoras del derecho a la salud.

Por lo anterior, en el mencionado auto la Corte Constitucional ordenó lo siguiente:

> ***"SEGUNDO.*** *Reiterar al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que:*
>
> (*iii) Elaboren un ranking de IPS que permita identificar a las prestadoras a nivel nacional que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud, el cual debe contar con el universo de prestadoras. Para ello se debe continuar con los espacios de trabajo con los actores del sistema en el que la metodología y los indicadores deben ser producto de un consenso. Para el acatamiento de este mandato deberá allegarse a la Sala un cronograma de trabajo dentro de los 45 días siguientes a la notificación de la presente providencia, y en un término máximo de seis (6) meses acreditarse resultados concretos de las sesiones realizadas.*

> *(iv) Publiquen en el sitio web del Ministerio, la Superintendencia y las promotoras, el ranking anual de las EPS e IPS enfocado a las practicas violatorias del derecho a la salud. Este reporte debe ser elaborado en un lenguaje sencillo y comprensible para toda la población sin importar su grado de instrucción, estar acorde con el allegado a la Procuraduría, Defensoría y a esta Corporación, ser de fácil acceso y estar actualizado."*

Así las cosas, el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de lo ordenado en esta última providencia, mediante Radicado No. 202111201296531 del 18 de agosto de 2021, remitió la propuesta de cronograma de trabajo para la construcción y realización de Ranking de IPS, el cual consta de 4 fases de construcción:

(i) Definición del Modelo Operativo de Recolección y Análisis de la Información;
(ii) Validación de la metodología propuesta con la Superintendencia Nacional de Salud;
(iii) Validación de la propuesta con actores representativos de la sociedad civil;
(iv) Construcción de registro único de fallas en la prestación de servicios de salud y;
(v) Implementación.

Para el cumplimiento de dicho cronograma de trabajo, la Corte Constitucional concedió el termino de 6 meses para acreditar resupltados relacionados con la construcción de la metodología para la elaboración del Ranking de IPS, la cual debe ser de manera concertada con los actores, sin embargo, el 15 de diciembre de 2021, mediante Auto de seguimiento 689 de 2021, ordenó nuevamente lo siguiente:

> **"PRIMERO.** Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que de manera conjunta (i) fijen el cronograma de trabajo para cada uno de los ránquines y (ii) lleven a cabo las sesiones técnicas a las que se refiere el auto 358 de 2020. El cronograma y plan de trabajo deberán ser presentados a la Sala Especial en un solo documento y abarcar tanto la construcción del ranquin de IPS como el de EPS, atendiendo a lo dispuesto en los autos 591 de 2016 y 358 de 2020 en un término máximo de diez (10) días hábiles contados a partir de la notificación de la presente providencia."

Así las cosas, este Ministerio en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud presentaron comunicación conjunta radicada ante la Corte Constitucional mediante memorando No. 202211200074921 del 18 de enero de 2022, en el cual se presentó cronograma de trabajo para la construcción de Rankings de EPS e IPS de manera conjunta.

ORDEN VIGÉSIMA OCTAVA (28). CARTA DE DERECHOS Y DEBERES

Alcance: Los usuarios del sistema de salud deben conocer los derechos y deberes de los pacientes, así como el desempeño de las diferentes EPS, en aras de ejercer su derecho a la libre elección.

Estado Actual de la Orden: Mediante auto 264 de 2012, la Sala Especial de Seguimiento decretó el cumplimiento parcial de la orden, toda vez que la mayoría de las cartas entregadas por las EPS no respondían a lo dispuesto en la sentencia T-760 de 2008, y su contenido no era uniforme ni claro. Además, porque no se acreditó la entrega de estas a pacientes y afiliados, ni la actualización regular de la información. A través del auto 549 del 29 de agosto de 2018 la Sala declaró el cumplimiento general de la orden y cesó el seguimiento al *(i) verificar que los parámetros adoptados fueron adecuados, (ii) se expidió la reglamentación del contenido y la elaboración de las cartas de derechos y deberes de los pacientes, y desempeño de las EPS en términos sencillos y comprensibles, y (iii) se comprobó la entrega y comprensión de su contenido por parte de los usuarios*.

ORDEN TRIGÉSIMA (30). INFORME DE TUTELAS EN SALUD

La Orden 30 de la mencionada Sentencia T-760 de 2008 tiene por alcance el Conocer el número de tutelas que resuelven los problemas jurídicos de la sentencia de seguimiento, con el fin de conocer si persisten las problemáticas estructurales y funcionales advertidas, y si se presenta una reducción en las acciones radicadas en la vigencia del inmediatamente anterior.

De esta manera se debe realizar una caracterización de la población que interpone las acciones de tutela en salud, y así mismo, enunciar las medidas tomadas por el Ministerio para la disminución de dichas tutelas.

a. Corte Constitucional – Presentación de actividades de cumplimiento de cronograma e Informe de Ranking de EPS e IPS 2021

Los informes de tutela en salud 2021 y 2022 fueron presentados a la Corte Constitucional dentro de los términos contemplados en los diferentes autos de seguimiento emitidos por el Alto Tribunal Constitucional.

Ahora bien, con respecto al informe de tutelas 2021, la Corte Constitucional emitio una serie de preguntas que fueron resueltas de la siguiente manera:

Auto del 5 de julio del 2022 – referencia: ***"****Seguimiento a la orden trigésima de la sentencia T****-760 de 2008****. Asunto: "(…) decreto de pruebas al Ministerio de Salud* (…)". EXPEDIENTE **T-1.281.247.** ACCIÓN DE TUTELA INSTAURADA POR **LUZ MARY OSORIO PALACIO** CONTRA **SALUD COLPÁTRIA Y OTROS.** Oficio No. OPTC-224/22 – Radicado MSPS No. 202242301437822

Damos respuesta a las preguntas planteadas en el numeral 5 del auto arriba citado, las cuales se absuelven en el mismo orden en que se formulan, así:

Pregunta:

a) ***En el informe allegado se reportan algunas acciones de amparo que fueron radicadas en contra de las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL- y que***

fueron excluidas del análisis llevado a cabo. Sin embargo, la Corte mediante el auto 077A de 2020 expresó su desacuerdo con dicha exclusión "... pues no debe desconocerse que algunos conflictos que desde estas entidades se generan también involucran en ocasiones" al SGSSS. ¿Las 1.430 acciones de tutela presentadas en contra de las ARL fueron verificadas desde lo manifestado por el auto de valoración 077A de 2020[7(22)] en el sentido de conocer su relación con el SGSSS? Argumente su respuesta.

Respuesta:

La exclusión de las acciones de amparo impetradas contra las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL, dentro del análisis realizado para el informe del 2021, en efecto, consideró las observaciones efectuadas por ese Alto Tribunal en el Auto 077 A de 2020, a través del cual, se indicó que "*no deben desconocerse que algunos conflictos que desde estas entidades se generan también involucran en ocasiones, al Sistema General de Seguridad Social en Salud*[8]*".*

Conforme con lo anterior, al momento de realizar la depuración de la base de datos remitida por esa Corporación, se contabilizaron las acciones de tutela interpuestas por los usuarios donde se encuentran accionadas ARL y EPS, de manera conjunta, partiendo de lo establecido en el precitado auto, en cuanto a que en estas situaciones puede estarse ante controversias que inmiscuyan a actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, como son las EPS.

En este orden de ideas, las acciones de tutela objeto de exclusión fueron las que se direccionaban o impetraban exclusivamente contra las ARL. En consecuencia, las acciones de tutela objeto de exclusión fueron las que se direccionaban o accionaban a una ARL o a cualquier persona jurídica o natural ajena al sector salud *(SGSSS)*, pues como lo ha manifestado el alto tribunal constitucional a través de sus autos de seguimiento, en los cuales, ha indicado que "*los informes y las evaluaciones relacionados con la Sentencia T-760 de 2008 deben versar únicamente sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)"*[9].

Al punto, debe anotarse que también se excluyeron las impetradas contra personas jurídicas ajenas al SGSSS, descritas en la tabla 5 del informe.

En conclusión, del análisis realizado dentro del informe de tutelas en mención, en lo referente a las ARL, las acciones de tutela excluidas fueron aquellas que tenían como accionante único a tales entidades.

Pregunta:

[7] Fundamento jurídico 29
[8] Corte Constitucional. Auto 077 A de 2020. MP: José Fernando Reyes Cuartas.
[9] Ibid.

b) De acuerdo con la tabla 5 del informe de medición de tutelas allegado en el 2022 indique (i) las temáticas abordadas en las pretensiones de las 7.587 tutelas radicadas que no fueron tenidas en cuenta en el estudio sobre las acciones de tutela en salud correspondientes al año 2021; (ii) las razones por las cuales cada una de dichas temáticas no debe ser tenida en cuenta en el estudio y, (iii) el número de acciones de amparo que responden a cada una de las temáticas identificadas.

Respuesta:

Lo primero a aclarar es que la exclusión de las tutelas a que alude el precitado interrogante, únicamente cobra vigencia para el análisis efectuado en la tabla No. 3 del informe de tutelas del 2021, esto es, el comportamiento de dichas acciones a lo largo de las diferentes anualidades, vale decir, año 2000, hasta el 2021, en pro de determinar si del total de acciones de amparo para la protección del derecho a la salud, año a año, se observa tendencia creciente o decreciente, cuyo análisis se efectúa a la par del total de afiliados por anualidad, proyección poblacional, tasa de afiliados y tasa de población, más en ningún momento tal exclusión afecta el estudio y análisis del comportamiento de las tutelas a la luz de los problemas jurídicos y demás análisis realizados, pues tal ejercicio se efectúa conforme con la muestra recogida de los expedientes analizados en esa Corporación.

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que año a año en los informes de tutelas enviados a esa Corporación, este Ministerio ha venido realizando la discriminación de las tutelas impetradas contra agentes del SGSSS, versus contra otros actores.

Es así que en nuestro oficio No. 202111200765501, al que se acompañó el documento de respuestas a los diferentes interrogantes planteados por esa Corporación respecto del informe de tutelas del 2020, y que fue enviado a este Ministerio a través del oficio No. OPTB 806/21- radicado MSPS 202142300787192, se trajo a colación dicha discriminación desde el año 2017 hasta el 2020, señalando lo siguiente:

"(…) respecto del año 2017, en el informe de tutelas se puso de presente que del total de acciones reportado por esa Corporación para dicha anualidad (191.778), el 3% correspondía a ARL, el 5% a instituciones públicas, otro 2% a "otras instituciones", y las demás a agentes del SGSSS.

Por su parte, en el informe de la vigencia 2018 se señaló que del total de las acciones de tutela reportadas como de salud por ese Alto Tribunal (207.734), el 9.86%, correspondía a entidades que no hacían parte del SGSSS, lo que se discriminó de la siguiente manera: regímenes especiales y de excepción (3.56%), ARL (0.64%) y otras instituciones (5,56%). Frente a estas últimas, con dicho informe se anexó listado donde se relacionaron la variedad de instituciones accionadas.

En cuanto al 2019, se efectuó similar ejercicio, por lo que en el informe correspondiente se dejó establecido que del total de acciones de tutela (207.368), el 7.14%, equivalente a 14.804 tutelas, correspondían a instituciones que podrían relacionar con el sector salud, o prestar servicios de salud, pero que en todo caso, no hacían parte del SGSSS. En ese

orden, en el citado informe se señaló que el 3,13% de las acciones de tutela, pertenecían a los regímenes especiales y de excepción, el 1,02%, a las ARL y el 2,99%, a otras instituciones, estas últimas, para las cuales, con el informe, igualmente se remitió listado discriminando la variedad de entidades.

Respecto del 2020, por cuestiones de carácter operativo, y la alta demanda de responsabilidades que ha debido asumir este Ministerio como consecuencia de la pandemia por el Covid-19, no se realizó el ejercicio en cuestión, por lo que este no se refleja en el informe enviado, sin embargo, a continuación se presenta tal discriminación, así:

Del total de acciones de tutela reportadas por ese Alto Tribunal como correspondientes a salud, esto es, 109.940, de acuerdo con la información suministrada por la Oficina de Calidad de este Ministerio, contra agentes del SGSSS, se identificaron 32.527; 7.735, corresponden a los regímenes especiales y de excepción; 1.730, a las ARL, y 67.948, a entidades que hemos denominado "otras instituciones", estas últimas, respecto de las cuales, como lo hemos venido haciendo anualmente, enviamos listado en formato Excel, donde se detallan la variedad de entidades.

Frente a las precitadas entidades, vale decir, "otras instituciones", el grupo se encuentra conformado por entidades como juzgados, bancos, empresas de servicios públicos, universidades privadas, secretarías de movilidad, de planeación, conjuntos residenciales, edificios de propiedad horizontal, empresas cementeras, entre muchas otras.

De este grupo llama la atención por el alto número de tutelas, las referentes al sector movilidad y transporte, con 5.566, las impetradas en el nivel territorial contra secretarías distintas a las de salud, con 4.291 tutelas; bancos, con 3.229, y juzgados con 1.386".

También se dejó sentado allí, lo siguiente:

"*Sin embargo, la información que anualmente nos suministra ese Alto Tribunal frente al universo de tutelas en salud para la respectiva vigencia, es decir, un documento en formato Excel, contentivo de las siguientes casillas: i) expediente; ii) fecha de secretaría iii) mes; iv) demandante; v) demandado; vi) juez s instancia; vii) tipo de decisión 1; viii) tipo de decisión 2; ix) ciudad; x) departamento, y xi) juzgado,* ***no nos permite ahondar en el asunto debatido, ni determinar el derecho invocado como vulnerado, para que a partir de allí, pudiéramos hacer un análisis respecto de estas tutelas, y establecer fundadamente si se trata de quebrantamiento al derecho fundamental a la salud o sobre qué en concreto versó la tutela, por lo que la referencia que tomamos para colegir que no se trata de tutelas en salud, es la información contenida en la casilla denominada "demandado", del precitado documento.*** (Negrillas y subrayas ajenas al texto original).

Partiendo de los anteriores análisis, en nuestro escrito No. 202111200765501, que enfatizamos, dio respuesta a las preguntas formuladas frente al informe de tutelas 2020- oficio No. OPTB 806/21- radicado MSPS 202142300787192, **le formulamos a esa Corporación la siguiente petición:**

"(…) ***disponer las acciones que estime necesarias, tendientes a dicha depuración, para lo cual, desde ya le informamos que el Ministerio de Salud y Protección Social***

está presto a facilitar el talento humano, apoyo tecnológico o cualquier otro que se requiera para el adelanto de tal labor, pues sin duda, ello permitirá contar con información real que beneficiará tanto la labor de seguimiento efectuada por ese Alto Tribunal, como las gestiones que en materia de política pública despliegue este Ministerio.

No obstante, la anterior petición, nunca recibimos respuesta frente al particular, por lo que para la vigencia 2021, volvió a presentarse la misma situación, vale decir, la inclusión en la base de datos entregada por esa Corporación, de tutelas que según la información que se puede extraer de dicha base, no corresponden a acciones de amparo en salud, contra agentes del SGSSS.

En tal sentido, y respecto de la pregunta en concreto, enfatizamos en la respuesta que frente al mismo asunto se dio en cuanto al informe de tutelas del 2020, en cuanto a que, de la información registrada en las diferentes casillas de la base de datos entregada a este Ministerio por esa Corporación, la única información que podemos extraer para colegir que no se trata de tutelas en salud "***es la información contenida en la casilla denominada "demandado",*** de dicha base.

Así las cosas, insistimos en la petición formulada el año anterior, respecto de "***disponer las acciones que estime necesarias, tendientes a dicha depuración, para lo cual, (…) el Ministerio de Salud y Protección Social está presto a facilitar el talento humano, apoyo tecnológico o cualquier otro que se requiera para el adelanto de tal labor (…)"***

Pregunta:

c) El fundamento jurídico 16 del auto 440 de 2021 se refirió al informe remitido por Minsalud en el que dio cuenta de las acciones de tutela radicadas en los municipios y resaltó lo necesario que resultaría que este se enviara "... de manera más organizada y con datos que se ajusten a la realidad de territorio, para obtener resultados que brinden conclusiones certeras y pongan de presente lo que ocurre en todo el país respecto de las acciones de tutela que en materia de salud se radican". No obstante, en el radicado en el año 2022 se observa lo siguiente:

i) Se excluyeron del reporte remitido algunos municipios tales como Galapa y Piojó para el departamento de Atlántico; Puerto Nariño de Amazonas y Taraira de Vaupés".

ii) El informe enviado en el año 2022 reporta 141 municipios para el departamento de Antioquia, sin embargo, este cuenta con 125[10(24)].

En relación con lo anterior, ¿cuál es la razón para que persistan las falencias señaladas respecto del informe sobre las acciones de tutela radicadas durante el año 2020? Argumente su respuesta

[10] https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/territorio/consulta-divipola-división-políticp-administrativa-de-colombia

Respuesta:

Al respecto, es importante señalar que, en el informe de acciones de tutela en comento, se indicó por municipio el número de las que se habían presentado en cada uno de los municipios.

En tal sentido, los municipios que no se encuentran enunciados o relacionados en dicho informe, es porque no tuvieron acciones de tutela reportadas, según la base de datos entregada por esa Corporación para el 2021.

También debe señalarse que la fuente primaria para realizar el análisis de tutelas interpuestas durante el 2021, por municipios y departamentos, la constituye la precitada base de datos, que nos fue entregada por esa Corporación el día 2 de mayo del 2022, la cual, consta de las siguientes variables: i)número de radicado; ii) fecha de secretaría; iii) demandante; iv) demandado; v) juzgado primera instancia; vi) juzgado segunda instancia; vii) tipo de decisión en primera instancia, y viii) tipo de decisión en segunda instancia.

Ahora bien, la extracción de información de dicha base de datos conlleva dificultades, dentro de las que se resalta el hecho de que la información allí contenida, presenta una serie de inconsistencias y errores de digitación en los nombres de EPS e IPS, lo que no permite cuantificar adecuadamente las acciones de tutelas atribuibles a cada entidad, como tampoco, conocer el régimen en el que operan algunas de tales entidades, lo cual, es importante a la hora de realizar el informe de tutelas.

Es así como en el caso de la información consignada en la variable de juzgado de primera instancia, existe una alta complejidad para atribuir el departamento o el municipio en el cual fue interpuesta la tutela, dadas las inconsistencias presentadas entre la congruencia de municipios con departamentos, es decir, pueden existir municipios asociados a un departamento incorrecto, por lo que no es posible determinar con exactitud el lugar donde se interpuso la tutela. De igual manera, en el nombre de departamentos y municipios, se evidencian errores de todo tipo, asociados a la ortografía y escritura de estos.

En este orden de ideas, para poder establecer el número de tutelas interpuestas por municipios, es necesario extraer información de la variable de juzgado de primera instancia, puesto que es la única que cuenta con información para la totalidad de las tutelas que se remitieron frente al año 2021.

Teniendo en cuenta los problemas descritos anteriormente y considerando la dificultad de ajustar una base de datos de más de 92.000 registros, la estrategia de análisis consistió en clasificar las tutelas por departamentos y, posteriormente, cuantificar la cantidad de tutelas que correspondían a cada municipio del departamento.

En consecuencia, los errores se presentaron como resultado de una inadecuada clasificación de los municipios según nuestra fuente primaria, la cual, en todo caso, entendemos, es la que consolida la información de las acciones de tutela a nivel nacional.

Pregunta:

d) *Dentro de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental, ¿se incluyeron nuevas baterías que permitan el monitoreo de los determinantes sociales en salud[11(25)], en caso de que la respuesta sea afirmativa, deberá dar a conocer los resultados obtenidos y si están siendo aplicados a las EPS y entidades territoriales del orden municipal y departamental y allegar a ficha técnica. De ser negativa, informará la razón por la que no han sido implementadas*

Respuesta:

En cuanto al presente interrogante, es necesario indicar que tal como se señaló en el informe de tutelas de la presente vigencia, remitido a ese Alto Tribunal el pasado 15 de junio, al igual que en el oficio No. 202142300787192 del 18 de mayo de 2021, este Ministerio no considera necesario crear nuevos indicadores que midan el goce efectivo, con enfoque en determinantes sociales, toda vez que contamos con diferentes herramientas, información e indicadores complementarios de goce efectivo, que permiten medir tales determinantes. Estas herramientas posibilitan la complementariedad de la información, y se relacionan, así:

i. **Sistema de evaluación y Calificación de Actores (SEA)** – Documento que hace parte del informe del Goce Efectivo del Derecho a la Salud, el cual, se realizó con énfasis en determinantes sociales y fue insumo para la construcción del Informe de Goce Efectivo presentado a esa Corporación con el reporte de tutelas del 2022.
ii. **Encuesta Nacional de Salud 2020.**
iii. **Análisis de Situación en Salud – ASIS**

En este sentido, para llevar a cabo el informe del año 2021, se tomaron datos obtenidos de 30 indicadores, medidos desde al año 2017 al 2020. La recolección de los datos cuenta con dos o tres años de anterioridad.

La información es adquirida de fuentes secundarias, como son, Base de Datos Única de Afiliados, Cuenta de Alto Costo, Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE, Estadísticas Vitales, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPSS, y Registro Único de Víctimas.

Los indicadores seleccionados tienen periodicidad anual, con una desagregación nacional y departamental, de acuerdo con la fuente de información, lo cual permite ver la medición de estos indicadores a nivel territorial

Además, lo presentado en el informe de tutelas en salud referente a goce efectivo con determinantes sociales, es un análisis que realiza esta Cartera Ministerial desde los determinantes sociales de la salud, estructurales e intermedios. Los determinantes

[11] Con el fin de conocer las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, como resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local que dependen además de las políticas adoptadas. https://www.who.int/social_determinants/es/

estructurales se abordaron desde categorías como educación, ingreso, estrato socioeconómico, ocupación, etnia, género, ciclo de vida y conflicto armado; y los determinantes intermedios se abordaron desde las condiciones de vida, condiciones de trabajo, factores conductuales y sistema sanitario.

Ahora bien, en cuanto a las fichas técnicas de cada indicador, en el capítulo 6 del informe de tutelas del 2022, presentado, se indicaron dichas fichas

En la siguiente tabla se describen los indicadores, cálculo y fuente de información (Tabla 1).

Tabla 1 Indicadores seleccionados para medir el Goce Efectivo del Derecho a la Salud

Indicador	**Cálculo**		**Fuente**	
	Numerador	**Denominador**	**Numerador**	**Denominador**
Contexto Demográfico				
Índice de vejez	Número de personas de 65 y más años	Población total	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Índice de juventud	Número de personas de 15 a 29 años	Población total	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Contexto socioeconómico				
Índice de pobreza multidimensional	La fuente no define el numerador	La fuente no define el denominador	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Coeficiente de Gini	La fuente no define el numerador	La fuente no define el denominador	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Necesidades Básicas Insatisfechas			Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Cobertura de afiliación				
Cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	Número de personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	Población total	Base Única de Afiliados (BDUA)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de

				Estadística (DANE)
Porcentaje de afiliados que declaran ser desplazados	Número de afiliados que declaran ser desplazados	Número total de afiliados	Registro Único de Victimas (RUV) cruzado con Base Única de Afiliados (BDUA)	Base Única de Afiliados (BDUA)
Capacidad sanitaria instalada				
Razón de camas por 1.000 habitantes	Número total de camas	Población total	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	Número total de camas de cuidado intermedio	Población total	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	Número total de camas de cuidado intensivo	Población total	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	Número total de ambulancias básicas	Población total	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	Número total de ambulancias medicalizadas	Población total	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Atención en salud				
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	Número de nacidos vivos que recibieron 4 o más controles prenatales	Total de nacidos vivos que tienen diligenciada la variable Número de controles prenatales	Estadísticas Vitales (EEVV)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Porcentaje de personas atendidas problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	Número de personas atendidas por problemas relacionados con hechos	Población total	Registro Individual de Prestación de	Proyecciones de población Departamento Administrativo

	negativos en la niñez económicas		Servicios (RIPS)	Nacional de Estadística (DANE)
Porcentaje de personas atendidas por Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	Número de personas atendidas en los servicios de salud por Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	Número de personas atendidas por todas las causas	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)
Porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo	Número de personas atendidas por Episodio depresivo	Total de personas atendidas por todas las causas	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)
Porcentaje de indígenas, atendidos por trastornos mentales y del comportamiento	Número de indígenas atendidos en los servicios de salud con dx CIE 10: F00-F99	Número de personas indígenas atendidas por todas las causas	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)
Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con la educación y la alfabetización	Número de personas atendidas por problemas relacionados con la educación y la alfabetización	Población total	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con el empleo y el desempleo	Número de personas atendidas por problemas relacionados con el empleo y el desempleo	Población total	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Porcentaje de personas atendidas por exposición a factores de riesgo ocupacional	Número de personas atendidas por exposición a factores de riesgo ocupacional	Población total	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Porcentaje de personas atendidas por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	Número de personas atendidas por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	Población total	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Proporción de personas con profilaxis y control de placa	Número personas atendidas en los servicios de salud por procedimientos en salud con profilaxis y control de placa	Población total / Número total de afiliados	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) cruzado con BDUA	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) EAPB: Base Única de

				afiliados (BDUA)
Tiempo que transcurre entre la sospecha de cáncer y el diagnóstico	Diferencia en días calendario entre la Fecha de informe histopatológico válido y la Fecha de la nota de remisión del médico o institución general hacia la institución que hizo el diagnóstico	No aplica	Cuenta de Alto Costo (CAC) - Registro Cáncer	No aplica
Proporción de mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de la mama en el último año	Número de mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de mama en el último año	Población total de mujeres entre 40 y 69 años Número total de mujeres afiliadas entre 40 y 69 años	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) EAPB: Base Única de afiliados (BDUA)
Proporción de hombres entre 50 años y 75 años con tamizaje para cáncer de próstata	Número de hombres entre 50 años y 75 años con tamizaje para cáncer de próstata	Población total hombres entre 50 y 75 años Número total de afiliados hombres entre 50 y 75 años	Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) cruzado con BDUA	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) EAPB: Base Única de afiliados (BDUA)
Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA	Total de personas infectadas por VIH que cumplen criterios para recibir TAR y lo están recibiendo	Número total de personas infectadas por VIH que cumplen criterios de inicio de tratamiento.	Cuenta de Alto Costo (CAC) - Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cuenta de Alto Costo (CAC) - Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
Porcentaje de personas NAIVE: (Persona que vive con el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con Terapia Antirretroviral (TAR) inicial de primera línea	Número de personas con Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con tratamiento antirretroviral Terapia Antiretroviral Terapia Antiretroviral (TAR) inicial de primera línea	Número de personas con VIH/SIDA que actualmente reciben TAR	Cuenta de Alto Costo (CAC) - Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cuenta de Alto Costo (CAC) - Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
Enfermedades de Interés en Salud Pública				
Incidencia de Dengue	Número de casos nuevos de dengue	No Aplica	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	No aplica
Tasa de violencia intrafamiliar-FORENSIS	La fuente no define el numerador	La fuente no define el	FORENSIS Datos para la vida - Instituto	FORENSIS Datos para la vida - Instituto

		denominador	Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses	Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses
Tasa de intento de suicidio	Número de personas únicas, atendidas con diagnóstico principal CIE10: X60-X84, que en el diagnóstico de egreso se encuentran vivas	Población total	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Tasa de incidencia intoxicaciones por sustancias psicoactivas	Número de casos nuevos de Intoxicaciones agudas por sustancias psicoactivas en periodo de tiempo	población expuesta al riesgo de enfermar por esa causa en el período	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	Proyecciones de población Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Ahora bien, en la Tabla No.2 se presenta la clasificación por determinante social, lo cual, apunta a dar cumplimiento a la medición de indicadores con el énfasis solicitado por esa Corporación en sus diferentes autos de seguimiento.

Así las cosas, la ficha técnica de los indicadores presentados por determinante social es la siguiente:

Tabla 2 Indicadores del Goce Efectivo del Derecho a la Salud según los Determinantes Sociales de la Salud y Elementos Esenciales de la Ley 1751 de 2015

Indicador	Elementos Esenciales				DSS Intermedios					DDS Estructurales								
	Disponibilidad	**Aceptabilidad**	**Accesibilidad**	**Calidad**	**Condiciones de vida**	**Condiciones de trabajo**	**Factores conductuales, psicológicos y culturales**	**Sistema Sanitario**	**Ingresos**	**Educación**	**Estrato**	**Ocupación**	**Etnia**	**Género**	**Ciclo vital**	**Víctimas Violencia**
Contexto Demográfico																
Índice de vejez															x	
Índice de juventud															x	

Contexto socioeconómico												
Índice de pobreza multidimensional							x	x				
Coeficiente de Gini								x				
Necesidades Básicas Insatisfechas												
Cobertura de afiliación												
Cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	x	x	x	x			x					
Porcentaje de afiliados que declaran ser desplazados			x									x
Capacidad sanitaria instalada												
Razón de camas por 1.000 habitantes	x	x	x	x			x					
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	x	x	x	x			x					
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	x	x	x	x			x					
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	x	x	x	x			x					
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	x	x	x	x			x					
Atención en salud												
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	x	x	x	x			x					
Porcentaje de personas atendidas problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	x	x	x	x			x				x	

Porcentaje de personas atendidas por Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	x	x	x	x			x	x						x	
Porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo	x	x	x	x			x	x							
Porcentaje de indígenas, atendidos por trastornos mentales y del comportamiento	x	x	x	x			x	x					x		
Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con la educación y la alfabetización	x	x	x	x				x		x					
Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con el empleo y el desempleo	x		x	x		x		x	x			x			
Porcentaje de personas atendidas por exposición a factores de riesgo ocupacional	x		x	x		x						x			
Porcentaje de personas atendidas por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	x	x	x	x	x				x		x			x	
Proporción de personas con profilaxis y control de placa	x		x	x			x	x							
Tiempo que transcurre entre la sospecha de	x		x	x				x							

cáncer y el diagnóstico												
Proporción de mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de la mama en el último año	x	x	x	x			x				x	x
Proporción de hombres entre 50 años y 75 años con tamizaje para cáncer de próstata	x	x	x	x			x				x	x
Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA	x	x	x	x			x					
Porcentaje de personas NAIVE: (Persona que vive con el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con Terapia Antirretroviral (TAR) inicial de primera línea	x	x	x	x			x					
Enfermedades de Interés en Salud Pública												
Incidencia de Dengue	x		x	x	x		x	x				
Tasa de violencia intrafamiliar-FORENSIS	x	x	x	x			x	x				
Tasa de intento de suicidio	x	x	x	x			x	x				
Tasa de incidencia intoxicaciones por sustancias psicoactivas	x	x	x	x			x	x				

De esta manera se presenta un ejercicio de medición de goce efectivo del derecho a la salud con determinantes sociales, los cuales, son resultados del comportamiento del SGSSS, dentro del periodo objeto de evaluación.

En ese orden, consideramos que la información de goce efectivo presentada es un ejercicio y un análisis objetivo y concreto, que busca dar cumplimiento a lo ordenado por esa

Corporación en sus autos de seguimiento, a cuyo tenor, se dejó sentada la necesidad de presentar la información con enfoque en determinantes sociales.

Pregunta:

e) ***En el informe recibido en el 2022[12(26)] se ha establecido como primera causa de radicación de acciones de amparo las solicitudes de servicios de salud PBS, con un 74.3% de las tutelas radicadas y ante lo que se ha planteado como "solución adoptada" la medida de presupuestos máximos vigente desde marzo de 2020[13(27)]. Indique ¿cuál es la razón para que, pese a que dicha medida lleva dos años de vigencia, las acciones de tutela por este hecho no disminuyan? ¿se han implementado otro tipo de medidas para corregir estas demoras y/o negaciones que vulneran el derecho a la salud? y ¿cuáles han sido los resultados? Explique sus respuestas***

Respuesta:

En primer lugar, es importante realizar una precisión sobre la pregunta planteada. El 74.3 % como se señaló en el informe de tutelas corresponde al gráfico del problema jurídico No. 9 en su integralidad, el cual de conformidad con lo establecido en el informe tienen unas causas especificas establecidas que van relacionadas con la forma de financiación de los servicios, tecnologías, medicamentos y procedimientos en salud, por ende, es un problema jurídico que engloba las dos formas de financiación que actualmente existen: Financiación mediante la UPC y financiación mediante presupuestos máximos.

En este sentido, las soluciones adoptadas por esta cartera de salud no se circunscriben única y exclusivamente a la de presupuestos máximos, pues como se indicó en el informe, se realizó una actualización de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, el proceso de actualización para el 2022, materializado con la expedición de la Resolución 2292 de 2021, se enmarcó en la inclusión de los siguientes servicios:

Para procedimientos, en esta oportunidad se incluyeron 654 que se encontraban financiados a través de presupuesto máximo, que se venían prescribiendo a través de la herramienta tecnológica Mipres, dentro de los que se hallan gran número de pruebas de laboratorio clínico (309) y procedimientos para varias condiciones clínicas como: hipoacusia, enfermedades bucodentales, varias enfermedades neoplásicas (Radioterapias de última generación), enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y enfermedades oculares, también se incluyeron procedimientos en el ámbito de la Neuropsicología, el trasplante de órganos, e intervenciones sobre el feto dentro del útero y trasformación de género para nombrar algunos de los más relevantes.

[12] Desde el año 2015 la solicitud de servicios PBS UPC es la principal causa por la que se han radicado acciones de tutela.
[13] Regulada a través del artículo 240 de la Ley 1955 de 2019

En total con esta inclusión estarían financiados con recursos de la UPC el 97% de los procedimientos autorizados para su realización en el país.

En lo que se refiere a medicamentos, la actualización comprende más de 980 grupos relevantes (es decir principios activos y formas farmacéuticas), que migran desde la financiación con presupuestos máximos hacia la financiación con recursos de la UPC y permiten: eliminar salvedades de formas farmacéuticas que no se encontraban financiadas con recursos de la UPC, ampliar los usos financiados a todas las indicaciones registradas en Colombia para 54 principios activos en todas sus formas farmacéuticas y concentraciones; aumentar los principios activos financiados con la UPC que actualmente es de 459 a 1059 (un aumento del 130%) e incluir 26 subgrupos de referencia (que contienen más de 65 diferentes principios activos), adicionales a los 53 subgrupos de referencia financiados con la UPC hasta el momento. De esta forma se incluyen medicamentos para patologías de gran impacto en el estado de salud de la población colombiana, como:

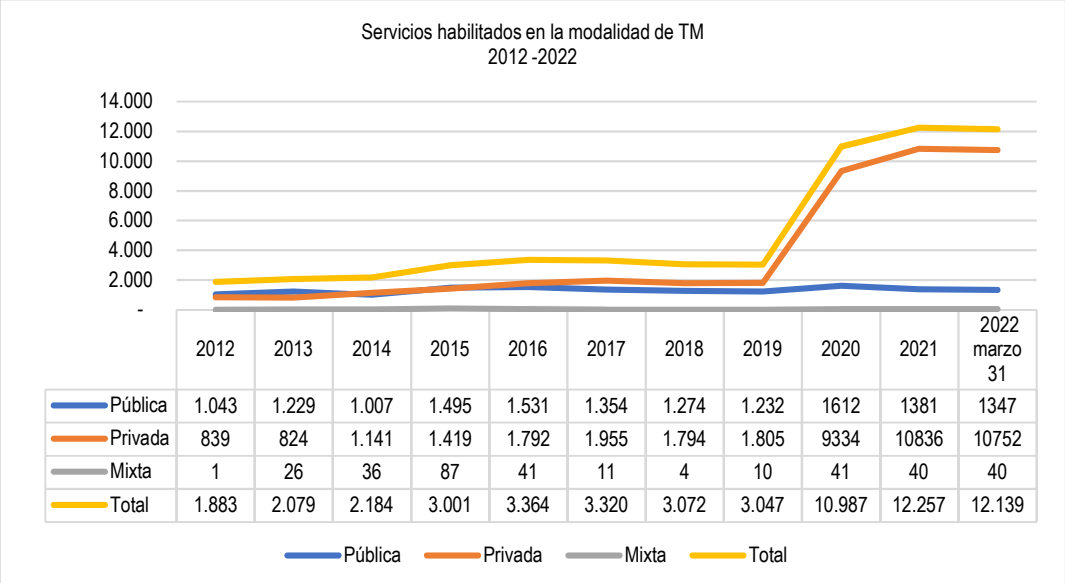
- Hipertensión arterial,
- Enfermedad renal,
- Más opciones farmacológicas para diferentes tipos de cáncer: gliomas, sarcoma, mielomas, linfomas, leucemia, melanoma, cáncer de piel, cáncer de mama, cáncer pulmonar, cáncer de cabeza y cuello, cáncer de colon y recto, entre otros,
- Enfermedades respiratorias,
- Dermatológicas,
- Cardiovasculares,
- Más opciones anticonceptivas para la mujer,
- Medicamentos para el manejo del dolor, artrosis,
- Enfermedades mentales,
- Medicamentos de uso en oftalmología,
- Inmunodeficiencias,
- Antibióticos,
- Más formas farmacéuticas para poblaciones especiales como niños y adulto mayor,
- Más combinaciones a dosis fijas que mejoran la adherencia al tratamiento y permiten menos dosis,
- Estas inclusiones representan cerca de 21.000 Códigos Únicos de Medicamento (CUMS) que ingresan a la financiación con recursos de la UPC alcanzando el 93.6% del total de CUMS autorizados en el país.

Lo anterior se ve reflejado en los siguientes actos administrativos:

- ✓ Resolución 2292 de 2021 “Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”- se amplió la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para establecer un plan único para los afiliados al SGSSS.
- ✓ Resolución 2381 de 2021 fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación – UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2022- desarrolló la actualización más amplia, que dio como resulta la incorporación de hasta el 96.9 % de los procedimientos en salud financiado con cargo a la UPC y en cuanto a los medicamentos, el 93.6% se encuentra ya financiando con dicha prima de aseguramiento.

Así mismo, se implementó la Telemedicina como una modalidad de prestación de servicios, orientada a brindar una atención más expedita, ante las diferentes acciones de tutelas que se vienen presentando por demoras en la prestación del servicio, debe señalarse que entre diciembre de 2020 y diciembre de 2021 se observa incremento de la oferta de servicios habilitados en la modalidad de telemedicina, 25% en las sedes de prestadores y 12% en los servicios habilitados.

El comportamiento de la habilitación de la telemedicina se puede evidenciar mediante el siguiente gráfico:



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 marzo 31
Pública	1.043	1.229	1.007	1.495	1.531	1.354	1.274	1.232	1612	1381	1347
Privada	839	824	1.141	1.419	1.792	1.955	1.794	1.805	9334	10836	10752
Mixta	1	26	36	87	41	11	4	10	41	40	40
Total	1.883	2.079	2.184	3.001	3.364	3.320	3.072	3.047	10.987	12.257	12.139

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud marzo 31 de 2022

Por otro lado, frente a presupuestos máximos para la presente anualidad se adoptaron posibles soluciones que pueden traducirse en disminución de las acciones de tutela, las cuales consisten en

Ahora bien, frente al segundo supuesto de la pregunta, no es acertado señalar que el problema jurídico se circunscriba únicamente a la política de presupuestos máximos, pues como se mencionó anteriormente, este problema jurídico abarca otras dimensiones de financiamiento y de atención que deben ser tenidas en cuenta, las cuales desde este Ministerio se han planteado acciones concretas que tienen como objetivo la disminución de las tutelas en salud.

f) Teniendo en cuenta que el recibido en el 2022 se elaboró sobre una muestra de 1282 expedientes, explique ¿cuántas solicitudes se encontraban contenidas en los mismos[14] (28)?Argumente su respuesta

Respuesta:

Al respecto, debe señalarse que conforme con lo establecido en el numeral 4 del informe de tutelas en comento, este se elaboró sobre una muestra de 1.281 expedientes, contentivos de 2.369 solicitudes.

Explicación	Número
Muestra recolectada de tutelas en el año 2021	1561
Tutelas recolectadas no correspondientes al sector salud: administradoras de riesgos laborales, administradoras de fondos de pensión, INPEC, Direccións de Sanidad de las Fuerzas Militares y de Policía, Otras entidades (empresas fuera del sector salud, secretarías distritales y departamentales diferentes del sector salud	280
Tutelas válidas para analizar	**1281**

Pregunta:

g) Dé a conocer las causas de negación que dieron origen a las acciones de tutela analizadas en el informe allegado en el 2022. Manifieste si se ha implementado alguna medida para que dentro de la herramienta a través de la que se recoge la información, se pueda obtener el dato. Justifique su respuesta

Respuesta

Como se ha puesto de presente ante esa Corporación, en aras de materializar lo ordenado en el Auto 077A de 2020, este Ministerio replanteó lo atinente a la recolección de los datos para la medición de las acciones de tutela, y presentación de la información, acorde con lo cual, como también se ha venido anotando, el ejercicio se orientó a establecer las causas que en el marco de cada problema jurídico, motivan la presentación de las acciones de tutela, atándolas al servicio o procedimiento específicamente reclamado.

[14] El MSPS ha dado a conocer que en un expediente puede contener varias solicitudes

A la luz de este nuevo ejercicio, en las tablas 21 a 28 del informe de tutelas en cuestión, se detallan las causas, atadas al correspondiente problema jurídico, las cuales, contienen el asunto que en específico generó la acción de tutela.

h) ¿Qué acciones se han implementado en contra de las EPS que reportan el mayor de acciones de tutela en su contra?

Como se ha señalado de forma permanente, este Ministerio, a través de la rectoría del SGSSS(artículo 4 de la Ley 1438 de 2011), y la política pública que bajo tal carácter le corresponde fijar, debe regular las condiciones para que el acceso a los servicios de salud requeridos y la continuidad en su prestación, sea efectiva, lo cual, materializa mediante la normativa, lineamientos, guías técnicas, protocolos y en general, las directrices que imparte a todos los actores del SGSSS, acompañado, además de la asistencia técnica que constantemente brinda a las entidades territoriales, a efecto de la cohesión y aplicación efectiva de la política pública a nivel territorial.

En este contexto de distribución de competencias legales, sobre el incumplimiento en las obligaciones indelegables del aseguramiento y, por ende, las barreras en el acceso y continuidad en la prestación de los servicios de salud, a que puedan verse enfrentados los usuarios, debe sancionarse en el marco de las acciones de inspección, vigilancia y control, que por disposición legal fueron atribuidas a la Superintendencia Nacional de Salud -SNS.

Es así como la Ley 1949 de 2019, mediante la cual, se adicionan y modifican algunos artículos de las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, en el artículo 3, modificatorio del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, establece como infracciones administrativas, sancionables por la SNS, la de no "*no dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de servicios de salud".*

Corolario de lo expuesto, es claro que el legislador radicó la potestad de investigar y sancionar a las EPS que incumplen sus obligaciones en materia de prestación de servicios de salud, en un organismo técnico específico como es la SNS, quien además, en cumplimiento de la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008, se encarga de elaborar el ranking de las EPS que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el PBS, y por ende, que incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud.

En este sentido, conforme al informe de gestión presentado por la Superintendencia Nacional de Salud para la vigencia correspondiente al 2021, se resaltan las siguientes acciones, entre otras:

1. *"Se realizaron 230 visitas y auditorías a IPS, EAPB y Entes territoriales, de las cuales 123 se encuentran en seguimiento, 102 finalizadas y 5 se trasladaron a la Delegada Investigaciones Administrativas.*
2. *Se desarrolló IV focalizado a las EPS en los canales de atención a los usuarios para recibir y gestionar sus peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD), elaborando 78 requerimientos a EPS y 2 a Entidades Territoriales, relacionados con canales de atención específicos para COVID-19. Es importante resaltar que en estos requerimientos se incluyó de manera específica la línea nacional COVID-19, así como línea local COVID-19.*

3. *Se reforzaron los canales no presenciales distribuyendo todos los agentes del canal presencial suspendido por Emergencia Sanitaria (confinamientos) a la atención de los otros canales (telefónico, redes sociales, web, chat y escrito), aprovechando al máximo el recurso humano.*
4. *Se desarrollaron 19 diálogos y 110 capacitaciones virtuales dirigidas a los usuarios de salud para dar continuidad a la estrategia de capacitación y promoción de los derechos y deberes en salud y de las herramientas de participación ciudadana.*
5. *Se ejecutaron 65 visitas a IPS públicas y privadas y 12 Centros Reguladores de Urgencias – CRUE, en Bogotá, Cundinamarca, Valle del Cauca (2), Antioquia (2), Atlántico, Barranquilla, Santander (2), Sucre y Córdoba, con el propósito de verificar lo relacionado con la disponibilidad y uso de la capacidad instalada registrada en REPS, así como el control que de ésta debe realizar la Entidad Territorial, en el marco de lo establecido en los artículos 1 y 4 del Decreto 538 de 2020 y la Circular 012 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud."*

Lo anterior son algunas de las actividades que realizó la SNS en el marco de sus funciones de inspección vigilancia y control, en donde así mismo, se encuentra detalladas algunas acciones por EPS en el precitado informe, el cual, puede ser consultado a través del siguiente enlace: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/InformesGestion/GG-63.pdf

Así las cosas, se encuentra que, dentro de las acciones de inspección, vigilancia y control, desplegadas por la SNS y que viene consignando en los informes elaborados en el marco de la citada orden 20, se concretan, entre otros, tanto los motivos de la sanción, como las sanciones que impone a las EPS, por la negación o no autorización oportuna de servicios PBS.

Ahora bien, con respecto al informe de tutelas del 2022, se presentó dicho informe el pasado 30 de abril, y el Ministerio se encuentra a la espera del auto de valoración de cumplimiento o en su defecto, de las dudas que tenga el alto tribunal constitucional para este fin.

b. Consolidado de información a la Procuraduría General de la Nación

Desde la fecha hasta la actualidad, este Ministerio ha dado cumplimiento a dicha orden judicial, la cual tiene una calificación de cumplimiento media, en virtud de las diferentes medidas y mejoras que esta cartera ha tomado en: (i) Modificación y generación de política pública en salud en cumplimiento de la Ley 1751 de 2015; mejoramiento en la caracterización de la información; mejoramiento de la herramienta por medio de la cual se capta la información para la generación del informe de tutelas y en el año 2021, se presentó a la Corte Constitucional el informe de Goce Efectivo del Derecho a la Salud; y de manera anual, en cada informe presentado, se han enunciado todas las acciones tomadas por esta cartera para la materialización del Goce Efectivo del Derecho fundamental a la Salud.

Así mismo, se ha trabajado desde la notificación del Auto 077 A de 2020 y 440 de 2021, en la consolidación y creación de una fuente autónoma de información en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud y en la disposición de una herramienta de consulta pública que le permita a la ciudadanía conocer todo lo relacionado con el informe de tutelas a través del Observatorio Nacional de Calidad.

En este sentido, se presenta una relación con la remisión de cada uno de los informes:

Informe de tutelas en salud	
Año	Radicado a la Procuraduría General de la Nación
2019	202014000819921
2020	202114000654801
2021	202214001195061

En cada uno de los oficios relacionados, se corrió traslado a la Procuraduría General de la Nación sobre el informe de tutelas en salud de cada anualidad solicitada, en donde se enuncian las acciones concretas tomadas por este Ministerio para dar cumplimiento a lo ordenado por la Corte Constitucional a través de sus diferentes autos de seguimiento.

Por último, se actualizó el Observatorio Nacional de Calidad en Salud, sitio web en el que se publica anualmente el informe de tutelas, el cual podrá ser consultado a través del siguiente enlace (https://www.minsalud.gov.co/Portada2021/index.html). Luego se da clic en la pestaña de Salud y Calidad de la atención, donde se puede elegir el Observatorio Nacional de Calidad. Una vez allí, en la sección - conoce la gestión de tutelas en salud -, es posible encontrar los informe para todos los años disponibles (https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/tutelas-en-salud.aspx).

Además de mejorar la navegación del sitio web del Observatorio Nacional de Calidad en Salud, también se adelantaron gestiones para que el informe fuera más sencillo de encontrar en los diferentes motores de búsqueda. Con esto se logra que los usuarios accedan de manera más sencilla a dicha información.

En consecuencia, en dicho micrositio web encontrarán de manera concreta todas las acciones de este Ministerio en cada una de las anualidades requeridas para dar cumplimiento a esta orden de la Sentencia T-760 de 2008.

c. Consolidado de información para la Defensoría del Pueblo

De igual manera, se informa que una vez se presente el informe de tutelas 2021 a la Corte Constitucional, se remitirá una copia de dicho estudio a la Defensoría del Pueblo en cumplimiento a lo ordenado por la Corte Constitucional en la sentencia estructural y los autos de seguimiento 590 de 2016 y 077 A de 2020.

En consecuencia, con lo anterior, se procederá a dar respuesta a las inquietudes planteadas por usted en aras de entregar el mayor nivel de detalle:

1.Porcentajes de usuarios que presentan tutelas en salud, y su promedio de radicación por día y mes. Además, señalar las acciones implementadas para ampliar la muestra de estudio con el que cuenta el Ministerio

Para analizar el porcentaje de usuarios que presentaron tutelas en salud en el año 2021, es preciso tener en cuenta dos cifras importantes: (1) el número de personas atendidas por el sistema de salud en 2021 fue de 30.894.524 y; (2) el número de tutelas fue 92.506. En este orden de ideas, la proporción de usuarios que presentaron tutelas en salud fue de 0,03% para 2021.

No obstante, lo anterior, una forma más precisa de medir si el número de tutelas es alto o bajo, es mediante el número de atenciones en salud. Esto debido a que las tutelas en salud responden a problemas particulares con ciertas atenciones en salud. En el siguiente cuadro se muestra el número de tutelas por año y el número de atenciones en salud por año según el Registro Individual de Prestadores en Salud.

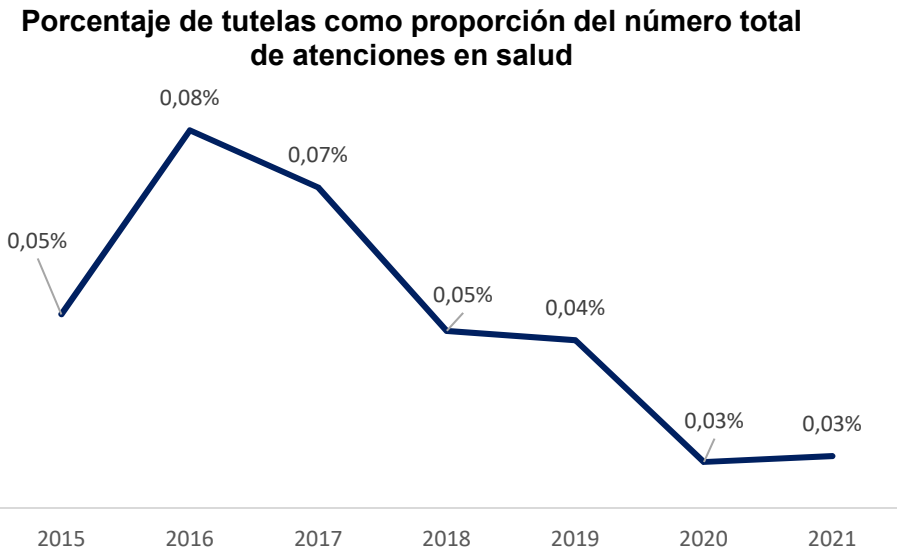
Tabla 3 Práctica que Vulnera el Derecho a la Salud

Año	Número de Atenciones en Salud	Número de Tutelas	Proporción de tutelas por número de atenciones en salud
2015	308.883.350	150.728	0,05%
2016	215.614.212	164.274	0,08%
2017	292.026.764	197.655	0,07%
2018	448.132.262	207.734	0,05%
2019	461.432.261	207.368	0,04%
2020	409.583.912	109.940	0,03%
2021	333.790.895	92.506	0,03%

Fuente: Cálculos Oficina de Calidad. De información suministrada por la Corte Constitucional a base enviada el 08-03-2022 y cuenta con un total para el año 2021 de 92.507 tutelas. Registro Individual de Prestadores en Salud.

En la siguiente gráfica se observa que no solo las tutelas en salud representan un valor muy bajo sobre el total de atenciones en salud que se prestan anualmente, sino que además ha habido una reducción en los últimos años. Tabla 3

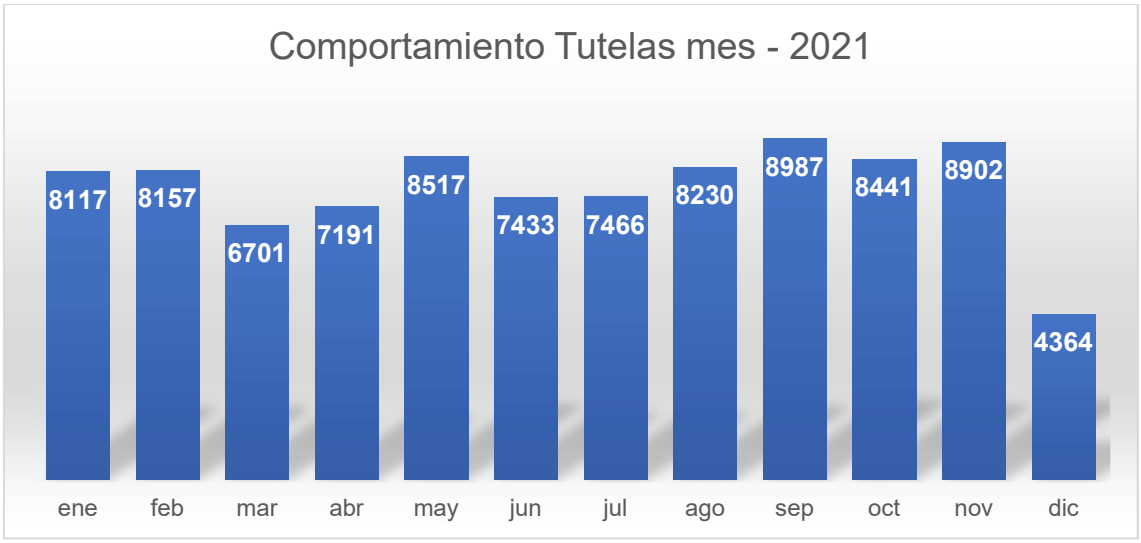
Ilustración 1 Porcentaje de tutelas como proporción del número total de atenciones en salud



En la siguiente gráfica se observa que, las tutelas en salud representan un valor muy bajo sobre el total de atenciones en salud que se presentan anualmente, 0,03% para el año 2021. Adicionalmente, la tendencia histórica muestra que la participación de tutelas en salud dentro del número total de atenciones en salud ha venido disminuyendo desde 2016, el cual era 0,08% a 0,03%. En este orden ideas, vale la pena decir que las tutelas en salud representan una porción muy pequeña si se compara con el número de atenciones en salud que el sistema presta de manera exitosa

En cuanto a la **Proporción de tutelas presentadas por cada mes del año 2021:**

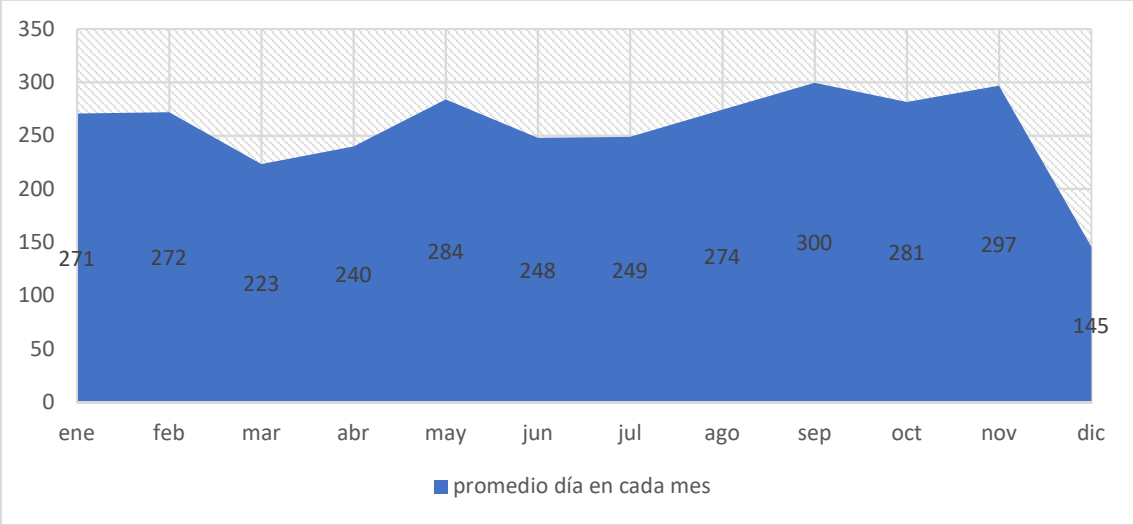
Ilustración 2 Proporción de tutelas presentadas por cada mes del año 2021



Fuente: Cálculos Oficina de Calidad. De información suministrada por la Corte Constitucional a base enviada el 01-03-2022 y cuenta con un total para el año 2021 de 92.507 tutelas

Promedio de tutelas por días año 2021:

Ilustración 3 Promedio de tutelas por días año 2021



2. ***Medidas adoptadas para crear la base de datos autónoma de tutelas, que asegure el cumplimiento de esta orden y que no dependa de la información que reposa en la Corte Constitucional***

Este Ministerio, en cumplimiento de lo ordenado a través del Auto 077 A del 3 de marzo de 2020, dispuso de múltiples acciones para obtener una fuente autónoma de información. Por lo tanto, y en virtud del principio de coordinación y eficacia contenido en la Ley 1437 de 2011 se ofició de manera directa a las entidades que por su competencia y funcionalidad tienen la prerrogativa de ejercer medidas de inspección, vigilancia y control o que por su especialidad reciben y hacen seguimiento a las posibles vulneraciones de derechos fundamentales como la Defensoría del Pueblo y la Superintendencia Nacional de Salud.

Así las cosas, y en harás de establecer fuentes de información autónomas y diferentes a la suministrada por la Corte Constitucional, se efectuaron las siguientes acciones y reuniones con el objetivo de: *(i)* Incluir todas las variables de caracterización solicitadas por la Corte Constitucional como lo son: documento de identidad, raza, condición económico, condición social, causas de negación, día y mes de radicación e IPS más accionadas; y *(ii)* Alimentar, crear y obtener nuevas fuentes de información para la generación del informe de tutelas.

En cumplimiento de lo anterior, al interior de este Ministerio se analizó de manera detallada los posibles escenarios de cumplimiento para captar la información de manera directa de los actores del sistema con el nivel especificidad y caracterización que esgrime la Corte Constitucional, sin embargo, al proyectar las acciones a implementar se identificó una serie de dificultades que no dan viabilidad a la recopilación directa por parte de esta cartera de la información. Entre las problemáticas o consecuencias evidenciadas: Ausencia de capacidad informática para la recepción de la información, demanda de recursos por los

actores del sistema para el reporte de la información, aumento directo de recursos del sector salud, etc.

En consecuencia, este Ministerio procedió a buscar las fuentes de información de manera exógena para cumplir los propósitos enunciados anteriormente, por lo anterior, el 10 de septiembre de 2020, se remitió a la Defensoría del Pueblo oficio bajo radicado **202014001389921,** en el cual se solicitaba a dicha entidad compartir la información recolectada a lo largo del 2020 relacionada con acciones de tutela promovidas por la ciudadanía.

Como respuesta se tuvo que no se tenía disponible la información por parte de la Defensoría del Pueblo y que el Convenio suscrito entre dicha entidad y la honorable Corte Constitucional se circunscribe únicamente para la elaboración del estudio de tutelas, no siendo posible compartir dicha información para otros fines.

En igual sentido, mediante oficio No. **202114000033131** del 12 de enero de 2021, se remitió al Consejo Superior de la Judicatura con el objetivo de tener información de acciones de tutela en salud que se hayan recaudado en lo corrido de la vigencia del año 2020, de conformidad con la Circular PSAC08-104 de diciembre de 2008, sin embargo, no se obtuvo hasta la actualidad una respuesta o pronunciamiento sobre la mencionada solicitud.

Por último, se ofició a la Superintendencia Nacional de Salud mediante memorando No. **202014002033991** del 22 de diciembre de 2020, por medio del cual se solicitó a dicha entidad, trabajar de manera conjunta y coordinada para dar cumplimiento a lo contemplado en la orden trigésima, a través de la inclusión de variables mediante el anexo técnico GT007 de la Circular Externa 017 de 2020, la cual, fue expedida por esta entidad en el marco de sus competencias de Inspección, Vigilancia y Control sobre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el objetivo de hacer un seguimiento estricto a la garantía del derecho fundamental a la salud.

En virtud de dicha solicitud, se instaló una Mesa técnica de trabajo entre el Ministerio de Salud y protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud para analizar la viabilidad de la inclusión de dichas variables y la forma de captar la información, obteniendo de esta manera, las dos entidades, una fuente autónoma de información que contemple las variables solicitadas por la Corte Constitucional y de esta manera, se cumple en mayor medida con lo solicitado por este Alto tribunal Constitucional.

Lo anterior, es pertinente y viable en virtud del principio de Economía Procesal y la capacidad técnica, operativa y funcional de la Superintendencia Nacional de Salud y la capacidad de sus sistemas de información, se hace necesario y conveniente que esta entidad a través de la modificación del anexo técnico GT007 de la Circular Externa 017 de 2020, incluya las variables solicitadas por la Corte Constitucional como lo son: Documento de Identidad, condición social, condición económica, causales de negación del derecho a la salud, IPS mas accionadas, diagnóstico, fecha de radicación de la tutela, edad, raza, etnia, etc.

VI. CONSOLIDACIÓN DE RESPUESTAS AL CONGRESO DE LA REPÚBLICA EN EL MARCO DE SUS COMPETENCIAS DE CONTROL POLÍTICO

RESPUESTA A LA SENADORA PALOMA VALENCIA

Pregunta no. 53: Sírvase informar ¿Cuáles son los indicadores de calidad con los que cuenta el sistema de salud del país? Sírvase remitir los resultados.

La Resolución 256 de 2016 dicta las disposiciones del Sistema de Información para la Calidad, la cual establece 110 indicadores trazadores para el monitoreo de la calidad en salud, los cuales de categorizan en cuatro dominios: efectividad, gestión del riesgo, seguridad y experiencia de la atención. Estos son reportados por las Entidades territoriales, EPS e IPS, por ende, los resultados que se obtienen son conforme a la información entregada por estos últimos. (Tabla 4).

Ahora bien, es importante tener en cuenta que la forma en la que se capta la información (auto reporte por los agentes) está siendo en la actualidad objeto de evaluación por parte de este Ministerio toda vez que se debe verificar la calidad de dato y la viabilidad de modificar la forma en la que se capta la información para obtener los resultados de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad en salud contenidos en la Resolución 256 de 2016 que se presentarán a continuación y serán insumo para dar respuesta a las inquietudes planteadas en las preguntas 54,55 y 65 relacionadas con la calidad.

A continuación, se describen el número de indicadores por dominio y actor que reporta la información:

Tabla 4 Número de indicadores trazadores por dominio y actor, Resolución 256 de 2016

Actor	Efectividad	Experiencia de la atención	Gestión del Riesgo	Seguridad	Total
EAPB	9	9	15		33
ET	17		5		22
IPS	25	15		15	55
Total	**51**	**24**	**20**	**15**	**110**

En la siguiente tabla, se describen los indicadores por cada uno de los dominios (Tabla 5):

Tabla 5 Indicadores trazadores por dominio y actor del Sistema de Información para la Calidad, Resolución 256 de 2016

Actor	Dominio	Indicador
Entidad territorial	Efectividad	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer
Entidad territorial	Efectividad	Letalidad por Dengue
Entidad territorial	Efectividad	Prevalencia de hipertensión arterial
Entidad territorial	Efectividad	Prevalencia de diabetes mellitus
Entidad territorial	Efectividad	Tasa de incidencia de Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5
Entidad territorial	Efectividad	Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama en mujeres
Entidad territorial	Efectividad	Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
Entidad territorial	Efectividad	Tasa de mortalidad por tumor maligno de próstata
Entidad territorial	Efectividad	Proporción de abandono de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)
Entidad territorial	Efectividad	Razón de Mortalidad Materna
Entidad territorial	Efectividad	Tasa de mortalidad en niños menores de un año (mortalidad infantil)
Entidad territorial	Efectividad	Tasa de Incidencia de hipotorodismo congénito
Entidad territorial	Efectividad	Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda
Entidad territorial	Efectividad	Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda
Entidad territorial	Efectividad	Tasa de Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años
Entidad territorial	Efectividad	Prevalencia de Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en personas de 15 a 49 años
Entidad territorial	Efectividad	Tasa de incidencia de Sífilis Congénita
Entidad territorial	Gestión del Riesgo	Cobertura de verificación para habilitación de servicios
Entidad territorial	Gestión del Riesgo	Cobertura de vacunación BCG en niños y niñas recién nacidos
Entidad territorial	Gestión del Riesgo	Cobertura de vacunación de la tercera dosis de Pentavalente en niños y niñas menores de un año
Entidad territorial	Gestión del Riesgo	Cobertura de vacunación de la tercera dosis de Polio en niños y niñas menores de un año
Entidad territorial	Gestión del Riesgo	Cobertura de vacunación de la Triple Viral en niños y niñas de un año

Actor	Dominio	Indicador
EAPB	Efectividad	Razón de mortalidad materna a 42 días
EAPB	Efectividad	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer - EAPB
EAPB	Efectividad	Tasa de mortalidad en niños menores de un año (mortalidad infantil) - EAPB
EAPB	Efectividad	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años - EAPB
EAPB	Efectividad	Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años - EAPB
EAPB	Efectividad	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición - EAPB
EAPB	Efectividad	Letalidad por dengue
EAPB	Efectividad	Proporción de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis crónica programada
EAPB	Efectividad	Proporción de progresión de enfermedad renal crónica
EAPB	Gestión del Riesgo	Proporción de tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes
EAPB	Gestión del Riesgo	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama
EAPB	Gestión del Riesgo	Proporción de mujeres con citología cervico uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia
EAPB	Gestión del Riesgo	Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix
EAPB	Gestión del Riesgo	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino
EAPB	Gestión del Riesgo	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata
EAPB	Gestión del Riesgo	Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)
EAPB	Gestión del Riesgo	Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para Virus de inmunodeficiencia Humano con Terapia Antirretroviral (TAR)
EAPB	Gestión del Riesgo	Proporción de niños con diagnóstico de Hipotiroidismo Congénito que reciben tratamiento
EAPB	Gestión del Riesgo	Captación de Hipertensión Arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años
EAPB	Gestión del Riesgo	Proporción de pacientes hipertensos controlados
EAPB	Gestión del Riesgo	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años
EAPB	Gestión del Riesgo	Proporción de pacientes diabéticos controlados (del total de diabéticos)

Actor	Dominio	Indicador
EAPB	Gestión del Riesgo	Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes
EAPB	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General
EAPB	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General.
EAPB	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la autorización de Resonancia Magnética
EAPB	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la autorización de Cirugía de Cataratas
EAPB	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la autorización de Cirugía de Reemplazo de Cadera
EAPB	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la autorización de Cirugía de revascularización miocárdica
EAPB	Experiencia de la atención	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la EPS
EAPB	Experiencia de la atención	Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos
EAPB	Experiencia de la atención	Proporción de usuarios que ha pensado en cambiarse de EPS
IPS	Efectividad	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación
IPS	Efectividad	Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH)
IPS	Efectividad	Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), con diagnóstico de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH)
IPS	Efectividad	Proporción de pacientes hospitalizados por Dengue Grave
IPS	Efectividad	Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL

Actor	Dominio	Indicador
IPS	Efectividad	Proporción de personas con Diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre
IPS	Efectividad	Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL
IPS	Efectividad	Proporción de personas con Hipertensión Arterial (HTA), estudiadas para Enfermedad Renal Crónica(ERC)
IPS	Efectividad	Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica(ERC)
IPS	Efectividad	Proporción de personas en diálisis con hemoglobina mayor o igual a 10g/dl
IPS	Efectividad	Proporción de gestantes con valoración por odontología
IPS	Efectividad	Proporción de pacientes prevalentes en hemodiálisis con catéter como acceso vascular
IPS	Efectividad	Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años.
IPS	Efectividad	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama
IPS	Efectividad	Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.
IPS	Efectividad	Tiempo promedio de espera entre el diagnóstico probable y el diagnóstico definitivo Leucemia Aguda Pediátrica (LAP) en menores de 18 años
IPS	Efectividad	Proporción de menores de 18 años que cumplen el estándar de 5 días para el inicio de tratamiento de LAP
IPS	Efectividad	Proporción de partos por cesárea
IPS	Efectividad	Tasa de mortalidad perinatal
IPS	Efectividad	Relación Morbilidad Materna Extrema(MME) / Muerte Materna temprana (MM)
IPS	Efectividad	Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo
IPS	Efectividad	Proporción de reingreso hospitalario por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años
IPS	Efectividad	Letalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años
IPS	Efectividad	Letalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)
IPS	Seguridad	Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)
IPS	Seguridad	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización
IPS	Seguridad	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias

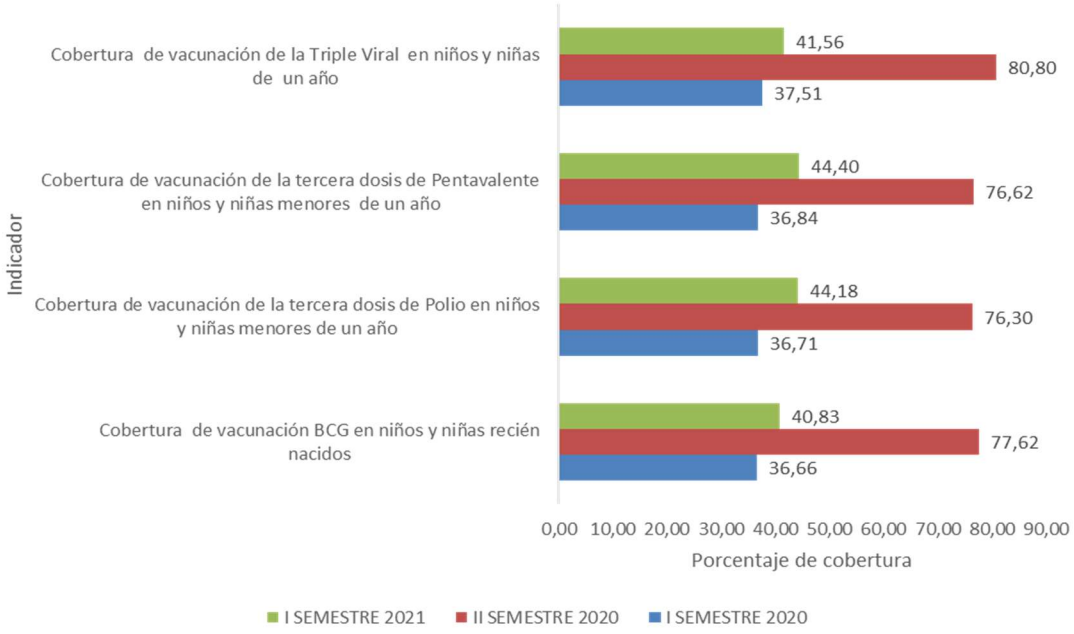
Actor	Dominio	Indicador
IPS	Seguridad	Tasa de úlceras por presión.
IPS	Seguridad	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.
IPS	Seguridad	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días
IPS	Seguridad	Proporción de cancelación de cirugía
IPS	Seguridad	Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)
IPS	Seguridad	Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)
IPS	Seguridad	Proporción de endometritis post parto vaginal
IPS	Seguridad	Proporción de endometritis por césarea
IPS	Seguridad	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización
IPS	Seguridad	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias
IPS	Seguridad	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa
IPS	Seguridad	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica.
IPS	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General
IPS	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias
IPS	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas
IPS	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de cadera
IPS	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía para revascularización miocárdica
IPS	Experiencia de la atención	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS
IPS	Experiencia de la atención	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos
IPS	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General

Actor	Dominio	Indicador
IPS	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna
IPS	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría
IPS	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología
IPS	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia
IPS	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General
IPS	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía
IPS	Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear

Resultados Entidades territoriales

Para el dominio de Gestión del riesgo se observó que la cobertura de vacunación para el segundo semestre del año 2020 fue mayor para BCG, Polio, Pentavalente y Triple Viral comparada con el primer semestre del mismo año, sin embargo, se observó un aumento en la cobertura de vacunación del primer semestre del año 2021 comparado con el primer semestre del 2020 (Ilustración 4).

Ilustración 4 Comportamiento de la cobertura de vacunación BCG, Polio, Pentavalente y Trive viral a nivel nacional, Colombia, I semestre del 2020 al I semestre del 2021



Ahora bien, el comportamiento por entidad territorial se puede visualizar en el archivo Excel adjunto denominado "**Anexo Indicadores de gestión del riesgo Entidad Territorial"** y para los indicadores de IPS y EPS se realiza la descripción en las preguntas no. 54 y 55.

Pregunta no. 54: Sírvase informar si el Ministerio de Salud cuenta con indicadores de calidad de IPS. En caso afirmativo, sírvase informar estos resultados por IPS.

En el mismo sentido, el Sistema de Información para la Calidad, cuenta con indicadores que son reportados por los prestadores, por lo tanto, los indicadores, su construcción técnica y operativa, la periodicidad del reporte, los tiempos, y la calidad del dato de dichos indicadores están establecidos en la Resolución 256 de 2016.

Dentro de los indicadores con los que se capta información sobre la calidad de las IPS, se encuentra el indicador de "Experiencia de la Atención", el cual, cuenta con

a) Comportamiento de la Satisfacción del Usuario

Indicadores trazadores del Sistema de Información para la Calidad se encuentran la proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS y proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos.

Con respecto a la proporción de usuarios que consideraron como buena y muy buena la atención de los prestadores con corte al 2021 se observó una mayor proporción en departamentos como Guainía (98,8%) y Huila (98,4), mientras que para el primer trimestre

del año 2022 Amazonas (100%) tiene el mejor porcentaje de satisfacción global de los usuarios.

En cuanto a los usuarios que recomendarían su IPS con corte al 2021 se observó que Amazonas (98,9%) y Huila (98.9*%) tuvieron el mayor porcentaje de usuarios con respecto al comportamiento nacional. Con corte al primer trimestre del año 2022 Amazonas (100%) y Guainía (99,9%) tienen la mayor fidelización de sus usuarios (Tabla 6).

Tabla 6 Comportamiento de los indicadores de Satisfacción del usuario de IPS por departamento, Colombia 2021 y primer trimestre 2022.

b) Comportamiento de tiempo promedio de asignación de cita de Medicina General y Odontología General

El tiempo promedio de asignación de cita para medicina general en Colombia con corte al año 2021 fue de 4,10 días y en el primer trimestre de 2022 de 3,5 días; con respecto a odontología general con corte al año 2021 es de 5,42 días y para el primer trimestre del año en curso 4,06 días (Tabla 7).

Tabla 7 Comportamiento del tiempo promedio de asignación de cita de medicina y odontología general por departamento, Colombia 2021 y primer trimestre 2022.

Entidad Territorial	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	
	2021	I Trimestre 2022	2021	I Trimestre 2022
Amazonas	0,71	0,41	1,57	0,27
Antioquia	3,11	3,10	3,86	3,43
Arauca	2,15	2,50	2,44	1,74
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	3,86	3,66	1,79	3,06
Atlántico	4,68	3,98	2,89	2,83
Bogotá, D.C.	6,61	3,83	11,80	7,40
Bolívar	9,54	5,19	1,92	2,77
Boyacá	2,31	2,16	2,12	2,06
Caldas	3,65	3,70	4,07	3,54
Caquetá	1,35	1,49	1,02	2,10
Casanare	2,12	2,06	2,64	1,92
Cauca	1,79	1,84	1,04	0,95
Cesar	2,53	2,63	3,31	2,09
Chocó	1,46	1,34	1,54	1,87
Córdoba	2,28	2,38	1,63	1,56
Cundinamarca	5,64	4,48	9,70	6,88
Guainía	3,92	7,11	0,82	2,42
Guaviare	2,10	3,66	1,89	3,81
Huila	2,08	1,87	2,27	1,74
La Guajira	1,36	1,42	1,28	1,01
Magdalena	3,00	3,25	2,47	2,21
Meta	3,19	3,38	4,19	3,50
Nariño	1,65	1,80	1,73	2,03
Norte de Santander	1,88	2,29	1,66	1,82
Putumayo	1,33	1,20	2,00	1,12
Quindio	3,03	5,11	2,02	2,56
Risaralda	5,49	6,46	3,73	3,65
Santander	2,68	3,19	3,84	3,08
Sucre	2,41	2,32	1,66	2,05
Tolima	3,52	4,81	2,56	2,57
Valle del Cauca	3,71	3,92	4,62	4,54
Vaupés	0,95	0,94	0,73	1,21
Vichada	1,47	3,00	1,49	1,02
TOTAL PAÍS	4,10	3,48	5,42	4,06

c) Comportamiento Medicina General y Odontología General

Con corte al 2021 los pacientes clasificados como Triage 2, esperaron aproximadamente 25 minutos para ser atendidos en el servicio de urgencias, mientras que con corte el primer trimestre del 2022 fue de 26 minutos (Tabla 8).

Tabla 8 Comportamiento del tiempo promedio de espera para la atención en urgencias de los pacientes clasificados como Triage 2 por departamento, Colombia 2021 y primer trimestre 2022.

Entidad Territorial	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	
	2021	I Trimestre 2022
Amazonas	15,75	15,51
Antioquia	20,48	22,01
Arauca	43,09	22,14
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	20,59	7,50
Atlántico	23,78	14,99
Bogotá, D.C.	36,15	35,75
Bolívar	31,52	37,83
Boyacá	28,13	23,29
Caldas	29,04	20,93
Caquetá	14,70	29,16
Casanare	15,46	24,73
Cauca	24,82	34,34
Cesar	18,34	17,12
Chocó	27,25	11,74
Córdoba	17,36	13,61
Cundinamarca	21,09	20,68
Guainía	41,74	27,38
Guaviare	48,08	0,00
Huila	17,44	21,98
La Guajira	24,02	23,86
Magdalena	18,61	25,77
Meta	21,07	28,65
Nariño	29,69	33,53
Norte de Santander	33,55	47,57
Putumayo	19,85	30,22
Quindio	27,80	22,70
Risaralda	27,61	22,35
Santander	37,15	25,29
Sucre	19,92	17,57
Tolima	17,64	20,20
Valle del Cauca	26,66	31,77
Vaupés	19,15	0,00
Vichada	45,90	39,68
TOTAL PAÍS	25,45	26,24

d) Comportamiento de tiempo promedio de asignación de citas por especialidades

Para las especialidades de cirugía general, ginecología, medicina interna y pediatría se observó que de acuerdo con el comportamiento nacional tuvieron en promedio un incremento de 1,8 puntos porcentuales en el tiempo promedio de espera para la asignación de cita de estas (Tabla 9).

Tabla 9 Comportamiento del tiempo promedio de asignación de cita cirugía general, ginecología, medicina interna y pediatría por departamento, Colombia 2021 y primer trimestre 2022.

Entidad Territorial	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	
	2021	I Trimestre 2022	2021	I Trimestre 2022	2021	I Trimestre 2022	2021	I Trimestre 2022
Amazonas	4,68	3,42	4,59	4,22	6,64	4,65	4,96	2,96
Antioquia	9,45	13,04	13,14	11,24	14,33	16,94	8,08	9,07
Arauca	3,98	4,12	5,87	5,52	7,70	8,63	5,99	5,40
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	10,05	5,82	7,25	5,03	12,86	11,78	7,94	5,96
Atlántico	16,75	20,06	7,91	8,21	13,87	14,54	4,83	6,71
Bogotá, D.C.	15,51	14,79	13,07	14,80	15,44	17,48	6,90	8,37
Bolívar	12,28	14,45	8,90	11,43	10,90	16,47	5,60	6,63
Boyacá	5,06	4,79	4,31	6,36	5,58	7,85	3,23	4,85
Caldas	10,36	12,71	9,06	9,72	4,95	15,15	11,60	10,02
Caquetá	4,12	3,46	3,00	2,44	3,19	3,87	3,14	2,59
Casanare	5,20	6,14	4,91	5,78	7,24	8,12	4,77	5,95
Cauca	7,20	4,00	10,78	34,97	6,38	5,66	4,53	2,87
Cesar	6,22	6,65	5,14	6,11	8,34	9,64	4,17	5,24
Chocó	2,55	2,11	4,14	2,15	6,09	5,81	2,42	3,08
Córdoba	9,54	10,11	8,27	9,25	10,09	14,15	7,70	9,04
Cundinamarca	9,23	11,02	11,35	13,33	9,65	9,04	8,51	10,11
Guainía	4,50	3,13	4,04	6,53	3,55	1,79	5,69	6,91
Guaviare	7,89	0,00	8,89	0,00	13,84	0,00	9,23	0,00
Huila	6,42	6,18	7,53	8,68	10,81	9,02	5,32	4,96
La Guajira	5,47	5,66	4,74	4,39	5,24	5,14	5,03	5,30
Magdalena	9,08	13,31	8,69	12,38	9,39	19,03	5,91	8,79
Meta	8,27	25,31	13,08	15,66	10,79	13,49	5,19	5,57
Nariño	7,53	7,72	7,29	5,92	6,85	4,00	3,90	2,95
Norte de Santander	4,93	5,29	4,16	3,51	5,37	5,20	3,93	3,75
Putumayo	3,61	3,33	3,88	4,09	3,53	2,90	3,48	2,52
Quindio	8,87	15,45	9,71	6,64	11,32	14,49	6,00	5,42
Risaralda	9,68	14,42	9,83	9,85	12,65	10,94	6,51	7,28
Santander	8,88	12,77	8,12	8,35	8,93	12,61	4,86	5,41
Sucre	11,13	6,62	8,45	5,13	10,58	8,12	5,04	5,68
Tolima	9,19	11,86	6,17	10,05	10,15	11,02	6,65	10,88
Valle del Cauca	13,50	15,35	11,64	13,09	16,80	15,63	9,81	11,24
Vaupés	2,00	0,00	2,80	0,00	4,50	0,00	6,00	0,00
Vichada	7,58	6,55	10,74	7,73	7,66	7,02	8,33	12,02
TOTAL PAÍS	10,82	12,74	9,97	11,80	11,48	13,70	6,64	7,93

El comportamiento por cada uno de los prestadores se puede visualizar en el archivo Excel adjunto denominado "**Anexo Indicadores de experiencia de la atención de IPS"**.

Pregunta no. 55: Sírvase informar si el Ministerio de Salud cuenta con indicadores de calidad de EPS. En caso afirmativo, sírvase informar estos resultados por EPS

La Resolución 256 de 2016 también cuenta con indicadores de calidad para EPS. Estos indicadores son trazadores del dominio de experiencia de la atención, el cual se desagrega de la siguiente manera:

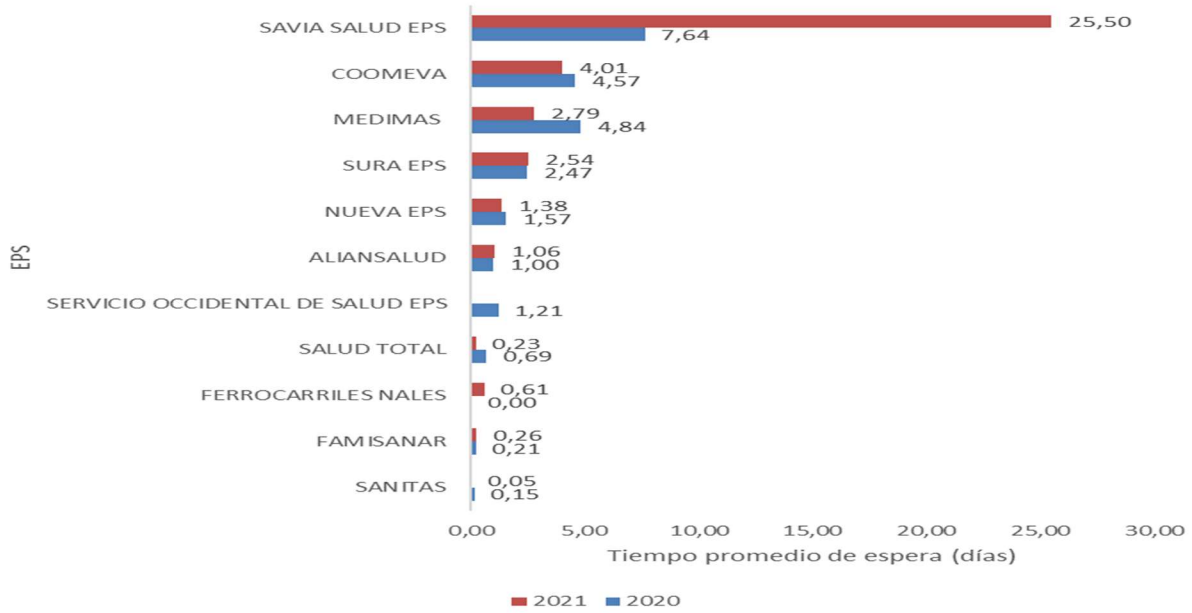
a) Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera
b) Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica
c) Tiempo promedio de espera para la autorización de resonancia magnética
d) Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas
e) Tiempo promedio de espera para la asignación de medicina general
f) Tiempo promedio de espera para la asignación de odontología general.

A continuación, se hace una descripción del comportamiento de los indicadores mencionados:

a) **Tiempo promedio de espera para la autorización de Cirugía de Reemplazo de Cadera**

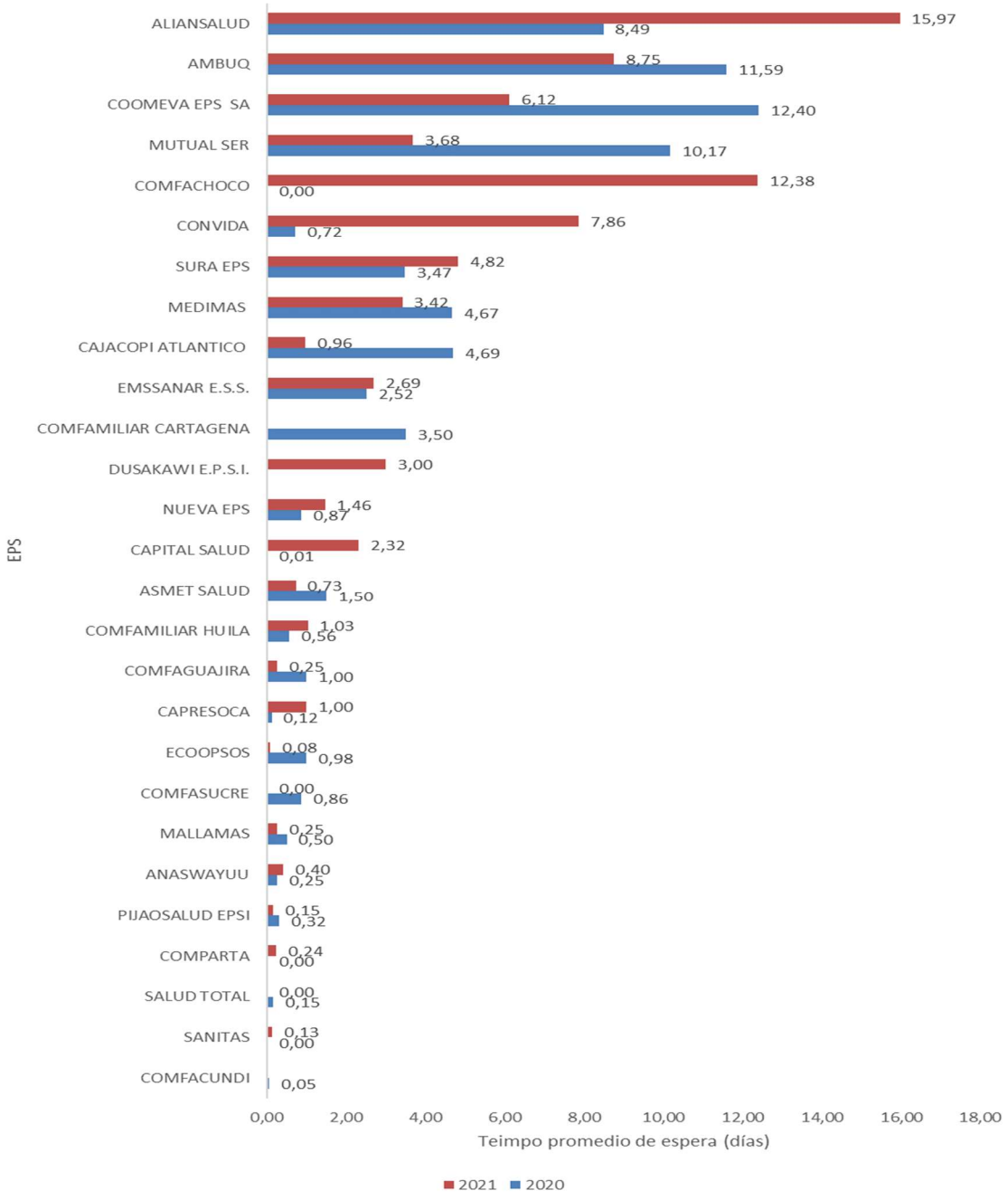
El tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera en el régimen contributivo con corte al 2020 tuvo un promedio de espera de 2,2 días, mientras que para el año 2021 fue de 3,8 días. La EPS con el mayor tiempo de espera para la autorización fue Savia Salud en el año 2021 (25,5 días) (Ilustración 5).

Ilustración 5 Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera por EPS de régimen contributivo, Colombia, 2020-2021



En cuanto a este mismo indicador, el comportamiento por régimen subsidiado con corte al 2020 el tiempo de espera fue de 2,7 días y para el 2021 de 3,11 días. Para el año 2021 se observó que el mayor tiempo de espera según EPS se observó en Aliansalud (15,9 días), seguido de Comfachocó (12,4 días) y AMBUQ (8,7 días) (Ilustración 6).

Ilustración 6 Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera por EPS de régimen subsidiado, Colombia, 2020-2021



b) **Tiempo promedio de espera para la autorización de Cirugía de revascularización miocárdica**

El tiempo Promedio de espera para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica para el 2020 en el régimen contributivo fue de medio día aproximadamente, mientras que para el año 2021 fue de 2,5 días. La EPS con mayor tiempo de espera con corte al 2021 fue Savia Salud (12 días) y SOS (5 días) (Ilustración 7).

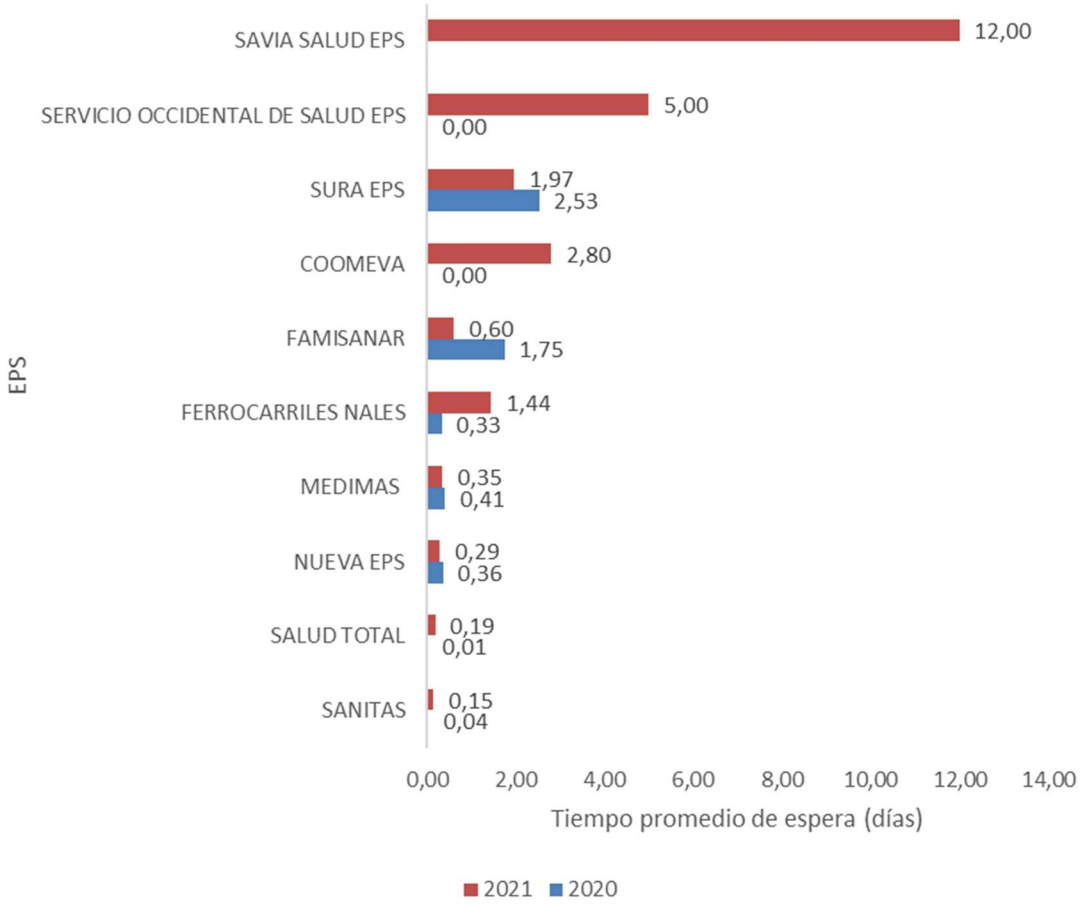
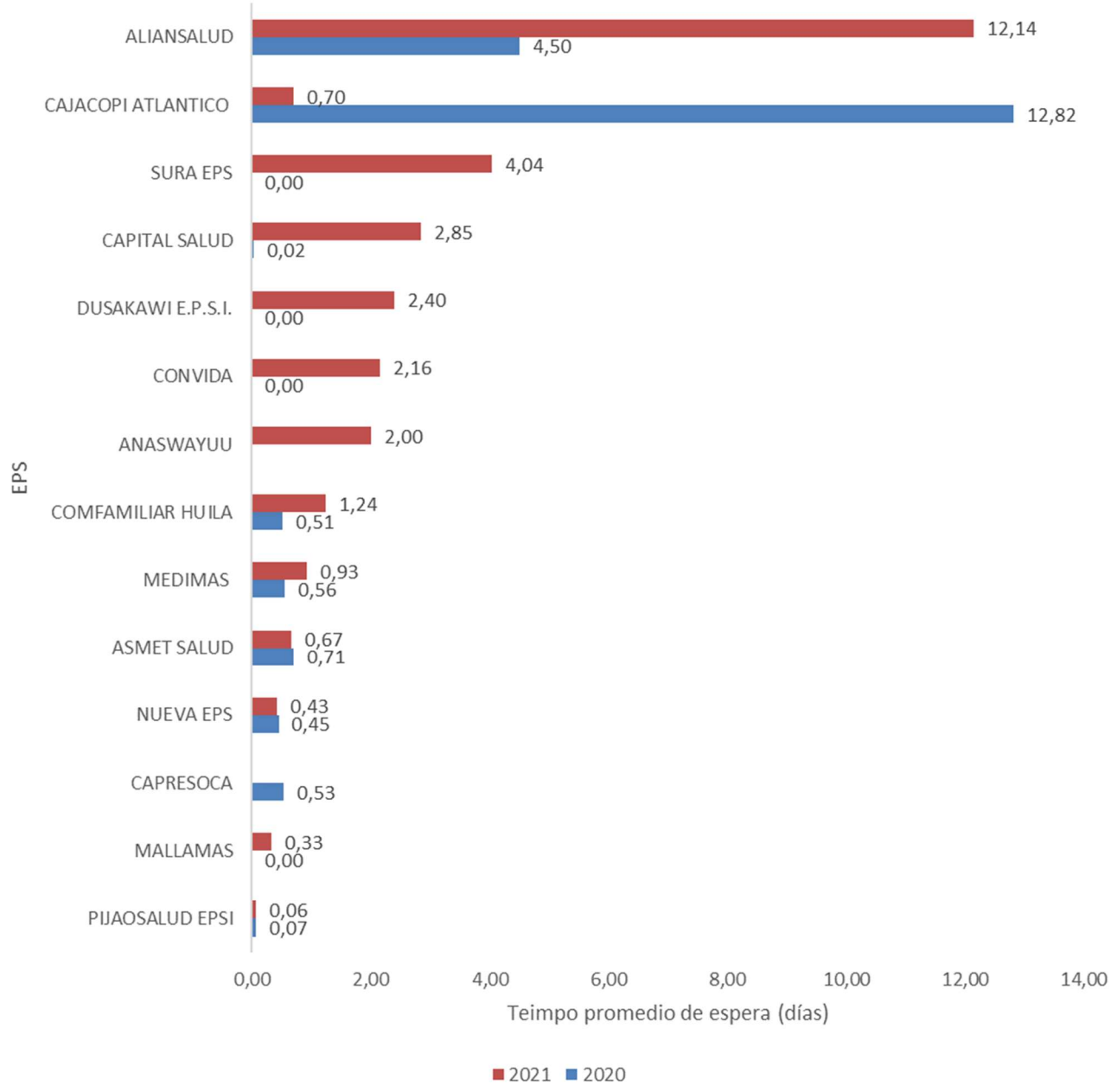


Ilustración 7 Tiempo promedio de espera para la autorización de revascularización miocárdica por EPS de régimen contributivo, Colombia, 2020-2021

Con corte al 2020 en el régimen subsidiado fue de 1,5 días, mientras que para el año 2021 fue de 2,3 días. La EPS con mayor tiempo de espera con corte al 2021 fue Aliansalud (12 días) y Sura (4 días) (Ilustración 8).

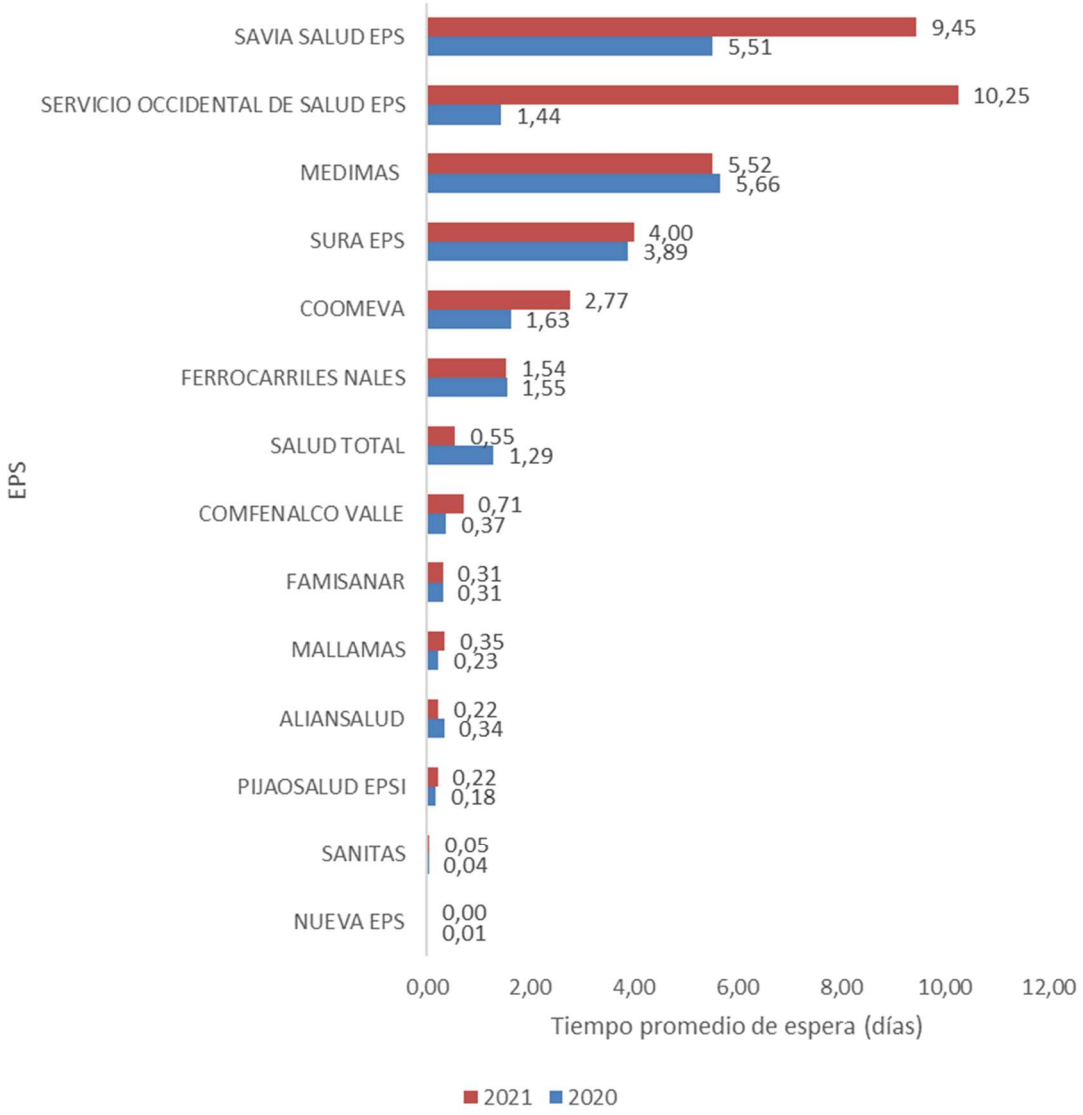
Ilustración 8 Tiempo promedio de espera para la autorización de revascularización miocárdica por EPS de régimen subsidiado, Colombia, 2020-2021



c) **Tiempo promedio de espera para la autorización de Resonancia Magnética**

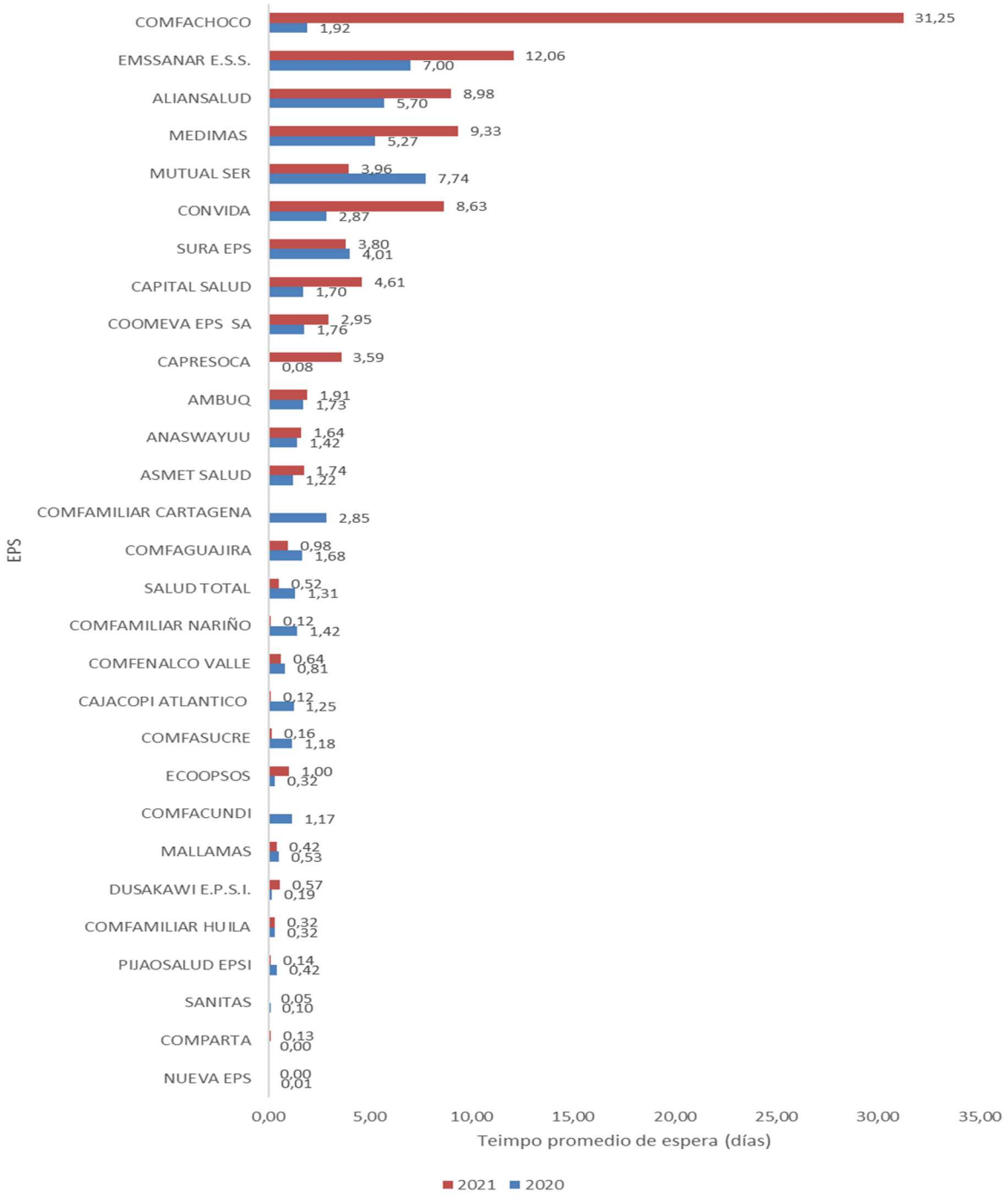
Con corte al año 2020 el tiempo promedio de espera para la autorización de resonancia magnética en el régimen contributivo fue de 1,6 días y para el 2021 de 2,6 días. SOS (10,2 días) y Savia Salud (9,4 días) fueron las EPS con mayor tiempo de espera (Ilustración 9).

Ilustración 9 Tiempo promedio de espera para la autorización de resonancia magnética por EPS de régimen contributivo, Colombia, 2020-2021



En cuanto al régimen subsidiado con corte al 2020 el tiempo promedio de espera fue de 1,9 días y para el 2021 de3,7 días. Para este régimen Comfachocó tuvo el mayor tiempo de espera con 31 días aproximadamente (Ilustración 10).

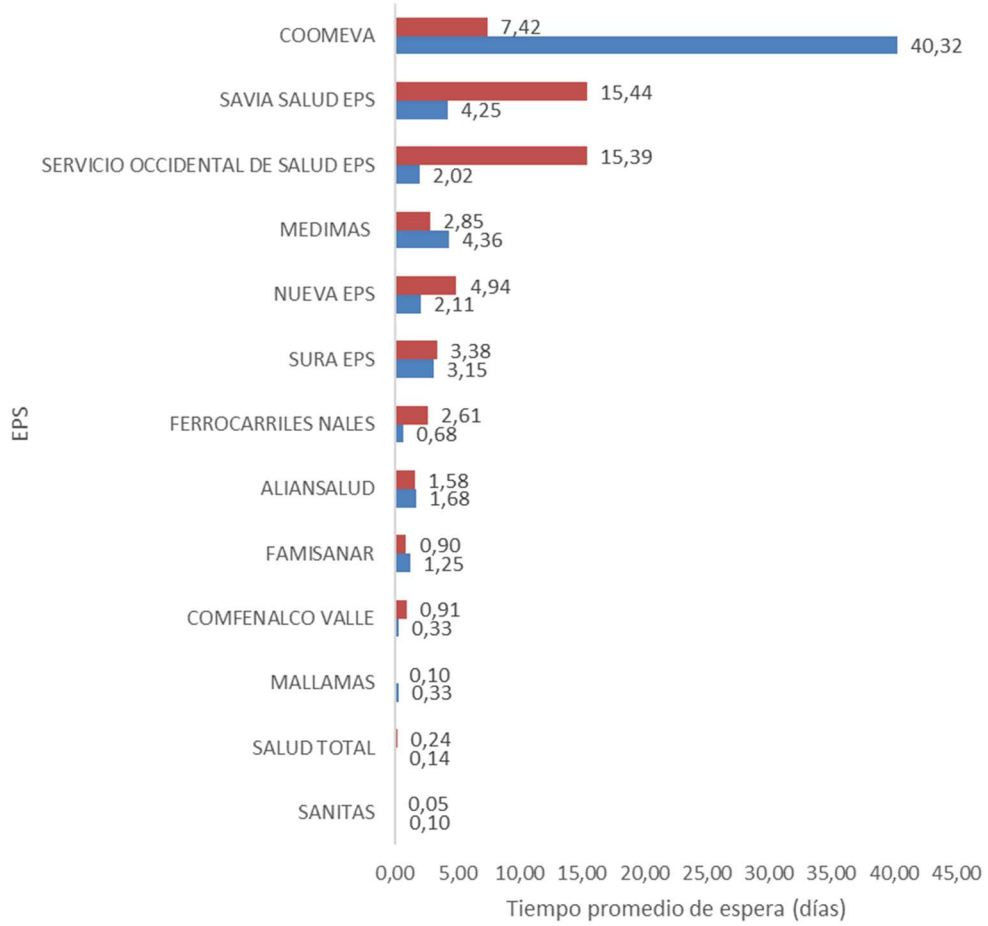
Ilustración 10 Tiempo promedio de espera para la autorización de resonancia magnética por EPS de régimen subsidiado, Colombia, 2020-2021



d) **Tiempo promedio de espera para la autorización de Cirugía de Cataratas**

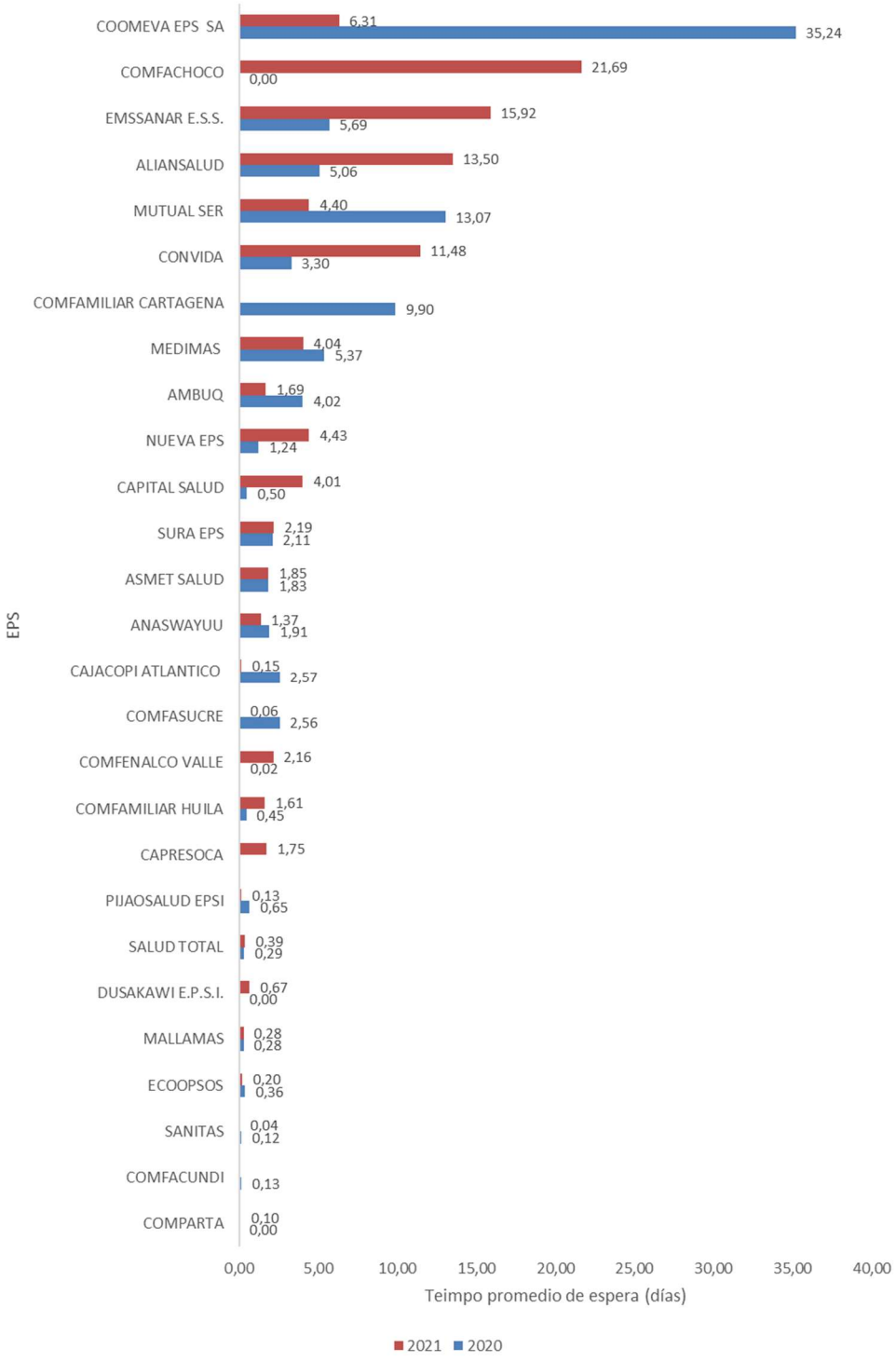
El tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas para el régimen contributivo fue de 4,7 días para el 2020 y para 4,3 días para el 2021. Con corte al 2020 Coomeva (40,3 días) fue la EPS con mayor tiempo de espera, mientras que para el año 2021 fue Savia Salud (15,4 días) (Ilustración 11).

Ilustración 11 Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas por EPS de régimen contributivo, Colombia, 2020-2021



Ahora bien, con respecto al régimen subsidiado con corte al 2020 el tiempo promedio de autorización fue de 3,7 días y para el 2021 de 4 días. La EPS con mayor tiempo de espera para el 2020 fue Coomeva (35,2 días) y para el 2021 Comfachocó (24,7 días) (Ilustración 12).

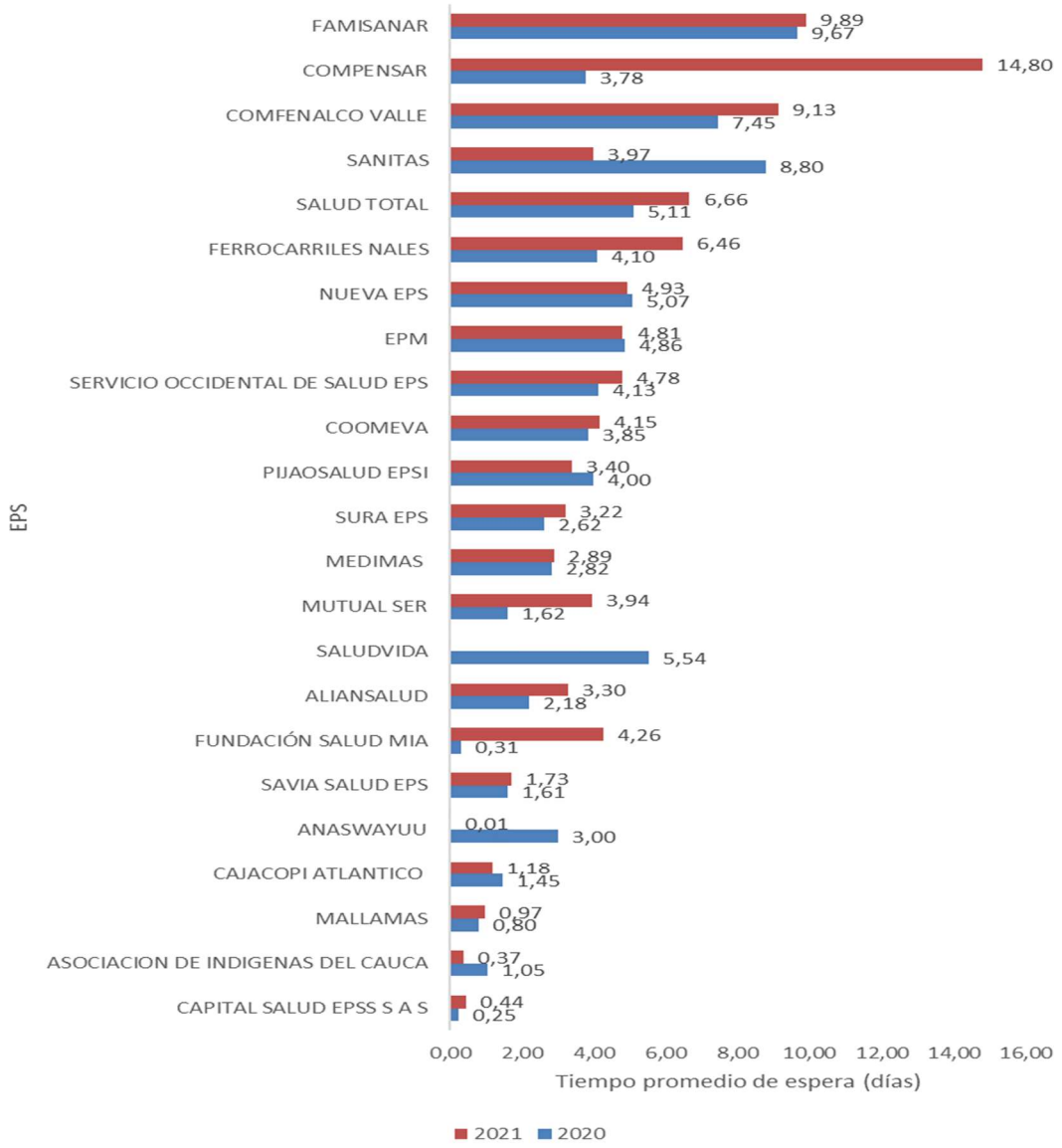
Ilustración 12 Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas por EPS de régimen subsidiado, Colombia, 2020-2021



e) **Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General**

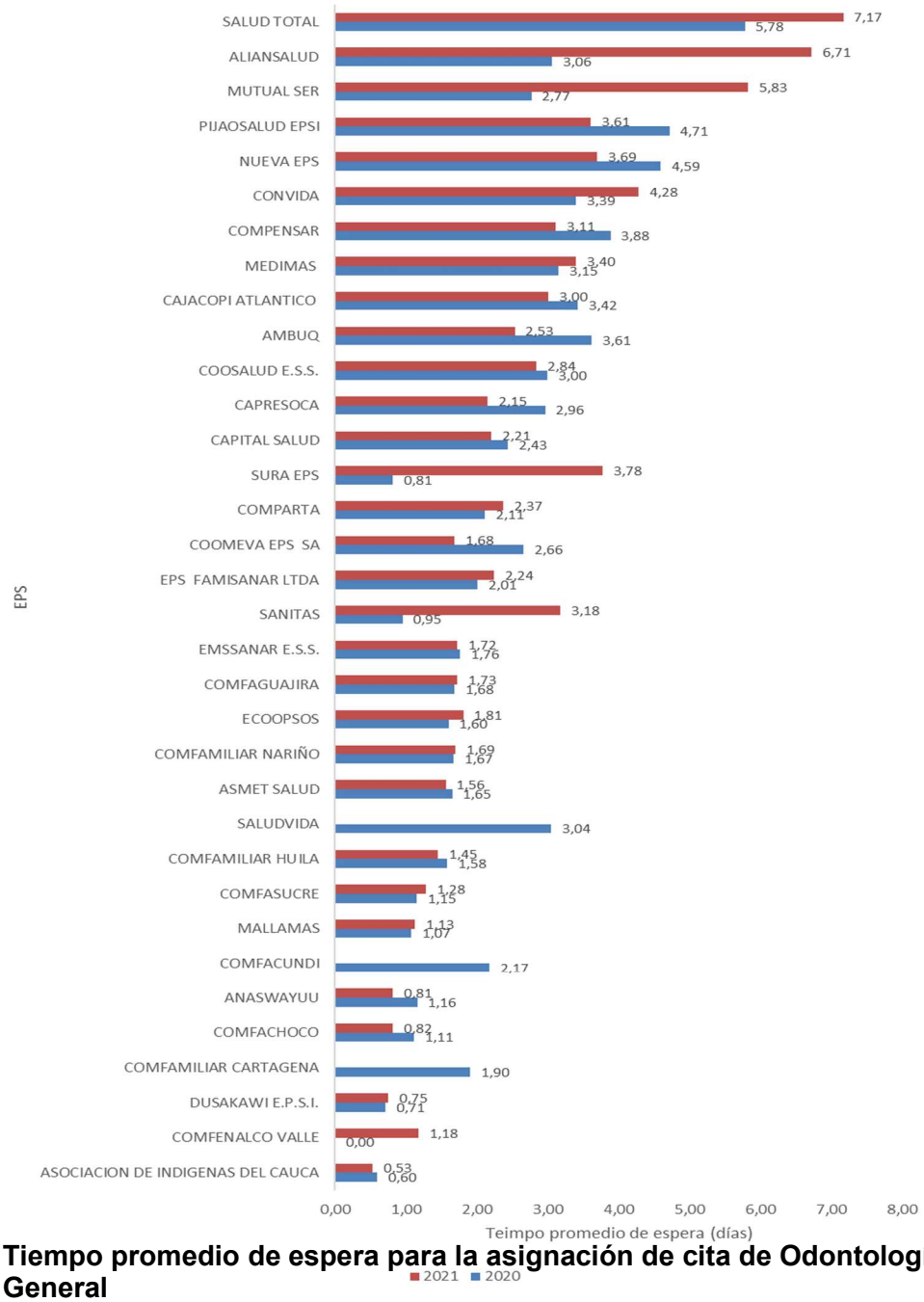
El tiempo promedio de asignación de cita de medicina general según el artículo 1, parágrafo 3, de la Resolución 1552 de 2013, establece que la asignación de citas de medicina general no podrá exceder los tres días hábiles a partir de la solicitud del paciente. Con corte al 2020 el tiempo promedio de espera por el régimen contributivo fue de 3,6 días y para el 2021 de 4,3 días. La EPS con mayor tiempo de espera para la asignación de cita en el año 2021 fue Compensar con 14,8 días (Ilustración 13).

Ilustración 13 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general por EPS de régimen contributivo, Colombia, 2020-2021



Para el régimen subsidiado con corte al 2020 el tiempo promedio de espera fue de 2,3 días y para el 2021 de 2,6 días. La EPS con mayor tiempo de espera para la asignación de cita para el 2021 fue Mutual Ser (5,8 días) (Ilustración 14).

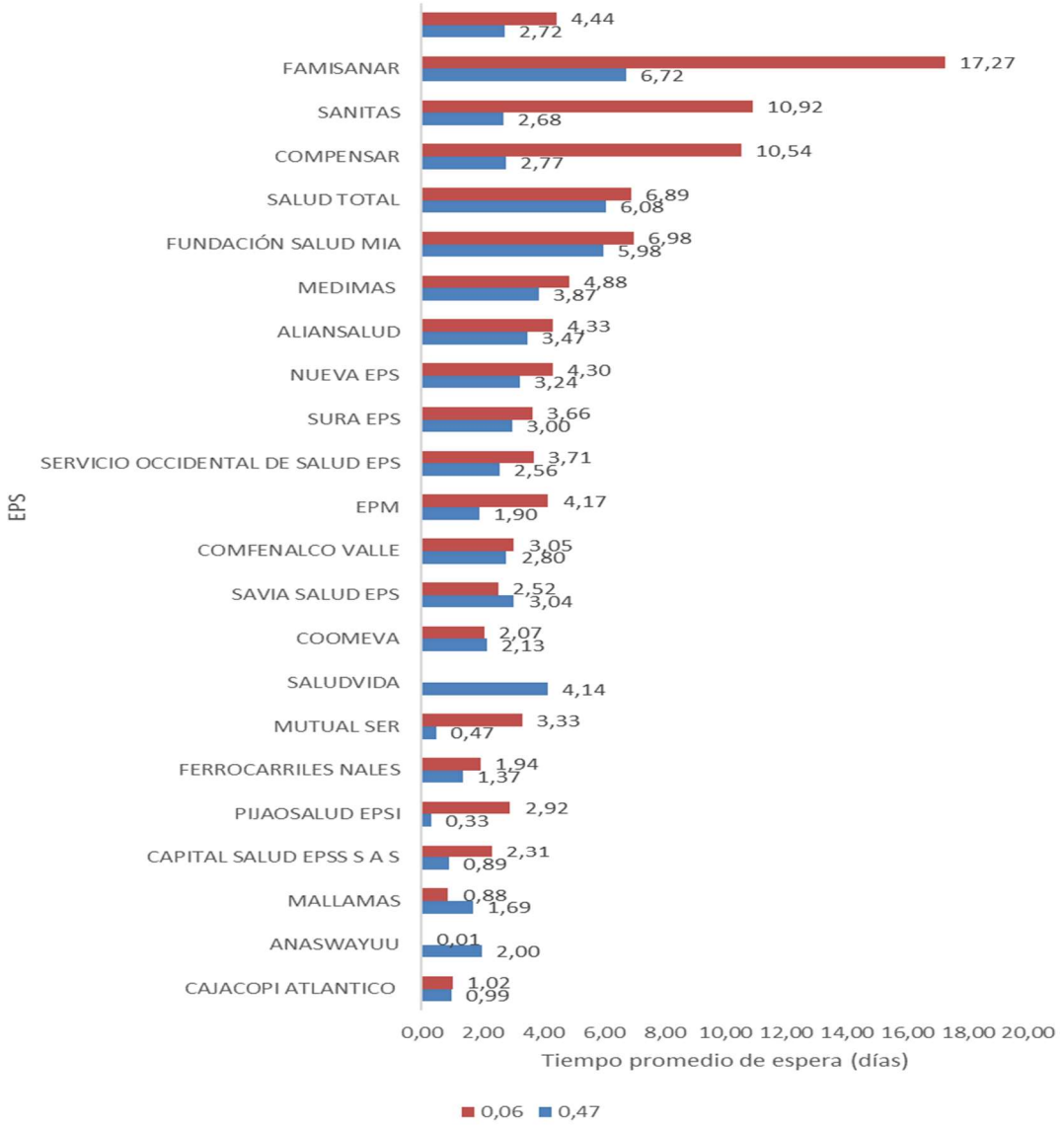
Ilustración 14 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general por EPS de régimen subsidiado, Colombia, 2020-2021



f) **Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General**

Así como para medicina general, el tiempo promedio de asignación de cita para odontología general, según la Resolución 1552 de 2013, debe ser de tres días hábiles. Con corte al 2020 el tiempo promedio de espera por el régimen contributivo fue de 2,7 días y para el 2021 de 4,4 días. La EPS con mayor tiempo de espera para la asignación de cita en el año 2021 fue Famisanar con 17,3 días (Ilustración 15).

Ilustración 15 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general por EPS de régimen contributivo, Colombia, 2020-2021



Pregunta no. 65: Sírvase informar ¿Cuáles son las fallas que considera la ministra tienen las EPS en Colombia?

Una de las principales fallas de las EPS está en el no cumplimiento total de sus obligaciones frente a sus asociados, el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, en consecuencia, el no cumplimiento de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 la cual consagra el derecho a la salud como un derecho fundamental.

La materialización de los incumplimientos en prevención, acceso, atención y cuidado de la enfermedad por parte de las EPS es el reflejo de la gran cantidad de acciones de tutela que interponen los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud para acceder a las diferentes prestaciones en salud.

Conforme al informe de tutelas en Salud presentado por este Ministerio a la Corte Constitucional en el marco del cumplimiento de la Orden Trigésima de la Sentencia T-760 de 2008, se puede evidenciar un **crecimiento sostenido** desde el año 2000 a 2008, donde se presentaron 142.957 tutelas. Posteriormente hay un leve decrecimiento hasta el año 2010, a partir de donde comienza un aumento constante de tutelas hasta llegar al máximo histórico de 207.734 tutelas en el año 2019. Finalmente, entre los años 2020 y 2021 se registra una disminución de tutelas en salud que puede una relación causal asociada a la pandemia de Covid-19. Por su parte en el año 2022 el número de tutelas creció considerablemente registrando 79.638 tutelas en los primeros siete meses del año.



Fuente: Base de datos de tutelas remitida por la Corte Constitucional. Calculos Oficina de Calidad – Ministerio de Salud y Protección Social - *Corte Enero a julio 2022

Así mismo dentro de las principales causas relacionadas con las acciones de tutelas en salud se logran identificar y evidenciar las siguientes:

- Postergación en para la práctica de procedimientos médicos autorizados por EPS. **Proporción:** 22.31%

- Postergación y/o aplazamiento de citas médicas con especialistas
  Proporción: 15,37%

- Demora en la entrega de medicamentos y/o suministro de tecnologías en salud (MIPRES, UPC)
  Proporción: 26,99%

- Solicitud de servicios complementarios no financiados por UPC, y tampoco excluidos.
  Proporción: 12,25%

Lo anterior, nos permite deducir que los principales obstáculos relacionados con el acceso efectivo a los procedimientos, entrega de medicamentos, suministro de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiados por UPC y tampoco que se encuentran excluidos son las principales causas asociadas a las acciones de tutela en salud que se traducen en una vulneración del derecho fundamental a la salud. Es importante mencionar que de las 4 causales enunciadas anteriormente 3 son obligaciones y deberes que están asignadas a las EPS en el marco regulatorio del SGSSS.

Ahora bien, en cuanto a las acciones de tutela en salud relacionadas con el aplicativo MIPRES, se tiene que del total de expedientes de tutelas analizados por el MSPS en el año 2021, el 29.2% son relacionadas con el aplicativo MIPRES, lo cual, es alto teniendo en cuenta que ya existen mecanismos de financiación para que las EPS gestionen de manera adecuada estos recursos para otorgar este tipo de prestaciones a los pacientes que requieran de servicios que no encuentren excluidos ni financiados con UPC.

Causas de Tutelas relacionadas con MIPRES	Nº	% del total
Solicitud de servicios complementarios no financiados con la UPC, ni mediante MIPRES y tampoco excluidos	157	12,3%
Demora en el suministro de los servicios, tecnologías e insumos, prescritos por MIPRES	148	11,5%
Solicitud de servicios cuya prescripción por el médico tratante no se ordenó a través del aplicativo MIPRES.	69	5,4%

En este sentido, las principales fallas de las EPS están relacionadas directamente con las causales de las acciones de tutela, lo cual, es un incumplimiento de la obligación constitucional que tiene el Estado de garantizar el Goce Efectivo del Derecho a la salud, por lo cual, se debe mejorar en la accesibilidad y en la oportunidad de citas con especialistas; y en todo lo relacionado con la entrega oportuna de medicamentos, procedimientos y tecnologías en salud que se encuentran financiadas y se pagan a las EPS de manera ex ante ya sea a través de UPC o de Presupuestos Máximos.

RESPUESTA REQUERIMIENTO SENADOR CIRO RAMIREZ

la asignación y distribución de preguntas realizadas para dar respuesta a dicho requerimiento, nos permitimos hacer entrega del insumo de respuesta de la pregunta No. 3, la cual, fue asignada a la Oficina de Calidad.

En este orden de ideas la pregunta a responder es la siguiente: "*Sírvase indicar la clasificación mundial de nuestro sistema de salud durante los últimos 10 años según los indicadores representativos para el sector*."

Para dar respuesta a lo anterior es necesario indicar que las clasificaciones sobre los sistemas de salud del mundo varían conforme a la unidad de análisis seleccionada de los componentes de un sistema de salud.

En este orden de ideas, y de conformidad con la Organización Mundial de la Salud, los componentes de un Sistema de Salud son los siguientes:

1. Gobernanza, políticas y rectoría;
2. Financiamiento;
3. Recurso Humano;
4. Gestión de Servicios y;
5. Sistemas de Información y Monitorización.

Teniendo en cuenta estos componentes se han realizado diferentes clasificaciones sobre los sistemas de salud en el mundo, lo cual, significa que no hay un ordenamiento o clasificación uniforme, único o general de los sistemas de salud pues cada uno mide uno o dos de los componentes de los sistemas de salud, mas no los mide todos, lo cual imposibilita la existencia de una clasificación general a nivel mundial.

Así las cosas, existen en la actualidad múltiples clasificaciones de los sistemas de salud del mundo dependiendo del componente que sea objeto de análisis y estudio, sin embargo, una de las fuentes de referencia son las mediciones y clasificaciones realizadas por organismos internacionales de los cuales, Colombia es parte como OCDE, Banco Mundial y la OMS, los cuales podrán ser consultados en los siguientes enlaces:

- https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?end=2020&most_recent_year_desc=-false&start=2020& ;
- https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/740f9640-es.pdf?expires=1678738231&id=id&accname=guest&checksum=515F05095A227DC37B9B599EA173F166
- https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240040953

Así las cosas, esperamos haber suministrado la información insumo de respuesta al requerimiento del Senador.

RESPUESTA REQUERIMIENTO SENADORA ANGELICA LOZANO

1. **¿Por qué los resultados de la encuesta del Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS 2022 no están publicados en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social?**

Respuesta:

Los resultados de la encuesta de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, aun no se han publicado oficialmente en su versión final, debido a que se están terminando de efectuar unos ajustes técnicos por parte de la firma consultora encargada de llevar a cabo este proceso correspondiente al año 2022.

Así las cosas, una vez se cuente con la información consolidada y ajustada se procederá a dar publicación de la información en la página web del Ministerio con el objetivo de que sea de consulta pública por parte de la ciudadanía en general.

2. Sírvase entregar los resultados de la encuesta del Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS 2022.

En cuanto a la entrega de los resultados, me permito informar que en la actualidad no es posible hacer entrega de los mismos, pues como se informó en la pregunta anterior, los resultados de la encuesta en la actualidad están siendo objeto de modificaciones y ajustes para proceder posteriormente con su publicación.

VII. CONCLUSIONES

Dentro del periodo de ejecución del contrato el Ministerio de Salud y Protección Social, logró avanzar en las siguientes temáticas:

- Se logró identificar de manera clara cuales son las principales causas del incumplimiento de las ordenes emitidas por la Corte Constitucional en el marco de la Sentencia T-760 de 2008, para lo cual, se generaron nuevas dinámicas de articulación y se generaron propuestas para lograr una cohesión técnica y administrativa de dichas ordenes;

- Se consolidó y se articuló con diferentes dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social lo relacionado con la orden 20, 28 y 30 de la Sentencia T-760 de 2008

- Se consolidaron las respuestas para los miembros del congreso de la republica como entes de control político al Ministerio de Salud y protección Social.