



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Despacho Ministro

**RESPUESTA AUTO REMITIDO CON OFICIO OPTB-200/2009 EL 23 de julio
de 2009. Expediente T-1.281.247
CORTE CONSTITUCIONAL – SALA ESPECIAL DE SEGUIMIENTO –
SEGUIMIENTO A LA DECIMO SEXTA ORDEN DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008
Magistrado Sustanciado: JORGE IVAN PALACIO PALACIO**



INFORME A LA CORTE CONSTITUCIONAL
ESTADO ACTUAL “PRIMER GRUPO DE ÓRDENES”, SEGUIMIENTO ORDEN DECIMO
SEXTA

Sentencia T-760 de 2008

En virtud de lo dispuesto en el Auto de fecha 13 de julio de 2009, remitido mediante oficio número OPTB – 200/2009, del 23 de julio del mismo año recibido en este Ministerio el 23 de julio a las 5:08 p.m. en el cual requiere un “informe o un balance general sobre el estado actual de la “acciones iniciadas por mandato de la Corte Constitucional”, correspondientes al “primer grupo de órdenes” consignadas en el oficio del 10 de diciembre de 2008” y “en los términos indicados en el último inciso de la orden 16, evaluar si hasta el momento las medidas adoptadas en razón de los numerales 17 a 23 son suficientes para hacer frente a las fallas de regulación”:

“ORDEN DECIMO SEXTA.- Ordenar al Ministerio de la Protección Social a la Comisión de Regulación en Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente, (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud.

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

Para dar cumplimiento a esta orden, se adoptarán por lo menos las medidas relacionadas en los numerales décimo séptimo a vigésimo tercero (sic). (subrayado fuera de texto)”

Respecto de la orden décima séptima, el Ministerio de la Protección Social en desarrollo de lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud adelantó de forma gradual distintas acciones que confluyen en la actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS). El primer grupo de acciones son las que permiten conocer tanto la situación actual de salud de la población como la situación actual del POS frente al uso y costos de los servicios de salud, la UPC y sus mecanismos de ajuste de riesgo y la disponibilidad de recursos del sistema, todas ellas son el punto de partida para la actualización del POS. El segundo grupo obedece a las acciones propias de la actualización del POS y ellas son la priorización, el desarrollo de Guías de Atención Integral de las condiciones de salud priorizadas, la evaluación de tecnologías en salud, y la divulgación de la información relacionada con el POS y su actualización. El tercer grupo corresponde a las acciones transversales que son estratégicas para dar cumplimiento a la actualización del POS. A continuación se listan las principales actividades en cada uno de dichos grupos:

Primer grupo de acciones

- a) Diagnóstico del estado de salud de los colombianos a través del análisis de estudios tales como la Encuesta Nacional de Salud 2007, el Estudio de carga de



enfermedad 2005, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005 y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.

- b) Análisis del comportamiento del POS en términos de uso de servicios de salud, que permite identificar la demanda de servicios y los patrones de práctica médica; y costos de los mismos, que permiten precisar el valor a los cuales se reconocen los servicios incluidos en el POS, de los últimos cuatro años.
- c) Estudios de suficiencia de la UPC para financiar el POS y de los actuales mecanismos de ajuste de los riesgos determinantes del gasto de la UPC, de los últimos cuatro años.
- d) Estudios de la disponibilidad de recursos y equilibrio financiero del sistema de salud, para ajustar planes de beneficios y su UPC, con miras a garantizar sostenibilidad financiera del sistema, de los últimos cuatro años.

Segundo grupo de acciones

- a) Priorización de las problemáticas en salud a ser abordadas a través del POS que incluye: 1) La metodologías de priorización de condiciones y tecnologías en salud, que contó con la asesoría de expertos internacionales. 2) La aplicación centrada en una consulta amplia de actores sectoriales y de la población en general, que se encuentra en proceso de implementación.
- b) Desarrollo de Guías de Atención Integral de las condiciones de salud priorizadas, que contempla guías de práctica clínica basadas en evidencia, de evaluación económica, de impacto en la UPC, de pacientes y de seguimiento a la aplicación de las guías. Este desarrollo también incluye: 1) La metodología de realización de las Guías en cada uno de sus cinco componentes, que se encuentra en proceso de construcción. 2) La aplicación en las condiciones de salud priorizadas, con una extensa participación de los actores del sistema y de los usuarios. 3) El estudio y aprobación de las Guías como uno de los métodos para actualizar el POS, por parte de la Comisión de Regulación en Salud.
- c) Evaluación de Tecnologías en Salud que contempla la evaluación clínica basada en la evidencia, la económica y de impacto en la UPC. Este desarrollo al igual que los anteriores implica: 1) La metodología de evaluación de tecnologías en salud, que se encuentra en proceso de construcción. 2) La aplicación en las tecnologías en salud priorizada. 3) El estudio y aprobación de las tecnologías en salud como uno de los métodos para actualizar el POS, por parte de la Comisión de Regulación en Salud.
- d) Desarrollo de campaña de información masiva a la ciudadanía de sus deberes y derechos, en especial sobre servicios incluidos en planes de beneficios.

Tercer grupo de acciones

- a) Apoyo de expertos nacionales en aspectos técnicos, jurídicos, económicos y operativos, a través de 10 consultores especializados del Centro de Gestión Hospitalaria.



- b) Apoyo de expertos internacionales en priorización, metodologías de elaboración de guías y evaluación económica, mecanismos de apelación y de participación ciudadana, a través de un convenio de cooperación con el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE).

Como se evidencia el proceso de actualización del POS es complejo e incluye diferentes aspectos de tipo técnico, económico, financiero y legal, que han sido abordados a través de las diferentes acciones realizadas por el Ministerio de la Protección Social. Por lo que se requiere de un proceso gradual que garantice que la actualización del POS se dirige a solucionar las problemáticas en salud más relevantes de los colombianos, en términos de la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la mayor ocurrencia, el impacto en la discapacidad, las preferencias de los usuarios, la calidad de los servicios de salud, entre otras. De tal forma que la actualización del POS obedezca a las necesidades reales de la población que impactan en su estado de salud.

Al revisar las experiencias de actualización de los planes de beneficios que han realizado otros países como Holanda, Francia, Chile, Israel y Alemania, se evidencia que los procesos de ajuste de los planes de beneficios son procesos largos y complejos, por lo que han tomado varios años sin que se llegue a un punto final del proceso sino que más bien es un proceso continuo.

Colombia no ajena a esta realidad inició este proceso hace cinco años atrás con el primer grupo de acciones tendientes a conocer la situación de salud de los colombianos y la prestación de los servicios de salud con todas sus complejidades y es así como inicia la realización de una serie de estudios, que en la actualidad son el insumo para poder adelantar la actualización del POS. Sin embargo, no esperó tener estos resultados y actualizó el POS a través de los dos mecanismos previstos, es decir: 1) A través de las Guías de Atención Integral como fueron todas las Guías de promoción y prevención adoptadas a través de la Resolución 412 de 2000 y las Guías de Atención Integral en Enfermedad Renal, VIH, Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. 2) De forma concomitante, a través de la evaluación de tecnologías en salud como es el caso de la mallas de herniorrafia, colecistectomía laparoscópica, los anticonceptivos, stent coronario, entre otros.

Mecanismos de actualización del pos

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud consideró importante que el POS conservara su estructura actual de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos y fuera complementado con la atención integral de enfermedades, a través de “la adopción de Guías de Atención Integral para las principales enfermedades en razón del perfil de morbimortalidad y del costo efectividad de sus tratamientos, las cuales deben contener sin excepción actividades de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica”¹, tal como estaba previsto el POS desde el inicio del Sistema.

¹ Resolución 5261 de 1994 “Por la cual se establece el Manual de Actividades , Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”



En desarrollo de lo anterior, el Ministerio de la Protección Social ha venido desarrollando los dos mecanismos de actualización del POS, previa priorización de las condiciones de salud, así:

- a) Priorización de las problemáticas en salud a ser abordadas a través del POS que requiere para su aplicación consultar los Estudios más relevantes de Diagnóstico del estado de salud de los colombianos realizados a la fecha: la Encuesta Nacional de Salud 2007, el Estudio de carga de enfermedad 2005, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y los registros de atención en salud de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia POS – UPC realizados por el Ministerio de la Protección Social.
- b) Desarrollo de Guías de Atención Integral de las condiciones de salud priorizadas que consulta la información científica disponible en el mundo tanto clínica, como económica y financiera; el análisis del comportamiento del POS en términos de uso y costo de los servicios de salud por condición de salud priorizada; la suficiencia de la UPC y de sus mecanismos de ajuste del riesgo; y la disponibilidad de recursos y equilibrio financiero del sistema de salud.
- c) Evaluación de Tecnologías en Salud revisa también la información científica disponible en el mundo tanto clínica, como económica y financiera; el análisis del comportamiento del POS en términos de uso y costo de los servicios de salud; la suficiencia de la UPC y de sus mecanismos de ajuste del riesgo; y la disponibilidad de recursos y equilibrio financiero del sistema de salud.

En consecuencia, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (Ahora CRES) y el Ministerio de la Protección Social estudiaron diferentes alternativas de garantizar un plan de beneficios que responda a las necesidades en salud, a través de un conjunto de procedimientos costo-efectivos organizado de forma individual o por patologías, proveídos en instituciones de calidad, con los recursos disponibles. El resultado final de la primera fase fue el “Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos - Actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud” elaborado por este Ministerio y entregado a la Comisión de Regulación en Salud. Este documento plantea las limitantes en las recomendaciones técnicas y los pasos a seguir para superarlas.

Respecto de la orden décima octava este Ministerio considera que durante el año 2009 el cumplimiento de la orden décima séptima corresponde a la actualización anual de los Planes Obligatorios de Salud.

Respecto de la orden décima novena, este Ministerio se permite insistir en que interpretar de los contenidos de la Orden ya mencionada, la necesidad de solicitar información distinta a la que reposa en el Sistema, toda vez que para este Ministerio, estas actividades serían redundantes, ya que el Sistema General de Seguridad Social en Salud cuenta entre sus bases de datos con la Base de Datos de Recobros que ha sido construida a través de los años con la información generada y remitida por las EPS y validada por el Ministerio. Por lo anterior, el Ministerio considera que la información reportada por las EPS sobre las negaciones de servicios no es oportuna ni suficiente para tomar decisiones de regulación.



No obstante lo anterior y en cumplimiento de los nuevos requerimientos hechos por la Corte Constitucional en los Autos comunicados el pasado 23 de julio al Ministerio, la Resolución contentiva de las instrucciones pertinentes para que las EPS preparen los informes trimestrales acorde con los requerimientos de la Corte se expedirá en el tiempo definido por la Corte y en el mes de noviembre se rendirá el informe respectivo.

Respecto de la orden vigésima, este Ministerio considera que la información arrojada por la Base de Datos del Sistema de Seguridad Social en Salud es la principal herramienta para la toma de decisiones en tanto regulación del sistema. De hecho fue con base en la información arrojada por la Base de Datos, que, valga la pena recordar, ha sido construida a través de los años a partir de la información reportada por las entidades recobrantes, que se elevó solicitud a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos incluir en la modalidad de libertad regulada algunos medicamentos que mayor impacto tienen en los recobros al Fosyga. Así mismo, el análisis de los datos arrojados por la Base de Datos del Sistema, se tomaron en cuenta en la redacción del borrador de Resolución enviado a la Corte Constitucional el pasado 30 de julio mediante el cual se implementaría un sistema de pago previo a la auditoría con un mecanismo de compensación posterior por las entidades recobrantes. Por último, las consultas y estadísticas arrojadas por la Base de Datos en mención han sido el soporte para la elaboración de los estudios previos llevados a cabo a fin de definir el Coordinador Único Nacional del No Pos y su mecanismo de operación.

De otra parte, y tal como se informó en la respuesta a la Orden Vigésima de la Sentencia T-760 de 2008 y en la respuesta a los nuevos requerimientos de la Corte consignados en los Autos de fecha 13 de julio y remitidos al Ministerio el 23 del mismo mes, con la expedición del Decreto 4747 de 2007 se hizo frente a una posible falla de regulación del sistema en tanto en cuanto, es a través de su implementación que se gestionan los formatos y procedimientos con los cuales cada una de las Instituciones Prestadoras de Salud, informará a cada una de las entidades de aseguramiento, régimen contributivo y régimen subsidiado, de la solicitud de procedimientos y tratamientos de urgencia; solicitará autorización para aquellos tratamientos no urgentes que la requieran y las entidades de aseguramiento aprobarán o improbarán la prestación del servicio, en el segundo caso, explicando el por qué; asegurando así que la información sobre la negación de servicios de salud esté disponible para los actores del Sistema en forma organizada y sistemática de manera tal que sea posible contar con una fuente adicional de información aparte de la base de datos de recobros.

Respecto de la orden vigésimo primera el Ministerio de la Protección Social ha desarrollado los puntos metodológicos solicitados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En virtud de lo anterior, el MPS ha avanzado en los estudios financieros y de operación que permitirán cumplir con este mandato.

Respecto de la orden vigésimo segunda el Ministerio de la Protección Social ha continuado con el desarrollo de los modelos de equilibrio financiero general que permitirán estimar el nivel en el cual es posible igualar el valor de las UPC de los dos regímenes.

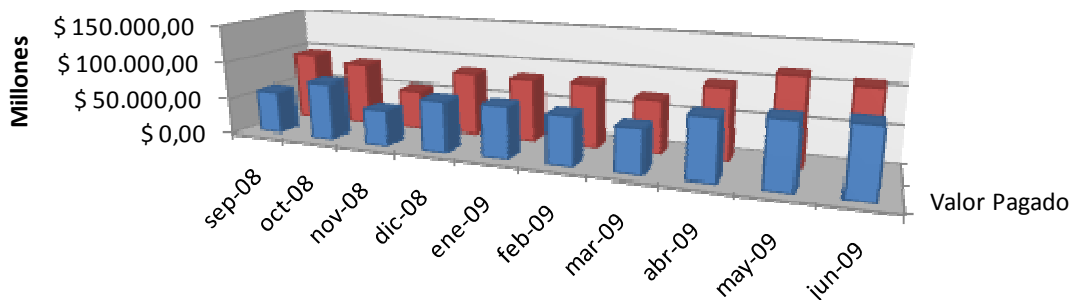
Por último, respecto de la orden vigésimo tercera, tal y como lo informó el Ministerio en su oportunidad, con la expedición de la Resolución 3099 de 2008 y sus modificatorias que fueron redactadas con la participación de los actores del sector, se

reglamentaron “los Comités Técnico-Científicos y se estableció el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”.

Tal y como este Ministerio lo informó a la Corte en informe presentado el 30 de julio como respuesta al Auto remitido con oficio OPTB – 230/2009, este Ministerio no considera que toda negación de servicios constituya de por sí una violación al goce efectivo del derecho a la salud o un obstáculo que impida a las personas el acceso a la salud al cual tiene derecho en virtud de la normatividad vigente, tampoco que las negaciones de servicios sean consecuencia de fallas de regulación en el sistema, pues hay negaciones que se ajustan a la normatividad vigente y a la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional (por ejemplo, servicios estéticos)

Ahora bien, tal y como ya se afirmó en el informe en mención, los mayores valores radicados y pagados por concepto de recobros por servicios No Pos, con posterioridad a la expedición de la Resolución 3099 de 2008 y sus modificatorios y de la Sentencia T-760 del mismo año, así como la información provista por los entes territoriales, indicarían que, en efecto se ha desincentivado la negación de servicios de salud, en los términos planteados por la Corte, no incluidos en el Plan de Beneficios como se observa en la gráfica, posterior a la entrada la Sentencia T-760 y las normas de allí derivadas, la presentación de recobros por concepto de Comité Técnico Científico tuvo una radicación en los últimos cuatro meses del año 2008 por un valor de \$318.412 millones con un valor aprobado de \$248.859 millones, que representa el 78.16% de aprobación y la radicación del primer semestre de 2009 fue de un valor de \$554.527 millones con un valor aprobado de \$437.214 millones, que representa el 78.84% de aprobación.

Reconocimiento de recobros por concepto de Comité Técnicos Científico



	sep-08	oct-08	nov-08	dic-08	ene-09	feb-09	mar-09	abr-09	may-09	jun-09
■ Valor Pagado	\$ 68.188.	\$ 63.724.	\$ 56.498.	\$ 78.518.	\$ 83.787.	\$ 86.496.	\$ 58.293.	\$ 76.026.	\$ 46.759.	\$ 67.779.
■ Valor Presentado	\$ 82.437.	\$ 84.136.	\$ 71.143.	\$ 94.137.	\$ 114.518	\$ 108.153	\$ 94.868.	\$ 85.068.	\$ 54.017.	\$ 84.458.

Unidades en Millones
 Fuente: Base de Datos Recobros Consorcio FIDUFOSYGA-2005

Así mismo, posterior a la entrada la Sentencia T-760 y las normas de allí derivadas, la presentación de recobros por concepto de fallos de tutelas tuvo una radicación en los últimos cuatro meses del año 2008 por valor de \$536.292 millones con un valor aprobado de \$280.296 millones, que representa el 52.27% de aprobación.



La radicación del primer semestre de 2009 fue por un valor de \$566.753 millones con un valor aprobado de \$346.579 millones, que representa el 61.15% de aprobación.

Así las cosas, el porcentaje de aprobación en promedio de los recobros por concepto de fallo de tutela ha tenido un crecimiento del 9%.

Así las cosas, podemos determinar que la radicación de recobros por concepto de Comité Técnico Científico ha venido creciendo en más de un 74.15% en promedio debido a la extensión de funciones dadas al Comité Técnico Científico por la Sentencia T-760, de igual forma y a pesar del crecimiento exponencial de radicación se tiene un crecimiento del 0.68% de aprobación en promedio gracias al reconocimiento de los Medicamentos denominados de MARCA.

Atendiendo a lo definido mediante Auto remitido con oficio OPTB-230/2009:

Identificación del Problema.-

- Considera la Corte Constitucional que hay fallas en la regulación de la prestación y reconocimiento de los servicios Pos y No Pos

Respuestas adoptadas por la Entidad:

- Estudios técnicos relacionados con la respuesta a la orden 17 mediante la construcción del “Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos - Actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud”. Este documento sirvió de sustento técnico para las decisiones adoptadas por la Comisión de Regulación en Salud
- Estudios financieros y de operación relacionados con la unificación del Plan Obligatorio de Salud de niñas y niños
- Estudios financieros relacionados con la construcción del modelo de equilibrio general que permita determinar el valor de UPC sostenible para el POS unificado.
- Expedición de la Resolución 3099 de 2008 y sus modificatorias para agilizar el trámite de auditoría y pago de recobros.
- Implementación del Decreto 4747 de 2007 y de sus Resoluciones.
- Canal electrónico mediante el cual los usuarios informarán sobre las negaciones de servicios.
- Elaboración de un Borrador de Resolución para discusión con los actores del Sistema a fin de implementar un pago previo a la Auditoría así como un mecanismo de conciliación posterior
- Solicitud y soportes para la definición de un régimen de libertad regulada para algunos medicamentos de alto impacto para el sistema.

Razones que llevan a concluir que las respuestas atienden o no eficaz y efectivamente el problema.-

- Es aún muy prematuro para plantear una respuesta a esta pregunta en el marco del cumplimiento de la orden 17.



- Valores recobrados y pagados por el Fosyga en virtud de la normatividad expedida como consecuencia de las Sentencias C-463 y T-760 de 2008.
- Posibilidad de autorización de procedimientos No Pos a través de Comité Técnico Científicos.
- El Decreto 4747/07 y sus resoluciones brindan información técnica proveniente de las EPS e IPS, más completa y detallada en la cual se explica las razones de la negación del servicio lo que permitirá adelantar análisis y estudios más completos.

Valoración del progreso y los resultados de la implementación de la respuesta.-

- Los planteamientos contenidos en el Acuerdo 03 de la Comisión de Regulación en Salud representan un importante avance en la actualización y precisión de los contenidos del POS.
- El Ministerio de la Protección Social reconoce que la igualación de los contenidos del POS sin que se unifiquen los mecanismos de operación de los dos regímenes no conduce a una verdadera unificación del POS ni logra la superación de una de las principales fallas en la regulación del sistema.
- En materia de recobros, la base de datos de recobros es una herramienta idónea para soportar las decisiones de regulación para el Sistema.
- El Decreto 4747/07 es una de las herramientas más relevantes a través de la cual se identifiquen los criterios y detalles de la negativa de la prestación de servicios y se podrá evaluar en el momento en que entre en plena operación

Principales dificultades que persisten, sus causas y las alternativas para enfrentarlas:

- Sobre la orden 17 es importante anotar algunas de las principales dificultades:
 - El POS está siendo actualizado por instituciones no técnicas que solicitan inclusiones sin estudios epidemiológicos o actuariales, como es el caso de algunas leyes aprobadas en el Congreso de la República o algunos fallos de tutela
 - No es posible incluir la última tecnología disponible en el POS, aún cuando algunos actores demanden la utilización de estos elementos. La actualización debe hacerse con base en tecnología media disponible en el país y financiable con las fuentes definidas por la ley. Dado que algunos servicios quedarán por fuera del POS es necesario realizar procesos de comunicación a la ciudadanía y demás actores evidenciando las razones para la priorización.
 - La actualización sistemática y permanente del POS no reducirá los recobros.
- Respecto de los recobros, subsiste resistencia de algunas EPS a actualizar conjuntamente con el Ministerio la trazabilidad de la base de datos así como de bajar de sus estados financieros recobros ya cancelados. Para hacer frente a esta dificultad el Ministerio y Acemi acordaron la actualizar semestral de la base de datos, la primera actualización será entregada por las EPS el 31 de agosto de 2009.
- El alistamiento, desarrollo e implementación por parte de las IPS del software y la interconexión en línea que implica el desarrollo del Decreto 4747/07.



- Sobre la orden 21 es importante anotar algunas de las principales dificultades:
 - Para lograr una verdadera unificación del POS y lograr superar una de las principales fallas de regulación en el sistema es necesario armonizar la operación de los dos regímenes
 - Para la igualación de las UPC, el SGSSS no cuenta con recursos adicionales disponibles. Por este motivo, se usarán fuentes que pueden no ser permanentes,
 - La unificación del POS de niñas y niños no disminuirá el valor que se tiene que pagar con concepto de de recobros; es decir se mantendría la presión sobre la subcuenta.
- Sobre la orden 22 es importante anotar algunas de las principales dificultades:
 - El POS unificado a nivel del POS-C no es financiable con las fuentes actuales del sistema
 - Dado que ambos regímenes contarán con el mismo POS y en tan solo hay contribuciones esto incentivará la evasión y la elusión de los afiliados.
 - El POS unificado no reducirá el número de recobros.
- Puede subsistir un exceso de acciones de tutela y de solicitudes al Comité Técnico Científico, incluso cuando son negadas, por cuenta de requerimientos de servicios de salud improcedentes o innecesarios que no se logra impedir en tanto la rama admita acciones de tutela para la obtención de beneficios y atenciones por fuera del Plan de Beneficios.