

**REPUBLICA DE COLOMBIA**



**CORTE CONSTITUCIONAL**

Sala Especial de Seguimiento

**AUTO 064 DE 2012**

**Referencia:** Seguimiento a las órdenes décimo séptima y décimo octava de la sentencia T-760 de 2008.

**Magistrado Sustanciador:**  
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

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

La Sala Especial de la Corte Constitucional, conformada para efectuar el seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, integrada por los magistrados Mauricio González Cuervo, Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y Jorge Iván Palacio Palacio, quien la preside, en ejercicio de las competencias otorgadas por la Sala Plena en sesión del 1° de abril de 2009 y con fundamento en el artículo 86 de la Constitución Política, así como en el artículo 27 del Decreto 2591 de 1991, procede a dictar el presente Auto, con base en los siguientes

**ANTECEDENTES:**

1. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación adoptó una serie de decisiones dirigidas a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de que se adoptaran las medidas necesarias para corregir las fallas de regulación identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados en dicha providencia.
2. Del estudio de tales asuntos, se infirieron unos problemas generales en los que fueron contextualizadas, identificadas y concretadas las fallas que dieron origen al conjunto de mandatos de naturaleza o tendencia correctiva. Particularmente, con miras a garantizar que los planes de beneficios realmente atiendan las necesidades de salud de las personas y cubran las prioridades de salud, la Corte consideró necesario que los mismos fueran actualizados de manera integral y evolucionaran periódicamente de conformidad con los criterios señalados por la ley y la

jurisprudencia constitucional, razón por la cual estableció en los numerales décimo séptimo y décimo octavo de la citada sentencia, lo siguiente:

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

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

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

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

**Décimo octavo.- Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud la actualización de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley. La Comisión presentará un informe anual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación indicando, para el respectivo período, (i) qué se incluyó, (ii) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, (iii) cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad, y (iv) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, de salud pública y de sostenibilidad financiera.**

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

3. Dentro del proceso de seguimiento de la primera de las órdenes transcritas y ante la inobservancia de la primera fecha de cumplimiento, esta Sala profirió el auto de seguimiento del 13 de julio de 2009, en el que requirió que se indicara cuáles habían sido las estrategias específicas adoptadas para cumplir la décimo séptima orden de la sentencia T-760 de 2008 y aclaró a la Comisión de Regulación en Salud que el segundo término contenido en dicho mandato tenía el carácter de perentorio.

En atención a dicho requerimiento, la Comisión de Regulación en Salud radicó informe de cumplimiento el 31 de julio de 2009, con el que fue anexado el documento “Informe a la Comisión de Regulación en Salud – CRES, Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos, Actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud”, en el que se explica la metodología propuesta por el Ministerio de la Protección Social para el ajuste y actualización del POS.

4. Más adelante, el 17 de marzo de 2010, el Ministerio de la Protección Social presentó un informe general de cumplimiento de las distintas órdenes impartidas, en el que afirmó que los numerales 17 y 18 se encontraban cumplidos a través de la expedición de los Acuerdos 003 y 008 de 2009.

5. Posteriormente, dentro del proceso de seguimiento a estos dos mandatos fue proferido el Auto 105 del 25 de junio de 2010, en el que, entre otras disposiciones, se requirió de la Comisión de Regulación en Salud informar ¿cuáles fueron los

antecedentes y demás criterios en que se basó para la expedición de los acuerdos citados en el numeral anterior? Además, se dispuso correr traslado a la CRES, a la Defensoría del Pueblo, a la Procuraduría General de la Nación y a la Superintendencia Nacional de Salud del documento cursado por la Mesa Nacional de Cáncer, el 24 de agosto de 2009, en el que fueron expuestas algunas inquietudes e inconvenientes evidenciados en la convocatoria realizada por el Ministerio de la Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud en el marco de la reunión *“Preguntas para la consulta participativa ciudadana y criterios de inclusión y exclusión para el POS”*.

5.1. La Defensoría del Pueblo dio respuesta al citado auto mediante escrito del 22 de junio de 2010, en el que afirmó que la consulta ciudadana no fue representativa, como quiera que no se convocó con la suficiente anterioridad y que el único medio que se adoptó (página web) no era accesible a toda la población. También informó que en el ejercicio de la participación ciudadana la CRES no mostró la respectiva ficha técnica, sugiriendo que se trató de un ejercicio estadístico no probabilístico y consideró que la representatividad debe ampliarse para que las posteriores revisiones del POS cobren legitimidad social. En cuanto a la metodología e instrumentos utilizados, advirtió que las preguntas realizadas fueron cerradas y con pocas opciones para responder (SI o NO), lo que impidió un mayor discernimiento por parte de los asistentes.

5.2. Por su parte, la Procuraduría General de la Nación dio respuesta al auto 105 de 2010 en el documento radicado el 25 de junio de 2010, afirmando que en la convocatoria a la consulta ciudadana denominada *“Preguntas para la consulta participativa ciudadana y criterios de inclusión y exclusión para el POS”* se incurrió en un problema procedimental, pero anotó que el documento presentado por la Mesa Nacional de Cáncer no contiene suficientes elementos de juicio para realizar las declaraciones pertinentes, razón por la cual ofició al Ministerio para que informara si la convocatoria abierta se llevó a cabo con una amplia divulgación y publicidad de la información y sus contenidos, que involucrara a todos los actores garantizando la participación democrática de las entidades y los usuarios. Igualmente, le requirió al Ministerio que se manifestara frente a las inquietudes presentadas por la Mesa Nacional de Cáncer.

5.3. A su turno, el 29 de junio de 2010, la CRES allegó una vez más<sup>1</sup> el informe que le fue remitido por el Ministerio de la Protección Social, denominado *“Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos - Actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud”*, así como el estudio matriz de revisión del Acuerdo 003, desarrollado por la

---

<sup>1</sup> Inicialmente fue allegado como anexo del documento cursado el 31 de julio de 2009.

Universidad Nacional, *“PROYECTO DE CONSULTORIA Y ASISTENCIA TECNICA CON LA COMISION DE REGULACION EN SALUD – CRES”*.

En cuanto a la problemática denunciada en el proceso de participación ciudadana, la CRES indicó lo siguiente: (i) justificó las deficiencias en el hecho de haberse conformado la Comisión sólo hasta el mes de julio de 2009, razón por la cual se dio inicio al proceso de actualización del POS con los insumos elaborados por el MPS, uno de los cuales era: *“Preguntas para la consulta participativa ciudadana y criterios de inclusión y exclusión para el POS”*, (ii) afirmó estar adelantando un concurso público de méritos que tiene por objeto desarrollar la metodología y los estudios necesarios para la actualización del Plan Obligatorio en sus aspectos generales y contenidos de los regímenes contributivo y subsidiado, garantizando la participación amplia de los actores del SGSSS y la ciudadanía en general, (iii) dijo que se encontraba elaborando el proyecto de Participación Ciudadana con el que se pretende establecer un mecanismo de información, capacitación y participación ciudadana en el proceso de construcción de decisiones de la CRES, en el que participen de manera legítima las distintas modalidades de organización de la sociedad civil y, (iv) expuso tener como prioridad corregir las inquietudes manifestadas por los participantes de la Mesa Nacional de Cáncer y estar utilizando los resultados de la consulta por Internet como un insumo y no como única fuente de información.

6. Siguiendo con el estudio de este mandato, el 28 de septiembre de 2010 fue expedido el Auto 317, en el que se formularon interrogantes a las Universidades, Grupos de Investigación Especializados y Grupos de Seguimiento respecto de las diferentes disposiciones generales impartidas en la sentencia T-760 de 2008 y, particularmente, respecto de las órdenes 17 y 18, se indagó sobre la correcta actualización del POS. A estas inquietudes dieron respuesta las siguientes entidades: la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –ACEMI–, la Universidad de los Andes, la Universidad de la Sabana, la EPS-I MALLAMAS, y la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social –CSR–.

7. Luego, el 27 de mayo de 2011, la Sala Especial de Seguimiento profirió el Auto 110, en el que citó a audiencia pública de rendición de cuentas a los órganos responsables de la regulación y control de la política pública en salud, para el cumplimiento de las órdenes generales 16, 17, 18, 21 y 22, la que se celebró el 7 de julio de 2011.

8. En cumplimiento de las órdenes 17 y 18, mediante escritos radicados el 13 de junio, 22 de julio y 3 de agosto de 2011, la CRES remitió el documento denominado *“METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE*

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”, los informes de cada una de las 32 evaluaciones de tecnologías realizadas por su Unidad Administrativa en el año 2010 en el marco del contrato suscrito con la Universidad Nacional de Colombia y el informe de avance del proyecto de participación ciudadana, respectivamente.

9. Posteriormente, atendiendo los compromisos adquiridos en la mencionada Audiencia Pública de rendición de cuentas, así como las obligaciones que se desprenden de la orden 17 y de la legislación vigente, esta Sala expidió el Auto 226 del 21 de octubre de 2011, en el cual se determinaron los parámetros mínimos que debían ser observados para llevar a cabo la actualización integral del POS.

10. En ocasión a la proximidad de la actualización del POS, el 29 de noviembre de 2011, el ciudadano Jairo Hernán Ternera Pulido allegó copia de la carta radicada en la CRES, mediante la cual se hace un exhaustivo análisis del proyecto de articulado del Nuevo POS, advirtiendo que el mismo es regresivo.

11. El 12 de diciembre de 2011, en cumplimiento al Auto 226 y a lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, la CRES radicó escrito en el que comunicó la expedición del Acuerdo 028 del 30 de noviembre de 2011<sup>2</sup>, cuya copia anexó, acompañada de los informes de participación ciudadana y de los resultados de la consulta ciudadana.

12. Finalmente, el 11 de enero de 2012, la Comisión de Regulación en Salud informó sobre la expedición del Acuerdo 029 del 28 de diciembre del mismo año<sup>3</sup>, anexando copia del mismo, así como los documentos denominados “Aclaraciones, inclusiones y supresiones al Acuerdo 28” e “Inclusiones y supresiones Plan Obligatorio de Salud 2012”.

### **CONSIDERACIONES:**

1. En la sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional enfatizó en la importancia que reviste el proceso de actualización del POS para el goce efectivo del derecho a la salud, debido a que la no actualización de estos planes de beneficios genera incertidumbre acerca de sus contenidos, además de mantener excluidos algunos servicios de salud que en la actualidad resultan ser necesarios para gran parte de la población colombiana.

Al respecto, la Corte indicó lo siguiente:

---

<sup>2</sup> “Por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud”.

<sup>3</sup> “Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud”.

*“Si bien en la jurisprudencia de la Corte Constitucional se han adoptado los criterios descritos para resolver las dudas que suscita el contenido del POS, lo anterior muestra la imperiosa necesidad de que se determine, en definitiva, qué servicios de salud se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y qué servicios no lo están. Lo anterior teniendo en cuenta que la definición de los planes de beneficios es competencia del regulador sin perjuicio de la procedencia de la acción de tutela en los casos en los que existe amenaza o vulneración del derecho a la salud.*

*Además de la importancia de la definición clara de los contenidos de los planes de beneficios para efectos de la protección del derecho a la salud de los usuarios, este aspecto es esencial para aclarar el ámbito de financiación de la UPC y los casos en los cuales procede el recobro ante el Fosyga, ya que estos recursos sólo están previstos para los casos en los cuales el servicio no se encuentra en el POS y la persona carece de recursos propios para sufragarlo.<sup>4</sup> Así pues, la incertidumbre con relación a los contenidos del plan obligatorio de servicios de salud afecta gravemente el derecho a la salud de las personas, no sólo por cuánto impone barreras en el trámite para acceder a los servicios, sino también porque impide adoptar las medidas adecuadas y necesarias para asegurar la financiación de éstos con miras a asegurar el goce efectivo del derecho a la salud.”<sup>5</sup>*

En virtud de tales consideraciones, fueron impartidas, entre otras, las órdenes a que se contrae esta providencia.

2. Así, teniendo en cuenta que recientemente fueron proferidos los Acuerdos a través de los cuales se llevó a cabo la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud y en aras de verificar el cumplimiento de las órdenes impartidas en los numerales décimo séptimo y décimo octavo de la parte resolutive de la sentencia T-760 de 2008, considera la Sala necesario requerir a la CRES para que acredite haber acatado lo dispuesto por la Corte en dichos mandatos.

2.1. Sea lo primero recordar que una de las exigencias para cumplir con la actualización integral del POS, consiste en garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud, de conformidad con las normas que rigen el sistema y en subsidio, con las normas generales que rigen la adopción de decisiones de alcance general en materia

---

<sup>4</sup> Algunas decisiones en las cuales se consideró que la EPS no podía repetir contra el FOSYGA por aquello que si se encontraba incluido en el POS: T-750 de 2004 (MP Rodrigo Uprimny Yepes), Sentencia T-859 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett); T-860 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett); T- 112 de 2005 (MP Jaime Araujo Rentería), T-1278 de 2005 (Humberto Sierra Porto), T-078 de 2005 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra).

<sup>5</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008.

administrativa.

Atendiendo a esto, deberá la CRES informar:

2.1.1. ¿De qué manera garantizó la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios?

2.1.2. ¿Qué mecanismos fueron utilizados para tal fin? Acredite la implementación de dichos mecanismos.

2.1.3. ¿Quiénes intervinieron en las diferentes sesiones que se hayan adelantado en virtud de dicha participación?

2.1.4. ¿Qué solicitudes fueron presentadas por los intervinientes?

2.1.5. ¿Qué no se incluyó, suprimió y/o excluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios? Indique las razones que se tuvieron para ello.

2.2. Ahora bien, teniendo en cuenta que la Comisión de Regulación en Salud debió haber valorado los criterios de ley y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, se le requerirá para que acredite haber tenido en cuenta, al momento de actualizar el POS, por lo menos los siguientes criterios legales: i) los cambios en la estructura demográfica de la población a 2011, ii) los cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población a 2011, iii) la tecnología apropiada disponible en el país a 2011, iv) la disponibilidad de recursos en el sistema y equilibrio financiero a 2011, y v) los medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios a 2011.

2.3. Aunado a lo anterior, la Comisión habrá de responder y soportar debidamente:

2.3.1. ¿Cuáles son los servicios que no se encuentran comprendidos en los planes de beneficios pero que van a ser incluidos gradualmente? Indique ¿cuáles son las metas para tal ampliación, así como las fechas en las que serán cumplidas?

2.3.2. ¿Qué servicios fueron incluidos, suprimidos y excluidos de los planes obligatorios de salud? Indique ¿cuáles fueron las razones médicas, de salud pública y sostenibilidad financiera que soportaron dichas decisiones de incluir, suprimir y excluir cada servicio de salud?

2.4. Finalmente, la CRES deberá acreditar que con la reglamentación expedida en virtud de la actualización del POS, se garantiza el respeto al principio de integralidad en función de los servicios de salud ordenados y de la atención requerida para las patologías aseguradas.



En mérito de lo expuesto, la Sala Especial de Seguimiento,

**RESUELVE:**

**PRIMERO. REQUERIR** a la Comisión de Regulación en Salud, para que en el término de diez (10) días, contados a partir del recibo de la respectiva comunicación de notificación, dé respuesta a los siguientes interrogantes:

1. ¿De qué manera garantizó la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios?
2. ¿Qué mecanismos fueron utilizados para tal fin? Acredite la implementación de dichos mecanismos.
3. ¿Quiénes intervinieron en las diferentes sesiones que se hayan adelantado en virtud de dicha participación?
4. ¿Qué solicitudes fueron presentadas por la comunidad médica y los usuarios del sistema en torno a la actualización del POS?
5. ¿Qué no se incluyó, suprimió y/o excluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios? Indique las razones que se tuvieron para ello.
6. Al momento de llevar a cabo la actualización del Plan Obligatorio de Salud, ¿tuvo en cuenta los siguientes criterios legales: i) los cambios en la estructura demográfica de la población a 2011, ii) los cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población a 2011, iii) la tecnología apropiada disponible en el país a 2011, iv) la disponibilidad de recursos en el sistema y equilibrio financiero a 2011, y v) los medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios a 2011? En caso afirmativo, acredite haber valorado tales criterios y allegue los estudios tenidos en cuenta para este efecto. En caso negativo, justifique tal omisión.
7. ¿Cuáles son los servicios que no se encuentran comprendidos en los planes de beneficios pero que van a ser incluidos gradualmente? Indique ¿cuáles son las metas para tal ampliación, así como las fechas en las que serán cumplidas?
8. ¿Qué servicios fueron incluidos, suprimidos y excluidos de los planes obligatorios de salud? Indique ¿Cuáles fueron las razones médicas, de salud pública y sostenibilidad financiera que soportaron dichas decisiones de incluir, suprimir y excluir cada servicio de salud?

9. ¿De qué manera garantizó el respeto al principio de integralidad en función de los servicios de salud ordenados y de la atención requerida para las patologías aseguradas? Soporte en debida forma su respuesta. En caso de no haber cumplido con esto, justifique tal omisión.

**SEGUNDO.** A través de la Secretaría General de esta Corporación, expídase el correspondiente oficio a la Comisión de Regulación en Salud y remítase copia de este proveído.

Comuníquese, notifíquese y cúmplase.

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO  
Magistrado

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO  
Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO  
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ  
Secretaria General