

REPUBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL
Sala Especial de Seguimiento

AUTO N° 105 DE 2010

Referencia: Sentencia T-760 de 2008.

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., ocho (8) de junio de dos mil diez (2010).

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

CONSIDERACIONES:

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

“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.”

3. Asimismo, en el numeral décimo octavo de la sentencia T-760 de 2008, se estableció:

*“**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.”

4. Dentro del proceso de seguimiento de la primera de las órdenes transcritas y atendiendo el requerimiento hecho mediante auto del 13 de julio de 2009, la Comisión de Regulación en Salud radicó informe de cumplimiento, el 31 del mismo mes, con el que se anexa 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”*. Éste explica cuál es la metodología propuesta por el Ministerio de la Protección Social para el ajuste y actualización del POS. Sin embargo, se hace necesario concretar si dicha metodología ha sido la aplicada por la Comisión de Regulación en Salud y por lo tanto, si se tuvo como referencia los antecedentes y estudios referidos por el Ministerio, entre otros aspectos.

5. De igual manera, esta Corporación considera importante aclarar las condiciones que regirán el cumplimiento de la orden 18, ya que dicha información no determina cuál va a ser la metodología a seguir para alcanzar la actualización periódica de los planes de beneficios por parte de la Comisión de Regulación en Salud. Por esta razón, se requerirá a dicho órgano, para que responda y soporte debida y suficientemente:

5.1. ¿Cuáles fueron los antecedentes y demás criterios en que se basó la Comisión para la expedición de sus Acuerdos 003, 008 y 014?

5.2. ¿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 la ampliación y las fechas en las que serán cumplidas.

5.3. ¿Qué servicios fueron suprimidos de los planes de beneficios? Indique las razones

específicas por las cuales se tomó dicha decisión.

5.4. ¿De qué manera ha servido la homologación del MAPIPOS a los CUPS para la claridad y asequibilidad de los usuarios y la comunidad en general a los contenidos de los POS y superar lo que se ha denominado como “zona gris” del POS?

5.5. ¿Cuál va a ser la metodología, así como los criterios y estudios en que se basará para cumplir con el ajuste y actualización periódicos de los POS? Explique detalladamente las razones por las que acoge o no la metodología propuesta por el Ministerio de Protección Social.

5.6. ¿Cuáles fueron los mecanismos adoptados para garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud en la actualización que a la fecha se ha hecho de los planes de beneficios? acredite en debida forma la implementación de dichos mecanismos.

5.7. ¿Cuál fue la influencia real de dicha participación sobre la actualización de los POS?

5.8. ¿Cuál va a ser la estrategia a emplear para garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud en la actualización periódica de los POS?

5.9. ¿Han sido suficientemente efectivas y eficaces las medidas adoptadas en razón a los numerales 17 y 18? Indique la justificación de su consideración al respecto.

6. Sumado a lo anterior, en aras de avanzar en el seguimiento de la orden 18, la Corte considera importante requerir a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo para que indiquen si la Comisión de Regulación en Salud ha cumplido con el deber de rendir el informe anual a que está obligada conforme a la citada orden y, en caso afirmativo, cuáles han sido las evaluaciones o estudios efectuados sobre los mismos.

Adicionalmente, las citadas entidades deberán informar qué seguimiento y estudios han adelantado sobre las actuaciones adelantadas por la Comisión de Regulación en Salud para avanzar en la actualización de los Planes de Beneficios, haciendo énfasis sobre las condiciones evidenciadas antes, durante y después de la expedición de los acuerdos 03 y 08 de 2009 y 14 de 2010.

7. Finalmente, atendiendo al escrito cursado por la Mesa Nacional de Cáncer el 24 de agosto de 2009, en el que manifiesta una serie de inquietudes e inconvenientes que presentó 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*”, se dispondrá dar traslado de este documento, por el término de 5 días, a la Defensoría del Pueblo, a la Procuraduría General de la Nación y a la Superintendencia Nacional de Salud, para que hagan las manifestaciones que al respecto estimen pertinentes y, se requerirá a la Comisión de Regulación en Salud para que, en el mismo término, se pronuncie respecto de cada uno de los ítems enumerados en dicho instrumento.

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

RESUELVE:

Primero.- Ordenar que por la Secretaría General de esta Corporación se requiera a la

Comisión de Regulación en Salud, para que en el término de diez (10) días, de respuesta a los siguientes interrogantes:

- 1.1. ¿Cuáles fueron los antecedentes y demás criterios en que se basó la Comisión para la expedición de sus Acuerdos 003, 008 y 014?
- 1.2. ¿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 la ampliación y las fechas en las que serán cumplidas.
- 1.3. ¿Qué servicios fueron suprimidos de los planes de beneficios? Indique las razones específicas por las cuales se tomó dicha decisión.
- 1.4. ¿De qué manera ha servido la homologación del MAPIPOS a los CUPS para la claridad y asequibilidad de los usuarios y la comunidad en general a los contenidos de los POS y superar lo que se ha denominado como “zona gris” del POS?
- 1.5. ¿Cuál va a ser la metodología, así como los criterios y estudios en que se basará para cumplir con el ajuste y actualización periódicos de los POS? Explique detalladamente las razones por las que acoge o no la metodología propuesta por el Ministerio de Protección Social.
- 1.6. ¿Cuáles fueron los mecanismos adoptados para garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud en la actualización que a la fecha se ha hecho de los planes de beneficios? acredite en debida forma la implementación de dichos mecanismos.
- 1.7. ¿Cuál fue la influencia real de dicha participación sobre la actualización de los POS?
- 1.8. ¿Cuál va a ser la estrategia a emplear para garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud en la actualización periódica de los POS?
- 1.9. ¿Han sido suficientemente efectivas y eficaces las medidas adoptadas en razón a los numerales 17 y 18? Indique la justificación de su consideración al respecto.

Segundo.- Ordenar que por la Secretaría General de esta Corporación se requiera a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo para que informen, en el término de diez (10) días indiquen:

- 2.1. Si la Comisión de Regulación en Salud ha cumplido con el deber de rendir el informe anual a que está obligada conforme a la orden 18 de la sentencia T-760 de 2008 y, en caso afirmativo, cuáles han sido las evaluaciones o estudios efectuados sobre los mismos.
- 2.2. ¿Qué seguimiento y estudios han ejecutado sobre las actuaciones adelantadas por la Comisión de Regulación en Salud para avanzar en la actualización de los Planes de Beneficios? Debe enfatizarse sobre las condiciones evidenciadas antes, durante y después de la expedición de los acuerdos 03 y 08 de 2009 y 14 de 2010.

Tercero.- Ordenar que por la Secretaría General de esta Corporación se corra traslado, por el término de cinco (5) días, 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 manifestó una serie de inquietudes e inconvenientes que presentó 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*”, debiéndose remitir copia del mismo, para que hagan las manifestaciones que al respecto

estimen pertinentes.

Cuarto.- Ordenar que por la Secretaría General de esta Corporación se requiera a la Comisión de Regulación en Salud para que, en el término de cinco (5) días, se manifieste respecto de cada uno de los ítems del documento cursado por la Mesa Nacional de Cáncer el 24 de agosto de 2009, en el que manifestó una serie de inquietudes e inconvenientes que presentó 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*”, debiéndose remitir copia del mismo.

Comuníquese, y cúmplase.

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO
Magistrado

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO
Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SACHICA MENDEZ
Secretaria General