

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL

Sala Especial de Seguimiento

Auto 317 de 2013

Referencia: Seguimiento a las órdenes décima séptima y décima octava de la Sentencia T-760 de 2008.

Asunto: Solicitud de información al Ministerio de Salud y Protección Social sobre la actualización del POS.

Magistrado Sustanciador:
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D.C., dieciocho (18) de diciembre de dos mil trece (2013).

El suscrito Magistrado, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, dicta el presente auto, con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. En la Sentencia T-760 de 2008, a partir del análisis de los casos concretos acumulados en dicha providencia, se identificaron algunas fallas de regulación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–, para cuya corrección esta Corporación impartió un conjunto de órdenes dirigidas a las autoridades del sector salud.

2. En el citado fallo estructural, la Corte consideró que “... *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 cuanto 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.*”¹

3. Así, con miras a superar la falta de claridad en el Plan Obligatorio de Salud -POS- y a garantizar que el mismo atendiera las necesidades y prioridades de salud, este Tribunal consideró necesario que dicho plan de beneficios fuera actualizado de manera integral² y periódica³ de conformidad con los criterios

¹ Cfr. Consideración jurídica núm. 6.1.1.1.3. – ii).

² Sentencia T-760 de 2008, ordinal décimo séptimo del acápite resolutivo.

³ *Ibidem*. Ordinal décimo octavo.

señalados por la ley y la jurisprudencia constitucional.

4. En la orden décima séptima del citado fallo se dispuso actualizar integralmente el POS antes del 1 de febrero de 2009, plazo que podría ampliarse si, en su momento, la Comisión de Regulación en Salud –CRES– exponía razones imperiosas que le impidieran cumplir con esta fecha, sin que en ningún caso la misma pudiera ser superior a agosto 1 de 2009.

5. Atendiendo a la inobservancia del término inicialmente prescrito, la Corte Constitucional resolvió aclararle a la CRES, en el Auto de 13 de julio de 2009, que la segunda fecha habilitada en el ordinal décimo séptimo⁴ tenía carácter terminante.

6. En virtud de dicho proveído, la CRES remitió a esta Corporación, el 31 de julio del 2009, el “*Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos - Actualización Integral de los Planes Obligatorios de Salud*”⁵, así como el Acuerdo 003 del 30 de julio de 2009⁶, el que fue derogado por el Acuerdo 008 del 29 de diciembre del mismo año “*Por el cual se Aclaran y Actualizan Integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado*”.

7. El 17 de marzo de 2010, el entonces Ministerio de la Protección Social presentó un informe general de cumplimiento de las distintas órdenes impartidas, en el que afirmó que los mandatos 17 y 18 de la Sentencia T-760 de 2008 habían sido acatados con la expedición de los Acuerdos 003 y 008 de 2009.

8. Mas adelante, con el fin de “...*crear un espacio de reflexión público sobre las barreras y obstáculos que impiden avanzar oportuna y eficazmente en el acceso a los servicios de salud (cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008)*”, esta Sala Especial convocó⁷ a audiencia pública de rendición de cuentas para el cumplimiento de las órdenes generales 16⁸, 17⁹, 18¹⁰, 21¹¹ y 22¹², la que se llevó a cabo el 7 de julio de 2011.¹³

⁴ 1 de agosto de 2009.

⁵ Cfr. AZ orden XVII-A folios 326 a 497.

⁶ Cfr. *Ibidem*, folios 84 a 325. “*Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado*”.

⁷ Mediante Auto 110 de 27 de mayo de 2011.

⁸ Precisión, actualización, unificación y acceso a los Planes Obligatorios de Salud.

⁹ Actualización integral de los planes obligatorios de salud.

¹⁰ Periodicidad en la actualización integral de los planes obligatorios de salud.

¹¹ Unificación de los planes de beneficios para los niños y las niñas de los regímenes contributivo y subsidiado.

¹² Adopción de un programa y cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado.

¹³ En dicha audiencia participaron entes gubernamentales como el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público; órganos de control como la Superintendencia Nacional de Salud, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y la Contraloría General de la República; el Congreso de la República; la Fiscalía General de la Nación; así como algunas organizaciones nacionales e internacionales, de la sociedad civil y de la academia tales como la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - ACEMI, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME, la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social - CSR, el Proyecto Así Vamos en Salud, el Centro de Investigación para el

9. Luego, la Comisión de Regulación en Salud remitió, mediante escritos de 13 de junio, 22 de julio y 3 de agosto de 2011, la “*METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD*”¹⁴, 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 Colombia¹⁵ y el documento de avance del proyecto de participación ciudadana¹⁶, respectivamente.

10. El 21 de octubre de 2011, la Corte Constitucional profirió el Auto 226, en el que determinó los parámetros de estructura, proceso y resultado que debían ser observados, como mínimo, para llevar a cabo la actualización integral del POS por parte del Ministerio de la Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud, así como los niveles de cumplimiento e incumplimiento que regirían la valoración de dichos lineamientos.

11. En cumplimiento a esta última providencia y a lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011¹⁷, la Comisión de Regulación en Salud comunicó¹⁸ la expedición del Acuerdo 028 de 30 de noviembre de ese año¹⁹, cuya copia anexó²⁰, acompañada de los informes sobre el proceso de participación ciudadana surtido²¹ y sus resultados²².

12. El 11 de enero de 2012, la CRES informó sobre la expedición del Acuerdo 029 del 28 de diciembre del año anterior, “*Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud*”²³, incorporando copia de éste, así como los documentos denominados “*Aclaraciones, inclusiones y supresiones al Acuerdo 28*”²⁴ e “*Inclusiones y supresiones Plan Obligatorio de Salud 2012*”²⁵.

II. CONSIDERACIONES

1. De conformidad con el ordinal décimo octavo de la Sentencia T-760 de 2008, la actualización del Plan Obligatorio de Salud – POS debía surtirse “*por lo*

Desarrollo -CID- de la Universidad Nacional, el Doctor Luis Jorge Garay Salamanca, el Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad - DeJuSticia y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

¹⁴ Cfr. AZ orden XVII-D, folios 1618 a 1673.

¹⁵ Cfr. *Ibidem*, folio 1677 y cd adjunto.

¹⁶ Cfr. AZ's orden XVII-D-F-G folios 1678 a 3003.

¹⁷ El párrafo de este precepto estableció que el plan de beneficios debería actualizarse de manera integral “*antes del primero (1°) de diciembre de 2011.*”

¹⁸ En escrito del 11 de diciembre de 2011.

¹⁹ “*Por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud*”.

²⁰ Cfr. AZ orden XVII-H, folios 3160 a 3261.

²¹ Cfr. *Ibidem*, folios 3262 a 3274.

²² Cfr. *Ibidem*, folios 3275 a 3276.

²³ Cfr. *Ibidem*, folios 3297 a 3471.

²⁴ Cfr. *Ibidem*, folios 3280 a 3296.

²⁵ Cfr. *Ibidem*, folios 3472 a 3486.

menos una vez al año”, decisión que tuvo como fundamento lo previsto en el artículo 7 de la Ley 1122 de 2007²⁶.

2. Partiendo de lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 1438 de enero 19 de 2011, el POS debe ser actualizado, de manera integral, una vez cada dos años, estableciéndose que la primera modernización debía hacerse antes del 1° de diciembre de 2011.

3. Como fue reseñado en el acápite de antecedentes, la Comisión de Regulación en Salud expidió, dentro de la oportunidad legal, el Acuerdo 28 de 30 de noviembre de 2011.

4. Así, atendiendo que a la fecha de expedición de esta providencia no obra en el expediente de seguimiento prueba sobre el cumplimiento de la orden décima octava y en aras de contar con elementos de juicio que permitan valorar el resultado del proceso de actualización que debió concluir con el POS 2013, que en acatamiento de la orden décima séptima y del Auto 226 de 2011 debió haberse adelantado con observancia de los parámetros allí establecidos, se ordenará al Ministro de Salud y Protección Social que dé respuesta a los siguientes interrogantes:

4.1. ¿Se fijó una metodología para clarificar y actualizar integralmente el POS 2011, conforme al parámetro i. de la consideración 2.1. del Auto 226 de 2011? En caso afirmativo, acredite haberla utilizado.

4.2. ¿Cuáles y de qué año fueron los estudios de carga de la enfermedad y perfil epidemiológico en que se basó para la expedición del POS 2013²⁷?

4.3. ¿Cuál fue la estimación del presupuesto requerido para la aplicación de la metodología y para financiar los servicios que se incluyeron en el POS 2013?

4.4. ¿Cuáles fueron los objetivos medibles a corto, mediano y largo plazo establecidos en la metodología construida para la actualización del POS?

4.5. ¿Cuáles fueron los indicadores de desempeño fijados para evaluar el cumplimiento de los objetivos de que trata el núm. 4.4.?

4.6. ¿Cuál fue el programa y cronograma fijados para cumplir con los objetivos a que se refiere el numeral 4.4.?

4.7. ¿En la revisión efectuada al POS 2011, se identificaron Tecnologías en Salud -TES- y otros servicios de salud obsoletos, sin registro sanitario vigente

²⁶ En esta disposición se atribuyó a la Comisión de Regulación en Salud: “1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. || 2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.”

²⁷ Se entiende por POS 2013 aquella regulación con que debió actualizarse el POS 2011, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011.

y/o de uso no autorizado? En caso afirmativo, indique ¿cuáles y si los mismos fueron suprimidos o excluidos en el POS 2013? (Tabla 1)

4.8. Partiendo del POS 2011, indique, respecto de cada una de las TES y otros servicios de salud allí incluidos y excluidos, si los mismos fueron suprimidos o si continúan teniendo la calidad de incluidos y/o excluidos en el POS 2013, debiendo presentar los argumentos para suprimir, excluir y mantener excluidos del POS, según corresponda. (Tabla 2)

4.9. A partir de la *Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales*²⁸, indique ¿cuáles medicamentos fueron incluidos, no incluidos o excluidos del POS 2013? Exponga los argumentos para aquellos casos en que se decidió no incluirlos o excluirlos. (Tabla 3)

4.10. ¿Cuál fue el periodo (fecha de inicio y fecha de corte) de los recobros de TES y servicios de salud utilizados en el proceso de actualización integral del POS 2011?

4.11. ¿Cuáles fueron las 100 TES y servicios de salud más recobrados en el período al que hace referencia la repuesta a la pregunta 4.10? (Tabla 4)

4.12. ¿Cuáles de las prestaciones relacionadas en la respuesta a la pregunta 4.10. no fueron incluidas o se excluyeron del POS 2013? ¿Cuáles fueron los argumentos para su no inclusión o exclusión? (Tabla 4)

4.13. ¿Cuáles fueron las TES y servicios de salud cuya inclusión fue sugerida en la etapa de participación desarrollada para proferir el POS 2013 y que no se incluyeron? Presente respecto de cada una de las tecnologías y servicios señalados en esta respuesta, la razón por la cual se decidió no acoger la respectiva solicitud de inclusión y el sujeto que efectuó cada sugerencia. (Tabla 5)

4.14. ¿Cuáles fueron las diferencias entre los procesos de participación adelantados para expedir el POS 2011 y el POS 2013, precisando: i) la metodología establecida para dicho proceso, ii) los sujetos que intervinieron, iii) los principales aportes acogidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y iv) las principales propuestas no aceptadas por el ente regulador? (Tabla 6)

4.15. Teniendo en cuenta la “Lista de Espera para INCLUSIÓN” y la “Lista de Espera para EVALUACIÓN” contenida en el anexo 7 del documento allegado el 4 de mayo de 2012 por la CRES, indique ¿cuáles de dichas tecnologías fueron incluidas, no incluidas o excluidas en el POS 2013? Argumente las razones de la no inclusión y exclusión de dichas tecnologías. (Tabla 7)

²⁸ Se hace referencia a la décima octava Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS y la cuarta lista de Medicamentos Esenciales para niños de la OMS.

4.16.¿Cuál es la “lista de espera” priorizada que debió surgir con ocasión del proceso de actualización que concluyó con la expedición del POS 2013, y cuál es el cronograma definido para la inclusión de las TES y servicios de salud no incluidos, pero que eventualmente harán parte del listado del POS? (Tabla 8)

4.17.¿Qué criterios fueron los utilizados para la consolidación de la “lista de espera” a que se refiere a pregunta anterior (4.16.)?

4.18.¿De qué manera se redujeron las denominadas “zonas grises”²⁹ del POS?

4.19.¿Cuántos informes ha presentado a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo en cumplimiento de lo dispuesto en la última parte del primer inciso de la orden décima octava de la Sentencia T-760 de 2008, y en qué fechas fueron remitidos?

5. Hacen parte integral de este auto ocho (8) tablas en las que habrán de consignarse las respuestas a algunos de los interrogantes formulados en la anterior consideración, debiendo los demás ser contestados teniendo en cuenta que las respuestas habrán de presentarse de manera precisa y breve, como se estableció en los numerales 14 y 15 del acápite motivo del Auto 278 de 2013.

6. Se dispondrá, en consecuencia, que el señor Ministro de Salud y Protección Social responda dichos interrogantes, como se señala a continuación:

INTERROGANTE	RESPUESTA
4.1.	Abierta
4.2.	Abierta
4.3.	Abierta
4.4.	Abierta
4.5.	Abierta
4.6.	Abierta
4.7.	Tabla 1
4.8.	Tabla 2
4.9.	Tabla 3
4.10.	Abierta
4.11.	Tabla 4
4.12.	Tabla 4
4.13.	Tabla 5
4.14.	Tabla 6
4.15.	Tabla 7
4.16.	Tabla 8
4.17.	Abierta
4.18.	Abierta
4.19.	Abierta

7. Los interrogantes planteados se resolverán antes del 28 de febrero de 2014, debiéndose entregar las ocho (8) tablas completamente diligenciadas en medio magnético, las cuales se le remitirán por correo electrónico. Las demás respuestas serán radicadas en documento físico.

²⁹ La que es entendida por la Corte Constitucional, según se indicó en la Sentencia C-252 de 2010, como “... el no conocerse con la suficiente precisión lo incluido, no incluido y excluido expresamente del POS”.

En mérito a lo expuesto,

III. RESUELVE

Primero.- Ordenar al señor Ministro de Salud y Protección Social que absuelva los interrogantes formulados en la consideración núm. 4 de esta providencia, antes del 28 de febrero de 2014, en los estrictos términos establecidos en este auto.

Segundo.- A través de la Secretaría General de esta Corporación, expídase la comunicación correspondiente y remítase copia de este proveído.

Publíquese y cúmplase,

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General