

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

AUTO 133A DE 2012

Referencia: Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008.

Magistrado Sustanciador:
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D.C., diecinueve (19) de junio de dos mil doce (2012).

La Sala Especial de la Corte Constitucional para efectuar el seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, conformada por la Sala Plena en sesión del 1º de abril de 2009, integrada por los magistrados Mauricio González Cuervo, Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y Jorge Iván Palacio Palacio quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente Auto, con base en las siguientes

I. CONSIDERACIONES

1. En la Sentencia T-760 de 2008 esta Corporación profirió una serie de decisiones dirigidas a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de que 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.
3. Desde la expedición de la citada sentencia y con la finalidad de procurar el cumplimiento de las órdenes generales allí impartidas, la Sala Especial de Seguimiento en Salud ha proferido múltiples autos mediante los cuales ha

solicitado información sobre las actuaciones adelantadas por las autoridades destinatarias de tales mandatos.

4. Así mismo, con miras a dar cumplimiento a dicho fallo de tutela, las diferentes autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud han proferido distintos actos administrativos y han remitido a esta Sala documentos mediante los cuales dan respuesta a las diferentes providencias emitidas por este Tribunal.

5. Del análisis de tales documentos, la Corte Constitucional ha evidenciado algunos obstáculos permanentes en la consecución del principal objetivo de esta providencia, esto es, el goce efectivo del derecho a la salud por parte de los colombianos, en condiciones dignas, oportunas y eficientes, razón por la cual considera necesario acudir a las instituciones académicas y a los organismos de la sociedad civil que hasta la fecha han colaborado con el estudio y análisis de documentos técnicos, con el propósito de conocer su opinión especializada.

6. Por lo anterior, la Corte solicitará que se otorgue respuesta a las preguntas que se formularán a continuación, por parte de las entidades que integran el Grupo de Apoyo Especializado conformado mediante los Autos 120 y 147 de 2011, las cuales son:

- Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social -CSR-.
- Universidad de los Andes.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME-.
- Universidad Nacional de Colombia.
- Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad -DeJuSticia-.
- Programa Así Vamos en Salud.
- Universidad Instituto Colombiano de Estudios Superiores de Incolda -ICESI-.
- Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo - FEDESARROLLO-.
- Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social –FEDESALUD-.
- Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia.
- Fundación IFARMA.
- Facultad de Ciencias, Departamento de Química Farmacéutica, Universidad Nacional de Colombia.
- Federación Médica Colombiana.
- Facultad de Derecho, Centro de Estudios Interdisciplinarios en Desarrollo (CIDER), Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo y Justicia Global de la Universidad de Los Andes.

- François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard University.
- Facultad de Derecho, Universidad ITAM, México D. F.
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI-.
- Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud -GESTARSALUD-.

6.1. Órdenes 17 y 18. Actualización integral y periódica de los planes de beneficios:

En aras de que se acaten las decisiones de la Corte Constitucional, según las cuales la Comisión de Regulación en Salud debe actualizar los Planes Obligatorios de Salud integralmente y de manera periódica, dicha entidad expidió el Acuerdo 008 de 2009, que en su oportunidad derogó el Acuerdo 003 del mismo año.

Posteriormente, teniendo en cuenta que las actuaciones que se venían desarrollando por los órganos responsables del cumplimiento de los mandatos, no resultaron suficientes para superar en toda su dimensión los obstáculos señalados, esta Sala convocó a Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a las entidades encargadas de la regulación y control de la política pública en salud, para la valoración de algunas órdenes generales, la que se celebró el 7 de julio de 2011.

A raíz de esta audiencia y dada la proximidad de una nueva actualización en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, fue expedido el Auto 226 del 21 de octubre de 2011, en el que se definieron los parámetros mínimos que debían observarse al momento de llevar a cabo tal actualización.

En observancia de las disposiciones legales, el POS fue actualizado con el Acuerdo 028 de 2011, el cual fue derogado posteriormente por el Acuerdo 029 del mismo año.

Más adelante, en aras de que la CRES acreditara el estricto cumplimiento de las órdenes 17 y 18 de la sentencia T-760 de 2008, la Sala Especial de Seguimiento profirió el Auto 064 del año en curso, mediante el cual requirió de la Comisión dar respuesta a algunos interrogantes relacionados con la garantía de la participación ciudadana y la inclusión, supresión y exclusión de servicios de salud del POS.

La respuesta a esta providencia fue presentada el pasado 4 de mayo del presente año, en la que la CRES informó y describió los medios de convocatoria utilizados para garantizar el mayor alcance, impacto y cobertura

de Asociaciones de Pacientes, Asociaciones de Usuarios en Salud, Veedurías Ciudadanas, COPACOS, comunidad médica y comunidad científica, afirmando que “(...) *el mecanismo con el que se concretó la Participación Ciudadana (...), ha sido la intervención presencial y directa de los representantes de la sociedad civil organizada, (...) Además se permitió y tuvo en cuenta la opinión a través del sitio WEB de la CRES.*”, y anexó un listado con los datos de los representantes de las organizaciones de usuarios en salud participantes por cada ciudad, señalando además en dos tablas los directivos de gremios médicos y científicos asistentes y los datos de los representantes de las entidades de esta comunidad, respectivamente.

De igual forma, indicó que hasta el 15 de julio de 2011 recibió solicitudes de inclusiones en el POS, habiendo tenido en cuenta 306 peticiones realizadas por la comunidad científica y los usuarios, listado de tecnologías que anexa a su informe.

Del proceso de selección de tecnologías en salud, la CRES afirmó lo siguiente:

“De este grupo de solicitudes se realiza un primer análisis consistente en consolidar cada principio activo con todas las solicitudes de diferentes concentraciones y formas farmacéuticas, resultando una lista de 232 Tecnologías en Salud. (Anexo3.Depuracion232TS.xls.)

A este grupo de Tecnologías en Salud, se les verifica otras condiciones y es necesario retirar de la lista 49 TS (Anexo4.Otrosretiros49TS.xls), por las siguientes razones así:

Tabla N° 5.

<i>Las Tecnologías de Salud se encuentran incluidas en el POS</i>	<i>9</i>
<i>Las Tecnologías de Salud quedan para evaluación posterior al año 2011</i>	<i>11</i>
<i>Las Tecnologías de Salud se retiran por recomendación técnica de la Universidad Nacional</i>	<i>2</i>
<i>Las Tecnologías de Salud no están asociadas a la carga de la enfermedad</i>	<i>22</i>
<i>Las Tecnologías de Salud presentan el Registro INVIMA vencido</i>	<i>5</i>
<i>TOTAL</i>	<i>49</i>

Por lo anterior nos queda una lista de solicitudes (Anexo5. 183TS Evaluacion.xls), conformado por 183 Tecnologías en Salud. Dicha lista junto con las listas de las otras dos fuentes analizadas sobre la carga de enfermedad y revisión de normas técnicas, conforma una lista de 478 Tecnologías en Salud con las cuales se inicia el proceso de Evaluación de las mismas.”

Aunado a lo anterior, anexó un listado detallado de las tecnologías en salud que no se incluyeron, arguyó que ni la comunidad médica ni los usuarios, solicitaron exclusiones o supresiones y adjuntó las listas de las mencionadas tecnologías que se encuentran en lista de espera para inclusión y de aquellas que se encuentran a la espera de ser evaluadas.

Finalmente, además de indicar qué tecnologías en salud fueron incluidas, suprimidas y excluidas del POS, allegó la *“METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”*.

Teniendo en cuenta lo anterior, considera la Sala necesario que se dé respuesta a los siguientes interrogantes:

6.1.1. En relación con la progresividad del derecho a la salud, ¿Cuál es su opinión respecto del POS fijado en el Acuerdo 029 de 2011? Justifique su respuesta.

6.1.2. ¿Qué otros medicamentos, aparte de los contenidos en el Anexo 1 del Acuerdo 029 de 2011, considera que deben ser cubiertos por el POS? Justifique su respuesta partiendo de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la financiación de los servicios de salud y los requerimientos legales para la actualización del POS, tales como: cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad en Colombia.

6.1.3. ¿Qué otros procedimientos y servicios, diferentes de los contenidos en los Anexos 2 y 3 del Acuerdo 029 de 2011, considera que deben ser cubiertos por el POS? Justifique su respuesta partiendo de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la financiación de los servicios de salud y los requerimientos legales para la actualización del POS, tales como: cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad en Colombia.

6.1.4. ¿Se considera que en el proceso de actualización de los Planes Obligatorios de salud se garantizó la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud de conformidad con

las normas que regulan el sistema y en subsidio, con las normas generales que rigen la adopción de decisiones de alcance general en materia administrativa?

6.2. Orden 19. Informes de Servicios Negados

En el proceso de seguimiento de la orden décimo novena de la sentencia T-760 de 2008, el Gobierno ha proferido diversas normas tendientes a regular los informes de servicios negados requeridos por la orden en comento. Al respecto, la Sala Especial de Seguimiento ha advertido que dicha normatividad no cumple con las exigencias de la providencia y en tal sentido se profirió el Auto 043 del 2012, mediante el cual se requirió al Ministerio de Salud y Protección Social para que creara una nueva regulación de los registros de servicios negados por las EPS, teniendo en cuenta los lineamientos señalados en la sentencia T-760 de 2008 y en él mismo proveído.

En respuesta al anterior requerimiento, el Ministerio de Salud y Protección Social profirió la Resolución 744 del 09 de abril del presente año, a través de la cual adoptó el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás entidades Obligadas a Compensar- EOC.

De conformidad con lo anotado, se hace necesario preguntar a los expertos:

6.2.1. Los datos sobre registros de servicios negados requeridos por la Resolución 744 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud, ¿son idóneos para determinar el grado de acceso a los servicios incluidos en el POS?

6.2.2. ¿El formulario determinado en dicha regulación, contiene campos innecesarios que puedan ocasionar confusión en el análisis de la información reportada?

6.2.3. ¿Cuáles son los parámetros mínimos informativos necesarios para que se puedan analizar los registros sobre servicios negados por parte de las EPS?

6.3. Orden 20. Ranking de EPS e IPS por vulneración del derecho a la salud.

Mediante Auto núm. 044 del 5 de marzo de 2012, esta Corporación le ordenó a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social que, de manera conjunta, presentaran un informe en el que, entre otras cosas, identificaran las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurrieron en las prácticas violatorias del derecho a la salud detalladas en la Sentencia T-760 de

2008, las que fueron sintetizadas en la parte considerativa del referido Auto, así:

“(...) para que las entidades responsables cumplan materialmente con lo dispuesto en la orden vigésima, deben identificar (...) las EPS e IPS que con mayor frecuencia:

3.1 Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS.

3.2 Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud [no POS] que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada.

3.3 Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico -CTC-.

3.4 Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con sujeción al principio de integralidad, entendido éste como el no fraccionamiento de las prestaciones que requiera la persona para recuperar su salud.

3.5 Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando éstos han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y cuyo concepto no fue desvirtuado por la entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente.

3.6 Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside.

3.7 Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos.

3.8 Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aun cuando dichos servicios [son

no POS] y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación.

3.9 *Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.*

3.10 *Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello.*

3.11 *Se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica.*

3.12 *Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador.*

3.13 *Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo.*

3.14 *Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela.”.*

En cumplimiento del citado mandato, la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social allegaron un “informe conjunto” el 3 de mayo de 2012, en el que manifestaron lo siguiente:

“partiendo de la base que el querer de la H. Corte Constitucional (...) es contar con una herramienta que legitime el derecho a la salud de los usuarios, por medio de instrumentos e indicadores que [les permitan] desarrollar el derecho a la libre elección (...) nos permitimos informar que la Superintendencia Nacional de Salud con el mismo propósito de identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud en condiciones de oportunidad, calidad y eficiencia y el desempeño de cada una de las instituciones en función del respeto al goce efectivo del derecho a la salud, ha diseñado una serie de variables e

indicadores de calidad para las EPS contenidos en la Circular Única No. 047 de 2007 similares al ranking y otras herramientas tales como las investigaciones administrativas y sanciones impuestas a las EPS durante las vigencias 2010, 2011 y 2012 que permiten establecer una tendencia respecto de las prácticas violatorias en las cuales incurren las EPS e IPS (...)”.

A continuación, exhibieron un “ranking” elaborado principalmente con base en los indicadores de calidad descritos en la Circular Única núm. 047 de 2007.

Una vez efectuada la revisión del informe aludido, la Sala estima necesario ponerlo en conocimiento del grupo de expertos para que éstos den respuesta a los siguientes interrogantes:

6.3.1. Los indicadores y/o variables utilizados por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social en su informe, ¿permiten identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurrieron en las prácticas violatorias del derecho a la salud pormenorizadas en el Auto núm. 044 del 5 de marzo de 2012?

6.3.2. En caso de que la respuesta anterior sea negativa, ¿Cuáles indicadores y/o variables deberían implementar las entidades responsables del cumplimiento de la orden vigésima para medir cada una de esas prácticas? Lo anterior, sin perder de vista que el resultado de dicha medición debe ser comprensible para todas las personas, incluso para aquellas que no tengan conocimientos técnicos sobre el sistema de salud.

6.3.3. En el evento en que se encuentre que alguna de las prácticas enumeradas en el Auto núm. 044 del 5 de marzo de 2012 no es susceptible de cuantificación, indique ¿por qué?

6.4. Orden 21. Unificación de los Planes Obligatorios de Salud para niños y niñas:

Habiendo considerado la Corte Constitucional, que la desigualdad en la cobertura de los regímenes contributivo y subsidiado ha implicado la prolongación de las privaciones y limitaciones al derecho a la salud de las personas más necesitadas en el sistema; así como el mantenimiento de barreras a dicha población para el acceso a algunos de los servicios de salud más requeridos, y teniendo en cuenta que esta situación resultaba ser más grave en el caso de los niños; en el numeral vigésimo primero de la sentencia T-760 de 2008 se ordenó a la Comisión de Regulación en Salud unificar los

planes obligatorios de salud para los niños y niñas de ambos regímenes, debiendo observar para ello los ajustes necesarios a la UPC subsidiada.

Este mandato fue cumplido por la CRES mediante la expedición de los Acuerdos 004 y 005 de 2009, cuya aplicación se amplió por esta Corporación mediante Auto 342 A del mismo año, dado que la cobertura de los servicios unificados debían ser para toda la población menor de 18 años, y no sólo para aquellos entre los 0 y los 12 años de edad, como lo contemplaba el Acuerdo 004.

No obstante lo anterior, han sido múltiples las quejas presentadas ante la Sala Especial de Seguimiento por la insuficiencia de la UPC-S fijada para los niños y niñas del régimen subsidiado, razón por la cual fue expedido el Auto 065 de 2012, en el que se requirió a la CRES acreditar que el valor de la UPC-S es suficiente para garantizar que las EPS del régimen subsidiado presten los servicios de salud del régimen contributivo a los niños y niñas del país, sin que ello implique un desequilibrio financiero para estas entidades.

La respuesta a tal requerimiento fue presentada por la Comisión de Regulación en Salud el 4 de mayo de 2012, en la que informó haber adoptado las medidas de ajuste a la UPC-S para niños y niñas a partir de algunos estudios técnicos elaborados por la Universidad Nacional y el propio Ministerio de la Protección Social.

Consideró que “en la determinación del valor de la UPC el trato diferencial en el valor de la UPC de uno y otro régimen no manifiesta algún tipo de discriminación, máxime si se tiene en cuenta que las diferencias de acceso y los motivos de la atención son distintos en ambos regímenes. Si bien la brecha existente entre las UPC-S y la UPC-S [sic] se ha reducido con los procesos de unificación llevados a cabo por parte de la Comisión no es posible que la UPC del régimen subsidiado sea igual que la misma para el régimen contributivo, en razón a que ambos grupos manejan tipos de riesgos diferentes, así como frecuencias y severidades...”

Aunado a lo anterior, la CRES indicó como razones que sustentan su posición las siguientes: i) la UPC es una prima de riesgo colectivo y no individual; ii) la información que actualmente deviene del régimen subsidiado no permite tomar una decisión sobre suficiencia o insuficiencia de la UPC; y iii) los estados financieros muestran que las EPS pertenecientes al régimen subsidiado no se encontraban en déficit para el año 2010.

Atendiendo lo precedente, requiere la Sala que se responda a los siguientes interrogantes:

6.4.1. ¿El valor de la UPC-S para la población menor de 18 años, garantiza que las EPS del régimen subsidiado presten los servicios de salud del régimen contributivo a los niños y niñas del país?

6.4.2. ¿Se encuentran fundadas las razones dadas por la CRES para justificar la suficiencia de la UPC-S y su diferenciación con la UPC del régimen contributivo para el mismo grupo etáreo?

6.5. Orden 22. Programa y cronograma de la unificación gradual y sostenible.

En la sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional consideró no justificado el hecho de mantener la desigualdad existente entre los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, por tanto profirió la orden 22 en la que le impuso a la Comisión de Regulación en Salud – CRES – la obligación de adoptar un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios.

El Ministerio de la Protección Social en aras de dar cumplimiento a dicho mandato, allegó el 30 de enero de 2009 el cronograma de unificación de los planes de beneficios y la metodología a implementar para el desarrollo de la actualización del Plan Obligatorio de Salud en Colombia.

Teniendo en cuenta la falta de claridad con la que contó dicho documento, la Sala expidió el Auto del 13 de julio de 2009 mediante el cual le solicitó a la CRES, o en su defecto al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que allegara la formulación precisa de los cronogramas para adelantar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado.

El requerimiento efectuado en tal proveído no fue resuelto satisfactoriamente, a tal punto que en el Auto núm. 255 del 6 de diciembre de 2011 se advirtió que el programa y cronograma propuesto era inoperante y se encontraba incumplido, por lo que la Corte consideró necesario que se adoptara un nuevo programa y cronograma atendiendo algunos parámetros allí planteados y que esta nueva formulación le correspondería, no sólo a la CRES sino también al Ministerio de Hacienda, al Ministerio de Salud y Protección Social y al Departamento Nacional de Planeación.

El 13 de febrero de 2012 las entidades destinatarias de esta nueva orden fijaron un objetivo por cada uno de los parámetros estructurales planteados por la Sala, respecto de los cuales enunciaron aquellas acciones que fueron

desarrolladas y las actividades que se adelantarán para la ejecución de los mismos, allegando además un cronograma en el que no se incluyó la fecha probable en que se alcanzaría la unificación para los usuarios del régimen contributivo y subsidiado.

Pese a todo lo anterior, actualmente se cuenta con la expedición de dos Acuerdos de la CRES tendientes a unificar los planes de beneficios a la población mayor de 18 años. Así, mediante el Acuerdo 027 del 11 de octubre de 2011, se unificaron los POS de los regímenes contributivo y subsidiado de las personas mayores de 60 años y se modificó la UPC-S para este grupo poblacional. Posteriormente, a través del Acuerdo 032 del 17 de mayo del año en curso, se decretó dicha unificación para las personas de 18 a 59 años de edad, definiendo para el efecto el valor de la respectiva UPC-S.

Teniendo en cuenta lo anterior la Corte Constitucional considera necesario que el grupo de expertos en materia de salud den respuesta a los siguientes interrogantes.

6.5.1. ¿El valor de la UPC-S para la población mayor de 18 años, garantiza que las EPS del régimen subsidiado presten los servicios de salud del régimen contributivo a las personas mayores de edad?

6.5.2. En caso de que la respuesta anterior sea negativa, indique y justifique, ¿en qué monto y bajo qué parámetros debería fijarse dicha UPC-S, de manera que la misma sea suficiente para garantizar que las EPS del régimen subsidiado presten los servicios de salud del régimen contributivo a las personas mayores de edad del país, sin que ello implique un desequilibrio financiero para estas entidades?

6.6. Orden 23. Agilización del trámite para la autorización de servicios de salud no POS que se requieran con urgencia.

En el proceso de seguimiento a la orden vigésimo tercera de la Sentencia T-760 de 2008, esta Corporación profirió el Auto núm. 066 del 29 de marzo de 2012, mediante el cual requirió al Ministerio de Salud y Protección Social para que adoptara las medidas necesarias para notificarle a todas las EPS del país que cuando se requiera con urgencia un servicio de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud -POS-, deberán autorizarlo de manera inmediata y sin que medie trámite ante ningún organismo, como el Comité Técnico Científico -CTC- o la Junta Técnico Científica de Pares -JTPC-.

En respuesta a la anterior solicitud, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Circular 000019 del 3 de mayo de 2012, publicada en el diario

oficial núm. 48.420 del 4 de mayo del mismo año, en la que recordó a todas las EPS del país el deber que les asiste de suministrar los servicios de salud no POS de manera inmediata y sin que medie trámite ante el CTC o la JTCP cuando se requieran con urgencia, indicando que dichas gestiones deberán realizarse de manera posterior a la prestación del servicio.

En relación con el acto administrativo indicado, la Sala considera pertinente preguntarle al grupo de expertos lo siguiente:

6.6.1. ¿La Circular 000019 del 3 de mayo de 2012 es suficiente para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de quienes requieren con urgencia la prestación de un servicio de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud que haya sido ordenado por el médico tratante?

6.6.2. En caso de que la respuesta anterior sea negativa, ¿qué otras medidas deberían adoptarse para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de quienes requieren con urgencia servicios de salud no POS?

6.7. Órdenes 24 y 27. Procedimiento de recobro

De conformidad con el material probatorio que obra en el expediente, la Sala ha advertido la existencia de diversa normatividad tendiente a optimizar el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, dentro de la cual se destaca la Resolución 3099 de 2008, que estableció el procedimiento para tramitar los recobros ante el Fosyga, posteriormente modificada por las resoluciones 3754/08, 3977/08, 4377/10, 2256/11, entre otras disposiciones.

Sin embargo, en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas del 10 de mayo del año en curso, la mayoría de actores afirmaron la insuficiencia de dichas medidas, la ausencia de controles efectivos, la malversación de recursos, la crisis financiera y el colapso del sistema de recobros, y demás factores que demostrarían la ineficacia de tales medidas.

Teniendo en cuenta lo anterior, se requiere preguntar a los expertos:

6.7.1. ¿La reglamentación expedida con posterioridad a la sentencia T-760 de 2008 dota de agilidad, oportunidad y suficiencia de recursos al sistema de recobros?

6.7.2. ¿Considera que el procedimiento de recobro, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, funciona adecuadamente? ¿qué virtudes y defectos advierte en cada uno?

6.7.3. Frente al sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobros, estima adecuados y suficientes los siguientes parámetros de rediseño:

- a. *En relación con la clarificación de contenidos del POS:*
 - i. Contemplar medidas unificadoras de la interpretación del contenido del POS, por parte de los diferentes actores del sistema y los operadores jurídicos en el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro.
 - ii. Incorporó pautas a seguir en caso de recobro de un servicio perteneciente a la denominada “zona gris”.
- b. *En relación con la garantía del flujo oportuno y efectivo de recursos para financiar los servicios de salud:*
 - i. Tener en cuenta criterios de garantía, suficiencia y oportunidad en el flujo de recursos.
 - ii. Prever medidas tendientes a evitar la falta de pago o retraso en el mismo.
 - iii. Comprender mecanismos para prevenir que los recursos de la UPC sean destinados a cubrir gastos no POS.
 - iv. Asegurar la sostenibilidad fiscal y financiera del sistema de recobros.
- c. *En relación con la definición de un procedimiento claro, preciso y ágil en la verificación, control y pago de las solicitudes de recobros:*
 - i. Evaluar la posibilidad de unificar el sistema y los instrumentos de recobro para régimen contributivo y subsidiado, con base en argumentos científicamente sólidos.
 - ii. Definir claramente las funciones y responsabilidades de las diferentes entidades gubernamentales y regulatorias encargadas de la modificación o rediseño del sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobros, están claramente definidas en la metodología.
 - iii. Garantizar la agilidad, claridad y precisión en el procedimiento de las solicitudes de recobro con etapas temporalmente definidas.

- iv. Comprender la definición de un trámite ágil y claro para auditar cada solicitud de recobro sin que el tiempo que dure el auditaje obstaculice el flujo de los recursos.
 - v. Unificar la multiplicidad de regulación sobre la materia, reduciendo sustancialmente la proliferación normativa.
 - vi. Justificar la necesidad y pertinencia de cada uno de los requisitos exigidos en el procedimiento de recobro.
 - vii. Eliminar los requisitos inocuos y la posibilidad de imponer glosas inconsistentes o infundadas.
 - viii. Contemplar un periodo de transición para que el Fosyga o la entidad responsable se adapte a los cambios y se eviten traumatismos.
 - ix. Unificar términos de trámites, auditorías y fechas de pago.
 - x. Incluir procedimientos de auditoría integral.
 - xi. Adoptar mecanismos de control, seguimiento y gestión del sistema de recobros.
 - xii. Garantizar el debido proceso de los actores del sistema ante la negativa, rechazo o inadmisión de la solicitud de recobro.
 - xiii. Contemplar mecanismos para la identificación de la red de prestadores.
 - xiv. Adelantar acciones para difundir y socializar reglamentación del procedimiento de recobro todos actores del sistema.
- d. *En relación con la transparencia en la asignación de los recursos del Fosyga:*
- i. Obtener la depuración en línea de todas las bases de datos.
 - i. Conocer población efectiva asegurada y su capacidad de pago.
 - ii. Garantizar la disminución de fenómenos defraudatorios del sistema como la evasión elusión.

- iii. Incluir mecanismos destinados a fortalecer el direccionamiento, control y monitoreo de los recursos a cargo del Gobierno Nacional.
 - iv. Adoptar el control de precios de recobros, encaminadas a disminuir los sobrecostos en los mismos.
- e. *En relación con la asignación de los recursos para la atención eficiente de las necesidades y prioridades de la salud:*
- i. Determinar las fuentes de financiación para los servicios no POS, así como para la asignación y giro de dichos recursos.
 - ii. Analizar la suficiencia de los recursos destinados a cubrir los recobros por prestaciones no POS de ambos regímenes.
 - iii. Prevenir la parálisis del procedimiento de recobros ante el déficit presupuestal de los entes territoriales.
 - iv. Incorporar la determinación de la sentencia C-252/10 en relación con el pago residual a cargo del Fosyga frente a los recobros del régimen subsidiado.

6.7.4. ¿Qué parámetros de rediseño del sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro deberían adicionarse en su concepto?

6.8. Orden 25. Eliminación de glosas “principio activo en POS” y “fallo de tutela”

La Sala de Seguimiento mediante Auto 220 de 2011, solicitó a todas las EPS que informaran el estado actual de los recobros glosados por las causas mencionadas, además de las cifras de recobros donde han sido levantadas las glosas y se han pagado.

Al respecto, según las EPS se ha cumplido con la eliminación de causal de glosas por tutelas y medicamentos con principio activo en POS. Igualmente, se han permitido períodos adicionales de radicación, levantamientos automáticos y mesas de trabajo para tramitar los recobros glosados por tales motivos.

No obstante, algunas EPS denuncian que el Fosyga revivió las glosas eliminadas por la Corte bajo otras denominaciones, aplicó nuevas y distintas glosas a cuentas que ya habían sido auditadas por las causales de tutelas y

medicamentos, para sustraerse del pago correspondiente. Así como, el Fosyga generó mayores obstáculos en el trámite de recobros.

Igualmente, algunas EPS han manifestado que con la expedición de la Resolución 4752 de 2011, el Ministerio de Salud derogó las condiciones del recobro establecidas en la Resolución 3099 de 2008, y por ende infringió el reconocimiento de la diferencia de los precios de medicamentos con denominación de marca cuando existen genéricos aplicables ordenado por la Corte en la T-760/08.

Finalmente, las EPS reportan haber recibido pagos y una mediana mejoría en la oportunidad en el trámite, pero quedan cuentas pendientes de trámite y definir conflictos de interpretación en relación con los fallos que ordenan tratamientos integrales anteriores a la sentencia, pero que ordenan medicamentos periódicamente, puesto que el Fosyga se abstiene de pagarlos.

Sobre el particular se preguntará a los expertos:

6.8.1. ¿Qué opinión le merece el contenido de la Resolución 4752 de 2011 en lo que respecta al reconocimiento de la diferencia de precios entre medicamentos de marca y genéricos contenidos en el POS?

6.8.2. ¿En su criterio han sido superadas materialmente las glosas removidas, tales como “principio activo en POS” y “fallo de tutela”, o por el contrario aún subsisten?

6.9. Orden 28. Cartas de Derechos de los Pacientes y de Desempeño de las EPS e IPS.

En el proceso de seguimiento a la orden vigésimo octava de la Sentencia T-760 de 2008, la Sala Especial de Seguimiento profirió el Auto núm. 067 del 29 de marzo del año en curso, a través del cual requirió al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud para que especificaran cuáles EPS del país están entregando a los usuarios las cartas de derechos y de desempeño, y si el contenido de las mismas cumple con las condiciones previstas en el Auto reseñado, esto es:

“la carta de derechos del paciente debe cumplir con ciertas exigencias mínimas, a saber:

2.1.1. Debe contener los derechos reseñados en la Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente, los cuales fueron sintetizados en la Resolución núm. 13437 de 1991 (...)

2.1.2. En segundo término, debe enunciar los derechos contemplados en la parte motiva de la sentencia T-760 de 2008, los que esencialmente se resumen en: i) el derecho a acceder a los servicios de salud con calidad, eficiencia y oportunidad; ii) la protección especial e igual¹ a los niños y niñas de los regímenes contributivo y subsidiado; iii) el derecho a que las EPS valoren científica y técnicamente el concepto de los médicos externos vinculados al sistema de salud cuando éstos consideren que sus pacientes requieren servicios de salud con necesidad; iv) el derecho a que los pagos moderadores no se constituyan en barreras de acceso a los servicios de salud cuando las personas no tengan capacidad económica para soportarlos; v) el derecho a acceder al diagnóstico médico; vi) el derecho a que cuando una EPS no utilice los mecanismos de cobro con que cuenta para lograr el pago de los aportes atrasados, no pueda negar el reconocimiento de incapacidades laborales aduciendo la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones; vii) la protección especial de quienes padecen enfermedades catastróficas o de alto costo, no pudiéndoles cobrar copagos; viii) el derecho a acceder a los servicios de salud con continuidad; ix) el derecho a acceder a información adecuada y oportuna, así como a un acompañamiento durante el proceso de solicitud del servicio, con la finalidad de asegurar el goce efectivo del derecho a la salud; x) el derecho a que las EPS garanticen el acceso a los servicios, libre de procedimientos administrativos engorrosos e innecesarios; xi) el derecho a acceder a las prestaciones de conformidad con el principio de integralidad, entendido éste como el no fraccionamiento de los servicios que la persona requiera para recuperar su salud; y xii) la libertad de elección de EPS (...)

2.1.3. Adicionalmente, como lo estableció el numeral (i) de la orden vigésimo octava, debe indicar: i) cuáles son las instituciones que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos anteriormente referidos; y ii) cuáles son los recursos mediante los cuales se puede solicitar y acceder a dicha ayuda, sin tener que acudir directamente a la acción de tutela (...)

¹ Mediante Auto 342-A del 15 de diciembre de 2009, esta Corporación indicó que, a partir del 1º de octubre de 2009, el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo cubría a los niños y las niñas de los regímenes contributivo y subsidiado, desde los cero (0) hasta los menores de dieciocho (18) años.

(...) Por su parte, la (...) carta en la que se evidencie la calidad y el desempeño de las diferentes EPS del país (...) debe contener:

2.2.1. Información básica acerca de la actividad y calidad de las diferentes EPS a las que se puede afiliarse en el respectivo régimen.

2.2.2. Información básica acerca de las IPS que pertenecen a la red de prestadores de servicios de cada EPS.

2.2.3. Asimismo, debe ser elaborada por el Ministerio de la Protección Social -hoy Ministerio de Salud y Protección Social-, con base en la información existente sobre los resultados de la gestión de las EPS y de las IPS, y tiene que incluir, pero no limitarse, al ranking de que trata la orden vigésima de la sentencia T-760 de 2008 (...)" (Negrillas agregadas).

De acuerdo a lo ordenado por la Corte, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud allegaron respuestas el 7 y el 3 de mayo de 2012, respectivamente, en las que manifestaron que realizarán una serie de actividades tendientes a verificar el contenido y la entrega de las cartas aludidas.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social indicó que:

“1. Solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud la información a partir de la cual se evidencie el cumplimiento por parte [de] las EPS de la obligación de entregar la carta de derechos y de desempeño a los usuarios del Sistema.

2. En la reglamentación en trámite, parágrafo transitorio 1 del artículo 119 de la ley 1438, que trata de la auditoría del Régimen Subsidiado en Salud, se establecerá como actividad necesaria para el seguimiento y control de aseguramiento, la verificación del contenido de las cartas de derechos y desempeño así como la entrega y su debida inducción, por parte de las EPS (...) lo anterior está previsto operarse a partir del mes de octubre del presente año.

3. Adicionalmente y en cumplimiento de las competencias que la ley 715 de 2001, sobre competencias y recursos, establece para las Direcciones Territoriales en Salud, en especial con el Régimen Subsidiado de Salud, instruirá a las mismas para efectos de proceder con similares verificaciones [a] partir de julio del presente año. (...)"

Aunado a lo anterior, informó que dentro del proyecto de decreto “*Por el cual se establece el Sistema Único de Habilitación de las entidades promotoras de salud*” incluyó un capítulo denominado “Representación del Afiliado”, en el que se consigna el deber de las EPS de entregar a sus afiliados, por lo menos una vez al año, las cartas de derechos y de desempeño, de conformidad con la normatividad vigente. Acto seguido, manifestó que dicha normativa entrará en vigencia antes de finiquitar el mes de octubre del 2012.

Además, expresó que las resoluciones expedidas por el Ministerio en las que se define el contenido de las mencionadas cartas cumplen con lo solicitado por la Corte, y que la función de verificar la entrega de las mismas, así como su contenido, le concierne a la Superintendencia Nacional de Salud. No obstante, indicó que le solicitará información al máximo órgano de inspección, vigilancia y control en materia de salud, para comprobar el nivel de cumplimiento de esta orden.

Finalmente, afirmó que tan pronto se elaboró el ranking de EPS e IPS al que hace referencia la orden vigésima de la Sentencia T-760 de 2008, adoptará las medidas necesarias para integrarlo a la carta de desempeño.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud presentó una evaluación de 19 EPS “*según los lineamientos jurídicos establecidos en la Resolución 1817 de 2009*”, y señaló que “*como plan de acción para verificar el cumplimiento de la Resolución 1817 de 2009 [realizará] una actualización por Empresa Promotora de Salud de la Carta de Desempeño y de la Carta de Derechos del Afiliado y del Paciente para la vigencia 2012*”.

En virtud de lo anterior, la Sala de Seguimiento estima necesario poner en conocimiento del grupo de expertos las respuestas presentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud para que se resuelvan las siguientes preguntas:

6.9.1. ¿Conoce por su experiencia si las cartas de derechos, deberes y de desempeño están siendo entregadas a los usuarios del sistema de salud?

6.9.2. ¿Qué otras actividades deberían implementarse para que las personas puedan acceder a información fidedigna que les permita ejercer, en una mejor medida, su derecho a la salud?

6.10. Orden 29. Cobertura universal en salud.

En el proceso de seguimiento a la orden vigésimo novena de la Sentencia T-760 de 2008, esta Corporación profirió el Auto núm. 068 del 29 de marzo de 2012, mediante el cual requirió al Ministerio de Salud y Protección Social para que diera respuesta a diversos interrogantes relacionados con la cobertura universal en salud, los cuales fueron atendidos por la entidad requerida mediante oficio allegado a la Sala el 25 de abril de 2012, así:

“(...) i) ¿El Ministerio realizó todas las actividades pormenorizadas en el “plan y cronograma” allegado a esta Sala mediante oficio de fecha 31 de julio de 2009? En caso de respuesta afirmativa, ¿por qué no se ha logrado la cobertura universal en salud, entendida ésta en los términos expuestos en el numeral 3° de la parte considerativa de esta providencia?; (...)”.

Al respecto, el Ministerio de Salud y Protección Social manifestó que las actividades pormenorizadas en el “plan y cronograma” fueron ejecutadas, tal y como se señaló en oficio núm. 182891 del 29 de junio de 2010.

Además, indicó que la universalización se enmarcaba en las disposiciones contenidas en la Ley 1122 de 2007, por lo que el Ministerio estimó que se había alcanzado el propósito bajo el entendido de que se tenía cobertura universal del 90% para la población de los niveles I y II del Sisbén.

A continuación señaló que el Gobierno ha venido adelantando diversas actividades para implementar algunos programas que en la actualidad gozan de reconocimiento mundial y los cuales impactarían positivamente en la superación de dicho obstáculo. De igual manera, se promovió la Ley 1438 de 2011, mediante la que se introdujo reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las cuales permiten articular los elementos del aseguramiento y de los servicios de salud en aras de mejorar el acceso a la prestación de los mismos con calidad, eficacia y oportunidad.

Finalmente, reveló que para materializar el objetivo de mejorar el acceso a la prestación de los servicios de salud con calidad, eficacia y oportunidad, desarrollará las actividades descritas en un nuevo plan y cronograma que anexó a la respuesta.

“(...) ii) ¿Cuáles son los recursos económicos con los que contó el Ministerio para alcanzar esa cobertura? Especifique el importe de los mismos para los años 2008, 2009, 2010 y 2011; (...)”.

En este punto, el Ministerio mencionó que la cobertura universal en salud alcanzada a 31 de diciembre de 2011 es equivalente al 95,48% de la población DANE:

COBERTURA ASEGURAMIENTO	
Población DANE	46'043.696
Régimen Contributivo	19'321.377
Régimen Subsidiado	22'295.165
Regímenes de Excepción	2'347.426
Total Cobertura	43'963.968

Fuente: FOSYGA - BDU.A.

Acto seguido, agregó que los recursos para financiar la cobertura alcanzada en el régimen subsidiado corresponden a las fuentes financieras fijadas en las leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1393 de 2010 y 1438 de 2011. La sumatoria de dichas fuentes es la siguiente:

Año²	Monto de recursos en billones de pesos
2008	\$4,910
2009	\$5,573
2010	\$5,999
2011	\$5,240

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.
Matrices de Cofinanciación del Reg. Subsidiado.

“(…) iii) ¿Se ha elaborado un nuevo “plan y cronograma” tendiente a conseguir la cobertura universal en salud? De ser así, ¿con qué recursos económicos cuenta el Ministerio para llevarlo a cabo?; (…)”.

Adujo que la cobertura universal se encuentra financiada en su totalidad, pero que, considerando que es operativamente imposible alcanzar una cobertura efectiva del 100% de la población, el cubrimiento máximo se alcanzará en el 2014, siendo éste del 99,65% de la población DANE.

COBERTURA ASEGURAMIENTO AÑO 2014

²“Para cada año se consideraron los recursos destinados a garantizar la continuidad de la afiliación de las vigencias contractuales del aseguramiento, comprendidas entre el 1° de abril y el 31 de marzo del año siguiente. Sin embargo, para el año 2011, dado el nuevo esquema de operación del Régimen Subsidiado previsto en la Ley 1438 de 2011, que conllevó entre otros la eliminación de los contratos de aseguramiento que hasta el momento se encontraban suscritos y cuya vigencia y financiación de acuerdo con el período contractual se encontraba cubierta hasta el 31 de marzo de 2011, el monto reflejado en el cuadro corresponde al período abril - diciembre de 2011.”.

Población DANE	46'043.696
Régimen Contributivo	19'321.377
Régimen Subsidiado	24'215.182
Regímenes de Excepción	2'347.426
Total Cobertura	45'883.985

En este sentido, declaró que para el año 2014 el 0,35% de la población del país según población DANE no estará asegurada.

Por último, estimó que los recursos del Régimen Subsidiado para los años 2012, 2013 y 2014, serán del orden de \$10,3, \$10,4 y \$10,3 billones de pesos, respectivamente, cuya financiación se encuentra cubierta de una parte con las fuentes citadas en la respuesta al punto ii) y de otra, con recursos adicionales del Presupuesto General de la Nación, tal como lo contempla el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, los cuales se estiman por parte de este Ministerio en \$0,727 billones de pesos para el año 2013 y \$1,5 billones de pesos para el año 2014.

“(...) iv) En el evento en el que se haya presentado un incremento sustancial del gasto público en salud, ¿qué razones explican que todavía no se haya alcanzado la cobertura universal del sistema de seguridad social en salud?; (...)”.

Ante este cuestionamiento, el Ministerio reconoció que no se ha alcanzado la cobertura universal en salud, puesto que todavía persisten debilidades en el sistema que pueden derivar en la no afiliación de la totalidad de la población potencial, indistintamente de la disponibilidad de recursos para hacerlo.

Asimismo, arguyó que hay individuos que están en capacidad de contribuir parcialmente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, frente a los que es preciso fijar esquemas de afiliación que contemplen su vinculación al aseguramiento, pese a no contar con los recursos suficientes para cotizar al Sistema General de Pensiones y Riesgos Profesionales.

“(...) v) ¿Cuándo y cómo se obtendrá la cobertura universal de toda la población del país? ¿es sostenible el diseño actual?; (...)”.

El Ministerio manifestó que al cierre del año 2014, técnicamente existirá cobertura universal al lograr el aseguramiento del 99,65% de la población DANE.

Ahora bien, en lo que atañe a la sostenibilidad financiera del sistema, indicó que el diseño actual es sostenible y que los recursos financieros previstos en

las distintas fuentes fiscales (territoriales, nacionales y parafiscales) son suficientes para garantizar la financiación integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

“(…) vi) *¿Cuáles son los indicadores que se van a implementar con el fin de conocer datos reales y unificados sobre la cobertura universal del aseguramiento en salud? (…)*”.

En este asunto, el Ministerio consideró que el indicador que ha venido implementando, esto es, aquel que permite calcular la diferencia entre el número de personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre el total de la población colombiana según el DANE, es eficaz, por lo que afirma que lo seguirá utilizando para hacerle seguimiento a la cobertura en salud.

Considerando lo anterior, la Sala cree conveniente poner en conocimiento del grupo de expertos el oficio allegado por el Ministerio, así como el cronograma que se anexa al mismo, para que se dé respuesta a los siguientes cuestionamientos:

6.10.1. *¿Considera usted que las actividades descritas en el cronograma anexo son suficientes para alcanzar la universalización del aseguramiento?*

6.10.2. *En caso de que la respuesta anterior sea negativa, ¿qué otras actividades deberían desarrollarse para obtener la cobertura universal en salud?*

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

II. RESUELVE

PRIMERO. REQUERIR a las siguientes entidades:

- Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social -CSR-.
- Universidad de los Andes.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME-.
- Universidad Nacional de Colombia.
- Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad -DeJuSticia-.
- Programa Así Vamos en Salud.
- Universidad Instituto Colombiano de Estudios Superiores de Incolda -ICESI-.
- Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo - FEDESARROLLO-.

- Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social –FEDESALUD-.
- Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia.
- Fundación IFARMA
- Facultad de Ciencias, Departamento de Química Farmacéutica, Universidad Nacional de Colombia
- Federación Médica Colombiana.
- Facultad de Derecho, Centro de Estudios Interdisciplinarios en Desarrollo (CIDER), Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo y Justicia Global de la Universidad de Los Andes.
- François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard University.
- Facultad de Derecho, Universidad ITAM, México D. F.
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI-.
- Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud -GESTARSALUD-.

Para que, en el término de diez (10) días, contados a partir del recibo de la respectiva comunicación de esta providencia, den respuesta a los interrogantes planteados en esta providencia, a saber:

1.1. Órdenes 17 y 18. Actualización integral y periódica de los planes de beneficios:

1.1.1. En relación con la progresividad del derecho a la salud, ¿Cuál es su opinión respecto del POS fijado en el Acuerdo 029 de 2011? Justifique su respuesta.

1.1.2. ¿Qué otros medicamentos, aparte de los contenidos en el Anexo 1 del Acuerdo 029 de 2011, considera que deben ser cubiertos por el POS? Justifique su respuesta partiendo de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la financiación de los servicios de salud y los requerimientos legales para la actualización del POS, tales como: cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad en Colombia.

1.1.3. ¿Qué otros procedimientos y servicios, diferentes de los contenidos en los Anexos 2 y 3 del Acuerdo 029 de 2011, considera que deben ser cubiertos por el POS? Justifique su respuesta partiendo de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la financiación de los servicios de salud y los requerimientos legales para la actualización del POS, tales como: cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad en Colombia.

1.1.4. ¿Se considera que en el proceso de actualización de los Planes Obligatorios de salud se garantizó la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud de conformidad con las normas que regulan el sistema y en subsidio, con las normas generales que rigen la adopción de decisiones de alcance general en materia administrativa?

1.2. Orden 19. Informes de Servicios Negados

1.2.1. Los datos sobre registros de servicios negados requeridos por la Resolución 744 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud, ¿son idóneos para determinar el grado de acceso a los servicios incluidos en el POS?

1.2.2. ¿El formulario determinado en dicha regulación, contiene campos innecesarios que puedan ocasionar confusión en el análisis de la información reportada?

1.2.3. ¿Cuáles son los parámetros mínimos informativos necesarios para que se puedan analizar los registros sobre servicios negados por parte de las EPS?

1.3. Orden 20. Ranking de EPS e IPS por vulneración del derecho a la salud.

1.3.1. Los indicadores y/o variables utilizados por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social en su informe, ¿permiten identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia incurrieron en las prácticas violatorias del derecho a la salud pormenorizadas en el Auto núm. 044 del 5 de marzo de 2012?

1.3.2. En caso de que la respuesta anterior sea negativa, ¿Cuáles indicadores y/o variables deberían implementar las entidades responsables del cumplimiento de la orden vigésima para medir cada una de esas prácticas? Lo anterior, sin perder de vista que el resultado de dicha medición debe ser comprensible para todas las personas, incluso para aquellas que no tengan conocimientos técnicos sobre el sistema de salud.

1.3.3. En el evento en que se encuentre que alguna de las prácticas enumeradas en el Auto núm. 044 del 5 de marzo de 2012 no es susceptible de cuantificación, indique ¿por qué?

1.4. Orden 21. Unificación de los Planes Obligatorios de Salud para niños y niñas:

1.4.1. ¿El valor de la UPC-S para la población menor de 18 años, garantiza que las EPS del régimen subsidiado presten los servicios de salud del régimen contributivo a los niños y niñas del país?

1.4.2. ¿Se encuentran fundadas las razones dadas por la CRES para justificar la suficiencia de la UPC-S y su diferenciación con la UPC del régimen contributivo para el mismo grupo etáreo?

1.5. Orden 22. Programa y cronograma de la unificación gradual y sostenible.

1.5.1. ¿El valor de la UPC-S para la población mayor de 18 años, garantiza que las EPS del régimen subsidiado presten los servicios de salud del régimen contributivo a las personas mayores de edad?

1.5.2. En caso de que la respuesta anterior sea negativa, indique y justifique, ¿en qué monto y bajo qué parámetros debería fijarse dicha UPC-S, de manera que la misma sea suficiente para garantizar que las EPS del régimen subsidiado presten los servicios de salud del régimen contributivo a las personas mayores de edad del país, sin que ello implique un desequilibrio financiero para estas entidades?

1.6. Orden 23. Agilización del trámite para la autorización de servicios de salud no POS que se requieran con urgencia.

1.6.1. ¿La Circular 000019 del 3 de mayo de 2012 es suficiente para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de quienes requieren con urgencia la prestación de un servicio de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud que haya sido ordenado por el médico tratante?

1.6.2. En caso de que la respuesta anterior sea negativa, ¿qué otras medidas deberían adoptarse para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de quienes requieren con urgencia servicios de salud no POS?

1.7. Órdenes 24 y 27. Procedimiento de recobro

1.7.1. ¿La reglamentación expedida con posterioridad a la sentencia T-760 de 2008 dota de agilidad, oportunidad y suficiencia de recursos al sistema de recobros?

1.7.2. ¿Considera que el procedimiento de recobro, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, funciona adecuadamente? ¿qué virtudes y defectos advierte en cada uno?

1.7.3. Frente al sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de cobros, estima adecuados y suficientes los siguientes parámetros de rediseño:

a. En relación con la clarificación de contenidos del POS:

- i. Contemplar medidas unificadoras de la interpretación del contenido del POS, por parte de los diferentes actores del sistema y los operadores jurídicos en el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro.
- ii. Incorporó pautas a seguir en caso de cobro de un servicio perteneciente a la denominada “zona gris”.

b. En relación con la garantía del flujo oportuno y efectivo de recursos para financiar los servicios de salud:

- i. Tener en cuenta criterios de garantía, suficiencia y oportunidad en el flujo de recursos.
- ii. Prever medidas tendientes a evitar la falta de pago o retraso en el mismo.
- iii. Comprender mecanismos para prevenir que los recursos de la UPC sean destinados a cubrir gastos no POS.
- iv. Asegurar la sostenibilidad fiscal y financiera del sistema de cobros.

c. En relación con la definición de un procedimiento claro, preciso y ágil en la verificación, control y pago de las solicitudes de cobros:

- i. Evaluar la posibilidad de unificar el sistema y los instrumentos de cobro para régimen contributivo y subsidiado, con base en argumentos científicamente sólidos.
- ii. Definir claramente las funciones y responsabilidades de las diferentes entidades gubernamentales y regulatorias encargadas de la modificación o rediseño del sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de cobros, están claramente definidas en la metodología.

- iii. Garantizar la agilidad, claridad y precisión en el procedimiento de las solicitudes de recobro con etapas temporalmente definidas.
 - iv. Comprender la definición de un trámite ágil y claro para auditar cada solicitud de recobro sin que el tiempo que dure el auditaje obstaculice el flujo de los recursos.
 - v. Unificar la multiplicidad de regulación sobre la materia, reduciendo sustancialmente la proliferación normativa.
 - vi. Justificar la necesidad y pertinencia de cada uno de los requisitos exigidos en el procedimiento de recobro.
 - vii. Eliminar los requisitos inocuos y la posibilidad de imponer glosas inconsistentes o infundadas.
 - viii. Contemplar un periodo de transición para que el Fosyga o la entidad responsable se adapte a los cambios y se eviten traumatismos.
 - ix. Unificar términos de trámites, auditorías y fechas de pago.
 - x. Incluir procedimientos de auditoría integral.
 - xi. Adoptar mecanismos de control, seguimiento y gestión del sistema de recobros.
 - xii. Garantizar el debido proceso de los actores del sistema ante la negativa, rechazo o inadmisión de la solicitud de recobro.
 - xiii. Contemplar mecanismos para la identificación de la red de prestadores.
 - xiv. Adelantar acciones para difundir y socializar reglamentación del procedimiento de recobro todos actores del sistema.
- d. *En relación con la transparencia en la asignación de los recursos del Fosyga:*
- i. Obtener la depuración en línea de todas las bases de datos.
 - ii. Conocer población efectiva asegurada y su capacidad de pago.

- iii. Garantizar la disminución de fenómenos defraudatorios del sistema como la evasión elusión.
 - iv. Incluir mecanismos destinados a fortalecer el direccionamiento, control y monitoreo de los recursos a cargo del Gobierno Nacional.
 - v. Adoptar el control de precios de recobros, encaminadas a disminuir los sobrecostos en los mismos.
- e. *En relación con la asignación de los recursos para la atención eficiente de las necesidades y prioridades de la salud:*
- i. Determinar las fuentes de financiación para los servicios no POS, así como para la asignación y giro de dichos recursos.
 - ii. Analizar la suficiencia de los recursos destinados a cubrir los recobros por prestaciones no POS de ambos regímenes.
 - iii. Prevenir la parálisis del procedimiento de recobros ante el déficit presupuestal de los entes territoriales.
 - iv. Incorporar la determinación de la sentencia C-252/10 en relación con el pago residual a cargo del Fosyga frente a los recobros del régimen subsidiado.

1.7.4. ¿Qué parámetros de rediseño del sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro deberían adicionarse en su concepto?

1.8. Orden 25. Eliminación de glosas “principio activo en POS” y “fallo de tutela”

1.8.1. ¿Qué opinión le merece el contenido de la Resolución 4752 de 2011 en lo que respecta al reconocimiento de la diferencia de precios entre medicamentos de marca y genéricos contenidos en el POS?

1.8.2. ¿En su criterio han sido superadas materialmente las glosas removidas, tales como “principio activo en POS” y “fallo de tutela”, o por el contrario aún subsisten?

1.9. Orden 28. Cartas de Derechos de los Pacientes y de Desempeño de las EPS e IPS.

1.9.1. ¿Conoce por su experiencia si las cartas de derechos, deberes y de desempeño están siendo entregadas a los usuarios del sistema de salud?

1.9.2. ¿Qué otras actividades deberían implementarse para que las personas puedan acceder a información fidedigna que les permita ejercer, en una mejor medida, su derecho a la salud?

1.10. Orden 29. Cobertura universal en salud.

1.10.1. ¿Considera usted que las actividades descritas en el cronograma anexo son suficientes para alcanzar la universalización del aseguramiento?

1.10.2. En caso de que la respuesta anterior sea negativa, ¿qué otras actividades deberían desarrollarse para obtener la cobertura universal en salud?

SEGUNDO. REMITIR, a las entidades enlistadas en el anterior numeral, a través de la Secretaría General de esta Corporación, copia de los documentos referidos en los numerales 6.1., 6.3., 6.4., 6.9. y 6.10., de la parte considerativa, esto es:

- Documento remitido por la Comisión de Regulación en Salud el 4 de mayo de 2012 (6.1.).
- Documento remitido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud el 3 de mayo de 2012 (6.3.).
- Documento remitido por la Comisión de Regulación en Salud el 4 de mayo de 2012 (6.4.).
- Documento remitido por la Superintendencia Nacional de Salud el 3 de mayo de 2012 (6.9.).
- Documento remitido por el Ministerio de Salud y Protección Social el 7 de mayo de 2012 (6.9.).
- Documento remitido por el Ministerio de Salud y Protección Social el 25 de abril de 2009 (6.10.).

TERCERO. A través de la Secretaría General de esta Corporación, expídanse las comunicaciones correspondientes y remítase copia de este proveído.

Comuníquese y cúmplase.

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO
Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO
Magistrado

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General